



STANDPUNKT

Das vorliegende Bulletin liefert eindrückliche Ergebnisse zur Verbreitung von Suizidgedanken und Suizidversuchen in der Bevölkerung der Schweiz. Sie liegen in dieser Form erstmals für die Schweiz vor und liefern eine weitere wichtige Grundlage für die Umsetzung des Nationalen Aktionsplans Suizidprävention, der 2016 von Bund, Kantonen und Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz verabschiedet wurde.

Mitten unter uns lebt über eine halbe Million Menschen die aktuell Suizidgedanken haben, über 200 000 haben in ihrem Leben mindestens einmal versucht sich das Leben zu nehmen, davon rund 33 000 in den letzten 12 Monaten. Diese Zahlen machen betroffen – und doch zeigen sie nicht das ganze Bild. In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung SGB nicht berücksichtigt sind z. B. Personen im Freiheitsentzug, in psychiatrischen Kliniken oder im Asylbereich, die überdurchschnittlich von Suizidalität betroffen sind.

Die Ergebnisse der SGB können der Komplexität hinter suizidalen Krise nicht gerecht werden. Sie geben aber einen Einblick in biologische, psychologische und soziale Faktoren, die Betroffene belasten können, wie z. B. Erkrankungen, Einsamkeit, geringe persönliche Ressourcen oder Arbeitslosigkeit. Diese Faktoren können Ursache oder Folge von Suizidalität sein. Suizidale Krisen sind meist ein Zusammenspiel von vielen Faktoren. Sie führen bei den Betroffenen oft zu einer depressiven Symptomatik, wie auch die SGB-Ergebnisse zeigen.

Menschen in suizidalen Krisen beizustehen, ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Jede und jeder kann dazu beitragen, sei es als Familienmitglied, Freundin, Arbeitskollege, Sozialarbeiterin oder Gesundheitsfachperson. Zum Beispiel indem wir Belastungen und Suizidgedanken ansprechen: www.reden-kann-retten.ch

Esther Walter
Bundesamt für Gesundheit, Projektleitung Suizidprävention

Suizidgedanken und Suizidversuche in der Schweizer Bevölkerung

Suizidprävention ist eine globale Herausforderung. Weltweit sterben jährlich rund 800 000 Menschen durch Suizid (WHO, 2018). In der Schweiz begingen im Jahr 2016 rund 1000 Personen einen Suizid (exklusiv Sterbehilfe; BFS, 2018), die Suizidrate lag mit 12 Fällen pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner in Europa im durchschnittlichen Bereich (Obsan, 2019; WHO, 2019). Mit dem «Nationalen Aktionsplan Suizidprävention Schweiz» wurden Ziele und Massnahmen definiert, die die Zahl der Suizide und Suizidversuche in der Schweiz reduzieren – bzw. unter Berücksichtigung des Bevölkerungswachstums stabilisieren – sollen (BAG, 2016; Steck et al., 2016).

Suizide stellen die Spitze eines Eisbergs dar, denn die Zahl der Menschen, die einen Suizidversuch unternehmen oder an einen Suizid denken, liegt erheblich höher (WHO, 2014, 2018). Im vorliegenden Bulletin werden im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) Daten aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) zu Suizidgedanken und zu den erstmals erhobenen, selbstberichteten Suizidversuchen aus dem Jahr 2017 analysiert (vgl. Kasten S. 2). Damit soll ein besseres Verständnis darüber entstehen, wie viele Menschen in der Schweiz von suizidalen Gedanken oder Handlungen betroffen sind.

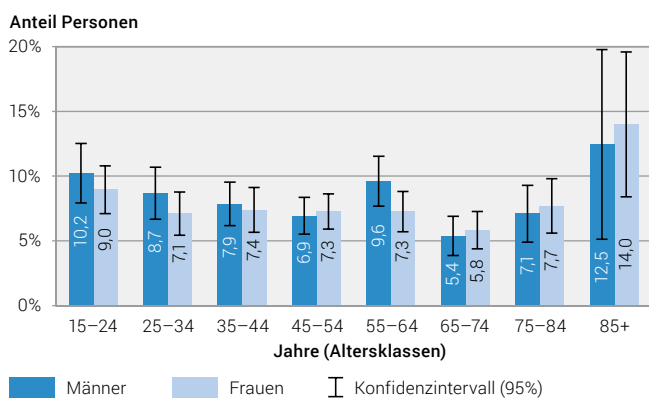
Mit dem Ziel, Suizide zu vermeiden, hat die Forschung in der Vergangenheit ein starkes Augenmerk auf die Identifikation von Risiko- und Schutzfaktoren von Suizidalität gelegt. Übersichtsarbeiten zeigen, dass suizidale Gedanken und Verhaltensweisen zwar oftmals bei Personen mit einer psychischen Erkrankung in Erscheinung treten, jedoch durch eine Vielzahl von weiteren biologischen, persönlichen, sozialen oder umgebungsbedingten Faktoren beeinflusst werden (z. B. Franklin et al., 2017; WHO, 2014). Mit den Daten der SGB 2017 können zwar Zusammenhänge zwischen Suizidgedanken/-versuchen und bestimmten Faktoren, wie z. B. der sozialen Unterstützung, untersucht werden, Aussagen zur Kausalität sind jedoch nicht möglich. Der Fokus des Bulletins liegt daher darauf zu zeigen, wer von Suizidgedanken und/oder Suizidversuchen betroffen ist und wie die Betroffenen ihre jetzige Lebenssituation und Gesundheit wahrnehmen. Entsprechend werden im Bulletin die Einschätzungen von Menschen mit Suizidgedanken und/oder Suizidversuch denjenigen ohne Suizidgedanken und Suizidversuch gegenübergestellt.

Suizidgedanken

Prävalenz

Rund 7,8% (95%-KI: 7,3–8,3%) der Schweizer Bevölkerung gaben 2017 an, mindestens einmal im Verlauf der letzten zwei Wochen vor der Befragung Suizidgedanken gehabt zu haben (Punktprävalenz). Dies entspricht einer Rate von 7796 Betroffenen pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner (95%-KI: 7316–8277; rohe Rate). Hochgerechnet auf die gesamte Wohnbevölkerung ab 15 Jahren sind dies rund 541 000 Personen (95%-KI: 508 000–575 000). Frauen und Männer sind ungefähr gleich oft betroffen (7,5% vs. 8,1%). Auch zeigt sich kein eindeutiger Zusammenhang mit dem Lebensalter (Grafik G1).

Suizidgedanken nach Alter und Geschlecht, 2017 G1



n=18 557

Quelle: BFS – SGB 2017

© Obsan 2019

Zeitliche Entwicklung

Im Vergleich zur Gesundheitsbefragung 2012 ist der Anteil Personen mit Suizidgedanken von 6,4% auf 7,8% gestiegen. Die Zunahme ist bei den Männern (6,3% vs. 8,1%; +29%) stärker ausgeprägt als bei den Frauen (6,6% vs. 7,5%; +14%; Tendenz). In der Tendenz haben Suizidgedanken in allen Altersklassen zugenommen.

Regionaler Vergleich und soziodemografische Faktoren

Im regionalen Vergleich zeigen sich keine grösseren Unterschiede zwischen den Grossregionen. Einzig Personen aus der Zentralschweiz haben etwas seltener Suizidgedanken als Personen aus der Nordwestschweiz und der Genferseeregion (Grafik G2). Aufgrund der Stichprobengrössen lassen sich keine verlässlichen Angaben zu kantonalen Vergleichen machen. Hinsichtlich der drei Sprachregionen existieren keine Unterschiede.

Personen, die in städtischen Räumen leben, haben öfters Suizidgedanken als Bewohnerinnen und Bewohner von intermediären (dichter periurbaner Raum und ländliche Zentren) und ländlichen Gebieten (Grafik G3).

Datenquelle, Definition und Methode

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) wird seit 1992 alle 5 Jahre im Auftrag des Bundesrates vom Bundesamt für Statistik durchgeführt. Zur Grundgesamtheit gehört die ständige Wohnbevölkerung der Schweiz im Alter von 15 und mehr Jahren, die in privaten Haushalten lebt (inklusive ausländische Staatsangehörige, jedoch ohne Personen im Asylprozess). Die SGB besteht aus einer telefonischen und einer schriftlichen Befragung. Weitere Informationen finden sich unter: www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/sgb.html

Die SGB 2017 enthält – wie bereits 2012 – im schriftlichen Teil eine Frage zu Suizidgedanken: «Wie oft haben Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch folgende Beschwerde beeinträchtigt gefühlt: Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten?». Diese Frage ist Bestandteil des Patient Health Questionnaires (PHQ-9), einem Fragebogen für Depressionssymptome. Suizidgedanken und -handlungen sind gemäss ICD-10 Symptome einer schweren Depression (Diagnosecode F32.2/3). Für die Auswertungen im Bulletin wurden die Antwortkategorien «An einzelnen Tagen», «An mehr als der Hälfte der Tage» und «Beinahe jeden Tag» zu einer Kategorie zusammengefasst.

Suizidversuche werden erstmals in der SGB 2017 im schriftlichen Teil erfragt mit «Haben Sie jemals versucht, sich das Leben zu nehmen?». Bei einer Ja-Antwort wird nachgefragt: «Haben Sie in den letzten 12 Monaten versucht, sich das Leben zu nehmen?». Unabhängig vom Zeitpunkt eines Suizidversuchs wird schliesslich ermittelt: «Haben Sie nach Ihrem Suizidversuch mit jemandem darüber gesprochen?» Antwortmöglichkeiten: a) Ja, mit jemandem aus meinem privaten Umfeld, b) Ja, mit einem Arzt/einer Ärztin oder einer Gesundheitsfachperson, c) Nein, mit niemandem. Weitere Informationen, wie die Suizidmethoden, der genaue Zeitpunkt des Suizidversuchs oder ob mehrfach Suizidversuche unternommen wurden, werden nicht erfragt.

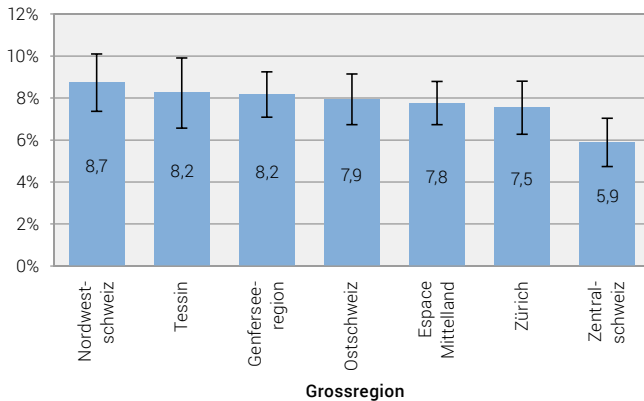
In der SGB werden Suizidversuche mit Sterbeabsicht erhoben. Zum Teil werden in anderen Studien sämtliche selbstschädigende Handlungen als suizidales Verhalten aufgefasst, unabhängig davon, ob eine Sterbeabsicht vorlag oder nicht (z. B. Ostertag et al., 2019). Diese Definitionsunterschiede gilt es zu berücksichtigen, wenn die Ergebnisse verschiedener Studien verglichen werden.

Im Bulletin werden in erster Linie deskriptive bivariate Zusammenhänge zwischen Suizidgedanken/-versuchen und verschiedenen Faktoren gezeigt. Falls im Text nicht anders beschrieben, bestehen diese Zusammenhänge auch wenn zusätzlich Geschlecht, Alter, Bildungsniveau und Migrationshintergrund als Einflussvariablen berücksichtigt werden. Grundsätzlich gilt, wenn von einem Unterschied bzw. Zusammenhang berichtet wird, ist dieser statistisch signifikant ($p < .05$). Mit «Tendenz» wird auf ein knapp nicht signifikantes Resultat hingewiesen. Sämtliche Ergebnisse (Grafiken) werden mit 95%-Konfidenzintervallen (KI) dargestellt.

Suizidgedanken nach Grossregion, 2017

G2

Anteil Personen



▮ Konfidenzintervall (95%)

n=18 557

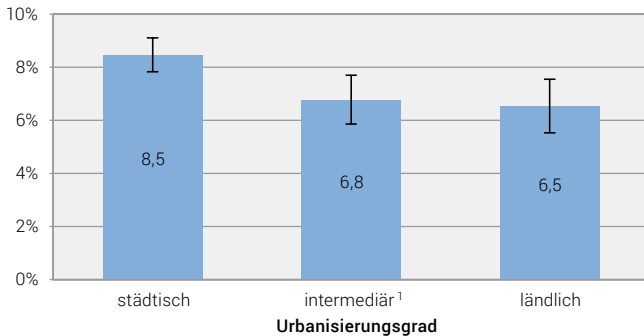
Quelle: BFS – SGB 2017

© Obsan 2019

Suizidgedanken nach Urbanisierungsgrad, 2017

G3

Anteil Personen



▮ Konfidenzintervall (95%)

¹ dichter periurbaner Raum und ländliche Zentren

n=18 557

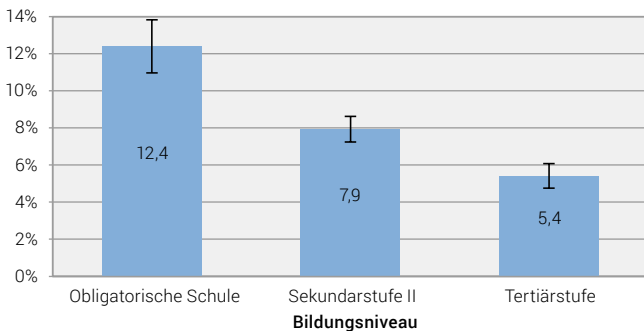
Quelle: BFS – SGB 2017

© Obsan 2019

Suizidgedanken nach Bildungsniveau, 2017

G4

Anteil Personen



▮ Konfidenzintervall (95%)

n=18 515

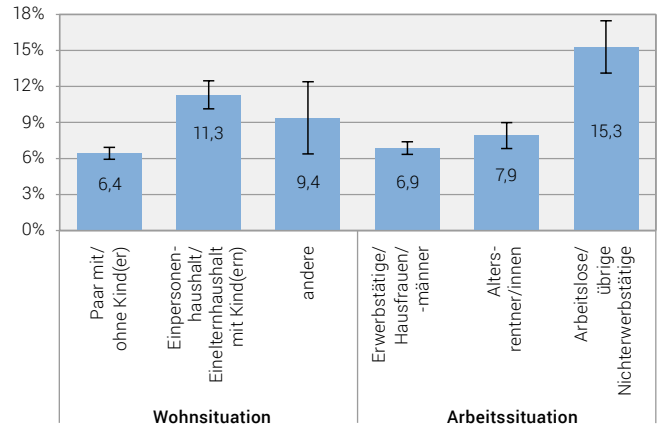
Quelle: BFS – SGB 2017

© Obsan 2019

Suizidgedanken nach Arbeits- und Wohnsituation, 2017

G5

Anteil Personen



▮ Konfidenzintervall (95%)

Arbeitssituation: n=18 496; Wohnsituation: n=18 556

Quelle: BFS – SGB 2017

© Obsan 2019

Die Häufigkeit von Suizidgedanken unterscheidet sich in Abhängigkeit des Bildungsniveaus (Grafik G4). Personen ohne nachobligatorische Bildung berichten am häufigsten von Suizidgedanken (12,4%), gefolgt von Personen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II (z. B. Berufslehre oder Matura; 7,9%) und Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe (z. B. Universität oder Fachhochschule; 5,4%).

Personen mit Migrationshintergrund haben öfters Suizidgedanken als diejenigen ohne Migrationshintergrund (9,2% vs. 7,0%).

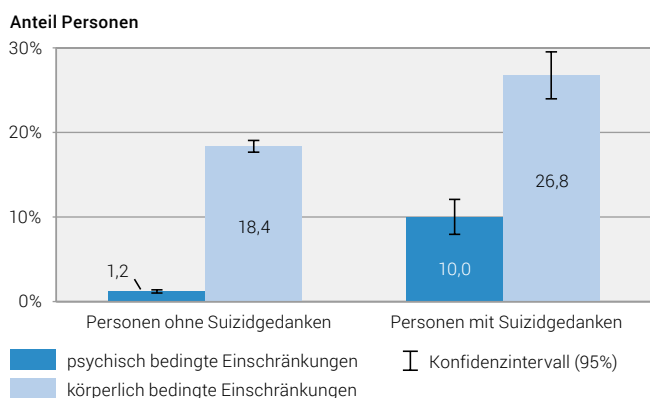
Betrachtet man die Arbeits- und Wohnsituation der Befragten, so zeigt sich, dass insbesondere Menschen, die im erwerbsfähigen Alter ohne Arbeit sind (Arbeitslose und übrige Nichterwerbstätige) und Menschen, die alleine leben oder alleinerziehend sind, häufiger von Suizidgedanken berichten (Grafik G5).

Gesundheitszustand

Menschen mit Suizidgedanken leiden häufiger an einem lang andauernden Gesundheitsproblem (z. B. eine chronische Krankheit) als Menschen ohne Suizidgedanken (47,9% vs. 30,9%). Ein ähnliches Muster zeigt sich hinsichtlich Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens (46,7% vs. 22,3%). Insbesondere besteht dort ein deutlicher Unterschied, wo die einschränkenden gesundheitlichen Probleme psychisch bedingt sind (10,0% vs. 1,2%). Aber auch bezüglich Einschränkungen, die auf körperliche Ursachen zurückzuführen sind, zeigen sich entsprechende Unterschiede (26,8% vs. 18,4%; Grafik G6). Beinahe die Hälfte (47,0%) der Menschen mit Suizidgedanken geben an, aktuell an starken körperlichen Beschwerden zu leiden (z. B. Rücken-, Bauch-, Kopf- und Brustschmerzen). Bei Personen ohne Suizidgedanken liegt der Anteil bei 19,3%.

Suizidgedanken stehen oftmals in Zusammenhang mit einer Depression. So weisen etwas mehr als die Hälfte (52,9%) der Personen mit Suizidgedanken Depressionssymptome von mittlerer bis hoher klinischer Bedeutsamkeit auf (PHQ-9 Werte > 10); bei Personen ohne Suizidgedanken sind es 4,9%.

Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens (seit mind. 6 Monaten) nach Suizidgedanken, 2017 G 6



n=18 515

Quelle: BFS – SGB 2017

© Obsan 2019

Auch Schlafstörungen stehen in Zusammenhang mit Suizidgedanken. Menschen mit Gedanken an Suizid berichten rund dreimal so häufig von pathologischen Schlafproblemen, d. h. häufiger unruhiger Schlaf und häufiges und mehrmaliges nächtliches Erwachen (17,8% vs. 5,3%).

Behandlung und Medikamentenkonsument

Die Frage, ob Personen mit Suizidgedanken aktuell fachliche Hilfe in Anspruch nehmen, lässt sich anhand der SGB 2017 nicht schlüssig beantworten. Es lässt sich zwar zeigen, dass rund ein Viertel (25,5%) der Befragten mit Suizidgedanken sich in den letzten 12 Monaten aufgrund eines psychischen Problems haben behandeln lassen. Dieser Anteil ist deutlich höher als bei den Befragten, bei denen keine Suizidgedanken vorhanden sind (4,2%). Es ist unklar, inwiefern diese Behandlung aber mit den aktuell vorhandenen Suizidgedanken in Verbindung steht.

Hingegen sind aktuelle Informationen zum Medikamentenkonsument (wie oft in den letzten 7 Tagen) vorhanden. Rund ein Viertel (24,8%) der Befragten mit Suizidgedanken nehmen psychotrope Medikamente zu sich (Antidepressiva, Beruhigungs- oder Schlafmittel) – bei den Personen ohne Suizidgedanken sind es 6,9%. Am häufigsten werden Antidepressiva verwendet (18,4% vs. 3,2%), gefolgt von Schlafmitteln (13,9% vs. 3,3%) und Beruhigungsmitteln (12,0% vs. 2,5%). Mit einem Anteil von 12,9% liegt der tägliche Schmerzmittelkonsum bei Personen mit Suizidgedanken ebenfalls höher als bei Personen ohne Gedanken an Suizid (4,9%).

Substanzkonsum

Bezüglich des täglichen Konsums von Alkohol gibt es keinen Unterschied zwischen Menschen mit und ohne Suizidgedanken. Hingegen sind Personen mit Suizidgedanken häufiger tägliche Raucher (27,1% vs. 17,8%) und konsumierten innerhalb der letzten 12 Monate häufiger harte Drogen (z. B. Heroin, Kokain; 2,5% vs. 1,0%).

Persönliche und soziale Ressourcen

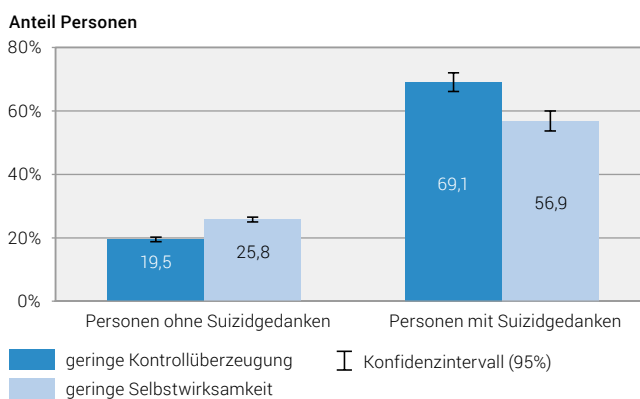
Personen mit Suizidgedanken unterscheiden sich hinsichtlich Kontrollüberzeugungen (das Gefühl, sein Leben selber bestimmen zu können) und Selbstwirksamkeit (Einschätzung eigener Kompetenzen, Handlungen erfolgreich ausführen zu können) von Personen ohne Suizidgedanken. So haben z. B. 69,1% der Personen mit Suizidgedanken das Gefühl, ihr Leben nicht selber bestimmen zu können. Bei den Personen ohne Suizidgedanken sind es hingegen 19,5% (Grafik G7).

Personen mit Suizidgedanken fühlen sich deutlich häufiger einsam als Personen ohne Suizidgedanken (21,3% vs. 3,4%). Auch die wahrgenommene soziale Unterstützung unterscheidet sich zwischen den beiden Gruppen: 22,5% empfinden diese als gering (gegenüber 8,6% bei Personen ohne Suizidgedanken).

Multivariate Analysen

Betrachtet man den Zusammenhang zwischen Suizidgedanken und allen oben berichteten Faktoren gemeinsam mittels einer multivariaten Analyse (logistische Regression mit Suizidgedanken als Zielvariable), so zeigt sich, dass vor allem eine schlechte psychische Gesundheit – insbesondere Depressionssymptomatik – in engem Zusammenhang mit Suizidgedanken steht. Mangelnde persönliche Ressourcen (z. B. geringe Kontrollüberzeugung) und das Gefühl von Einsamkeit stehen ebenfalls in Beziehung mit Suizidgedanken.

Geringe Kontrollüberzeugung und Selbstwirksamkeit nach Suizidgedanken, 2017 G 7



Quelle: BFS – SGB 2017

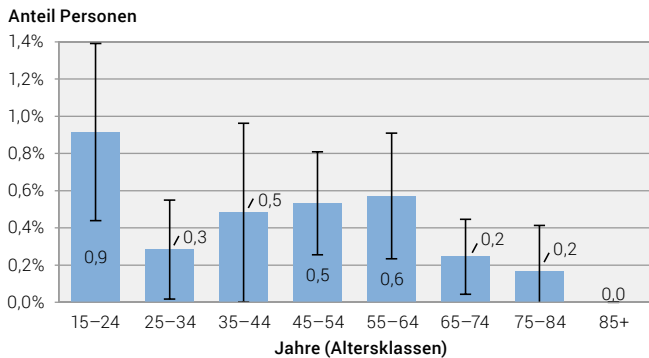
© Obsan 2019

Selbstberichtete Suizidversuche

Jahres- und Lebenszeitprävalenz

Gemäss der SGB 2017 haben 0,5% (95%-KI: 0,3 – 0,6%) der Befragten innerhalb der letzten 12 Monate versucht, sich das Leben zu nehmen; Männer und Frauen ungefähr gleich häufig. Das sind 467 Personen mit einem Suizidversuch pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner (95%-KI: 331– 602; rohe Rate). Hochgerechnet auf die gesamte Wohnbevölkerung ab 15 Jahren entspricht

Suizidversuche (Jahresprävalenz) nach Alter, 2017 G8



▮ Konfidenzintervall (95%)

n=18 724

Quelle: BFS – SGB 2017

© Obsan 2019

dies rund 33 000 Suizidversuchen (95%-KI: 23 000 – 42 000). Bezüglich Alter findet man keine statistisch bedeutsamen Unterschiede (Grafik G8).

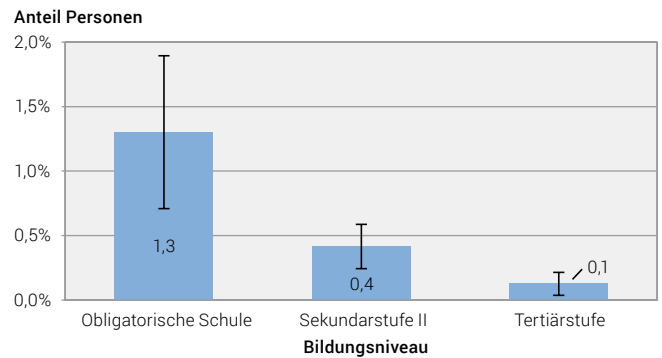
Die Lebenszeitprävalenz – d. h. ob eine Person jemals einen Suizidversuch unternommen hat – liegt bei 3,4% (95%-KI: 3,1–3,7%). Das bedeutet, dass – gemäss Berichterstattung in der SGB – zwischen 214 000 und 259 000 Personen in der Schweiz mindestens einmal in ihrem Leben einen Suizidversuch unternommen haben. Im Gegensatz zur Jahresprävalenz, liegt bei der Lebenszeitprävalenz ein Geschlechterunterschied vor: Der Anteil Frauen, die über einen Suizidversuch berichten, ist etwas höher als jener der Männer (3,9% vs. 2,9%). Bei der Lebenszeitprävalenz ist ein Vergleich bezüglich Alter nicht sinnvoll. Das Alter zum Zeitpunkt des Suizidversuchs ist nicht bekannt und kann je nach Person unterschiedlich weit in der Vergangenheit liegen.

Faktoren, die gemäss Literatur in Zusammenhang mit Suizidversuchen stehen, lassen sich bei der Jahresprävalenz aufgrund der kleinen Fallzahlen und der damit verbundenen Unsicherheit bezüglich der statistischen Bedeutsamkeit der Ergebnisse nur begrenzt untersuchen. Zudem besteht das Problem, dass Suizidversuche, die länger als ein Jahr her sind, möglicherweise bereits weit in der Vergangenheit liegen und nicht mehr in Verbindung mit den aktuellen Angaben einer Person stehen (z. B. war die Arbeitssituation zum Zeitpunkt des Versuchs eine andere als bei der Befragung 2017). Daher liegt der Fokus bei bestimmten Analysen auf der Jahresprävalenz, da diese zeitlich einen näheren Bezug zur aktuellen Situation der Befragten hat. In Zusammenhang mit der Lebenszeitprävalenz wird der Frage nachgegangen, wie es Personen, die jemals einen Suizidversuch unternommen haben, aktuell geht.

Regionaler Vergleich und soziodemografische Faktoren

Bezüglich der Jahresprävalenz von Suizidversuchen lassen sich keine regionalen Unterschiede finden, weder auf Ebene der Grossregionen noch der Sprachregionen. Auch gibt es keine Unterschiede zwischen Personen, die in städtischen Räumen leben gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern von intermediären und ländlichen Gebieten.

Suizidversuche (Jahresprävalenz) nach Bildung, 2017 G9



▮ Konfidenzintervall (95%)

n=18 681

Quelle: BFS – SGB 2017

© Obsan 2019

Personen mit einem Migrationshintergrund weisen in der Tendenz eine etwas höhere Jahresprävalenz auf (0,7% vs. 0,3%). Werden zusätzlich Alter, Geschlecht und Bildung berücksichtigt, wird der Unterschied statistisch signifikant.

Ein Zusammenhang besteht zwischen Suizidversuchen (Jahresprävalenz) und dem Bildungsniveau. Personen, deren höchster Bildungsabschluss die obligatorische Schule darstellt, haben häufiger einen Suizidversuch in den letzten 12 Monaten unternommen (Grafik G9).

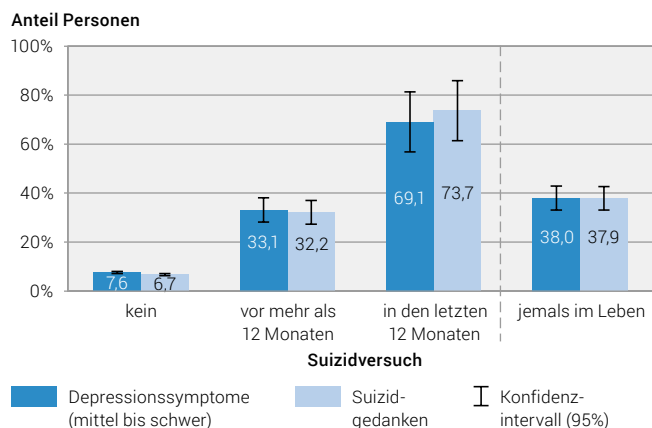
Hinsichtlich Arbeits- und Wohnsituation zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei den Suizidgedanken. Menschen im erwerbsfähigen Alter, die ohne Arbeit sind (Arbeitslose und übrige Nichterwerbstätige), haben in den letzten 12 Monaten häufiger versucht, sich das Leben zu nehmen (1,5% vs. 0,4%). Menschen die alleine leben oder alleinerziehend sind, haben in der Tendenz häufiger einen Suizidversuch unternommen als Personen in einer Partnerschaft mit oder ohne Kinder (0,8% vs. 0,3%).

Gesundheitszustand

Personen, die je in ihrem Leben einen Suizidversuch unternommen haben, berichten aktuell häufiger über lang andauernde Gesundheitsprobleme (z. B. chronische Krankheit) als Personen ohne Suizidversuch (45,9% vs. 31,5%). Ein ähnliches Muster zeigt sich auch hinsichtlich der Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens. Menschen, die je versucht haben sich das Leben zu nehmen, sind häufiger aufgrund von gesundheitlichen Problemen eingeschränkt (16,1% vs. 3,6%). Ähnlich wie bei den Suizidgedanken besteht insbesondere dort ein deutlicher Unterschied, wo die einschränkende gesundheitliche Probleme psychisch bedingt sind (8,8% vs. 1,7%). Aber auch bezüglich Einschränkungen, die auf körperliche Ursachen zurückzuführen sind, zeigen sich entsprechende Unterschiede (24,6% vs. 19,1%). Die Hälfte (50,0%) der Menschen mit Suizidversuch geben an, aktuell an starken körperlichen Beschwerden zu leiden (z. B. Rücken-, Bauch-, Kopf- und Brustschmerzen). Bei Personen ohne Suizidversuch liegt der Anteil bei 20,6%.

Depressionssymptome und Suizidgedanken nach Suizidversuch, 2017

G 10



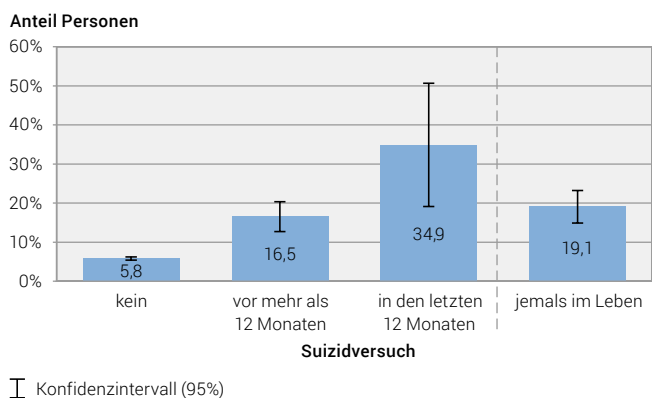
n=18 162

Quelle: BFS – SGB 2017

© Obsan 2019

Pathologische Schlafprobleme nach Suizidversuch, 2017

G 11



n=18 515

Quelle: BFS – SGB 2017

© Obsan 2019

Mehr als zwei Drittel (69,1%) der Personen mit einem Suizidversuch in den letzten 12 Monaten berichten zum Zeitpunkt der Befragung von Depressionssymptomen von mittlerer bis hoher klinischer Bedeutsamkeit (PHQ-9 Werte > 10). Bei gut einem Drittel (33,1%) der Personen, bei denen der Versuch schon länger zurückliegt, sind aktuell Depressionssymptome in diesem Ausmass vorhanden (Grafik G 10). Beide Anteile liegen deutlich höher als bei Personen ohne Suizidversuch (7,6%).

Auch Suizidgedanken (ein potenzielles Symptom bei Depression) sind bei Personen mit Suizidversuchen aktuell häufig vorhanden: Bei 73,7% der Personen mit einem Versuch in den letzten 12 Monaten, bei 32,2% der Personen, wenn der Versuch vor mehr als 12 Monaten stattfand und bei 6,7% der Personen ohne Suizidversuch (Grafik G 10).

Über ein Drittel (34,9%) der Personen mit einem Suizidversuch innerhalb der letzten 12 Monate leiden an Schlafstörungen von pathologischem Ausmass. Bei Personen, deren letzter Versuch zeitlich weiter zurück liegt, beträgt dieser Anteil 16,5%. Bei Personen ohne Versuche liegt der Anteil bei 5,8% (Grafik G 11).

Behandlung und Medikamentenkonsument

Rund die Hälfte (49,6%) der Befragten mit einem Suizidversuch im letzten Jahr gaben an, sich aufgrund eines psychischen Problems im Verlauf der letzten 12 Monate behandelt haben zu lassen. Bei denjenigen mit länger zurückliegendem Versuch sind es 28,1%. Bei Personen ohne Suizidversuch liegt dieser Anteil bei 5,0%. Inwiefern die Behandlung mit dem Suizidversuch in Verbindung steht, lässt sich nicht beantworten.

30% der Befragten, die je einen Suizidversuch unternommen haben, konsumierten in den 7 Tagen vor der Befragung psychotrope Medikamente (Antidepressiva, Beruhigungs- oder Schlafmittel): 45,7% bei Suizidversuch in den letzten 12 Monaten und 27,8%, wenn der Versuch länger zurückliegt. Bei den Befragten ohne Suizidversuch sind es 7,6%. Am häufigsten werden Antidepressiva verwendet (33,4% bzw. 22,7% vs. 3,7%), gefolgt von Schlafmitteln (32,0% bzw. 14,5% vs. 3,8%) und Beruhigungsmitteln (28,9% bzw. 12,6% vs. 2,9%). Mit einem Anteil von 23,4% bzw. 14,0% liegt der tägliche Schmerzmittelkonsum bei Personen mit einem Suizidversuch innerhalb, respektive ausserhalb der letzten 12 Monate ebenfalls höher als bei Personen ohne (5,3%).

Substanzkonsum

Menschen, die versucht haben sich das Leben zu nehmen, konsumieren seltener täglich Alkohol als Personen ohne Suizidversuch. Dabei macht es keinen grossen Unterschied ob der Versuch innerhalb der letzten 12 Monate oder früher stattfand (7,1% bzw. 7,5% vs. 11,2%). Wird beim Vergleich zusätzlich Alter, Geschlecht, Bildung und Migrationshintergrund berücksichtigt, ist der Effekt statistisch nicht mehr signifikant. Hingegen sind Personen mit einem Suizidversuch häufiger tägliche Raucher (39,4% bzw. 35,2% vs. 17,9%) und konsumierten innerhalb der letzten 12 Monate öfters harte Drogen (5,1% bzw. 3,4% vs. 1,1%).

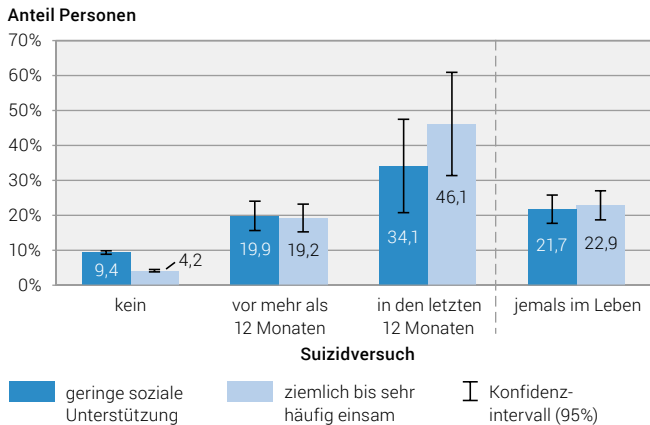
Persönliche und soziale Ressourcen

Personen mit einem Suizidversuch verfügen über weniger persönliche Ressourcen. Beispielsweise haben Betroffene häufiger eine niedrige Kontrollüberzeugung (das Gefühl, sein Leben nicht selber bestimmen zu können) als Personen, die keinen Suizidversuch unternommen haben (57,4% vs. 22,1%). Liegt der Versuch noch kein Jahr zurück, ist der Anteil noch grösser (77,3%). Auch fühlen sich Personen mit einem Suizidversuch weniger kompetent, Handlungen erfolgreich ausführen können (Selbstwirksamkeit; 45,8% vs. 27,5%).

Mehr als ein Fünftel (22,9%) der Personen, die jemals einen Suizidversuch unternommen haben, fühlen sich ziemlich bis sehr häufig einsam. Lag der Versuch weniger als ein Jahr zurück

Einsamkeit und geringe soziale Unterstützung nach Suizidversuch, 2017

G 12



Einsamkeit: n=18 693; soziale Unterstützung: n=18 017

Quelle: BFS – SGB 2017

© Obsan 2019

waren es gar 46,1%. Im Vergleich dazu sind es bei Personen ohne Suizidversuch 4,2%, die sich im gleichen Ausmass einsam fühlen. 21,7% schätzen das Ausmass an sozialer Unterstützung, das ihnen im Alltag zur Verfügung steht, als gering ein (ohne Suizidversuch 9,4%). Bei einem Suizidversuch innerhalb der letzten 12 Monate waren es 34,1% (Grafik G 12).

Darüber reden

Rund 85% der Personen, die innerhalb der letzten 12 Monate versucht haben, sich das Leben zu nehmen, haben mit mindestens einer Person nach ihrem Suizidversuch darüber gesprochen (mehrheitlich mit einer Gesundheitsfachperson). Bei Personen deren Versuch länger als ein Jahr zurückliegt, ist dieser Anteil tendenziell kleiner (76,1%; Grafik G13). Frauen sprechen tendenziell häufiger über den Suizidversuch als Männer (80,1% vs. 72,6%).

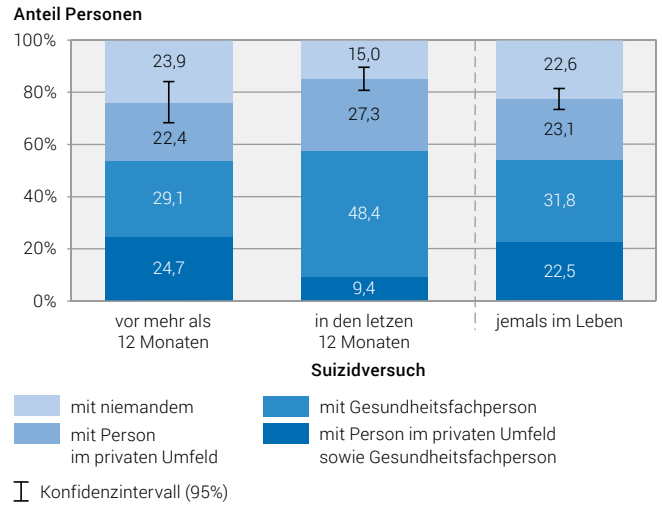
Diskussion

Viele Menschen in der Schweiz haben Suizidgedanken oder gar versucht, dem eigenen Leben ein Ende zu setzen. Die Prävalenz der Suizidgedanken, bezogen auf die zwei Wochen vor der Befragung, hat sich in den vergangenen fünf Jahren erhöht. Über die zeitliche Entwicklung der selbstberichteten Suizidversuche können anhand der SGB-Daten keine Angaben gemacht werden, weil diese erstmals 2017 erhoben wurden. Die ermittelte Jahresprävalenz von 0,5% entspricht jedoch Werten vergangener Jahre (2001 – 2007) anderer Industrieländer, die mit dem WHO World Mental Health Survey erhoben worden waren (Borges et al., 2010).

Die hochgerechneten, jährlich rund 33 000 selbstberichteten Suizidversuche in der Schweizer Bevölkerung liegen über den Zahlen der medizinisch behandelten Suizidversuche (z. B. Muheim et al., 2013; Ostertag et al., 2019; Steffen et al., 2011). Dies entspricht den Erwartungen, weil nicht sämtliche Suizidversuche medizinisch behandelt werden. Setzt man die rund

Mit wem wurde über Suizidversuch gesprochen, 2017

G 13



n=577

Anmerkung: Die 95%-KI beziehen sich auf alle Personen, die mit irgendjemanden gesprochen haben (alle drei Subgruppen zusammen)

Quelle: BFS – SGB 2017

© Obsan 2019

33 000 selbstberichteten Suizidversuche mit den Suiziden (für das Jahr 2016: n=1016; BFS 2018) ins Verhältnis, so kommen in der Schweiz auf jeden Suizid ca. 32 Suizidversuche. Berücksichtigt man auch die assistierten Suizide (für 2016: n=928) reduziert sich das Verhältnis auf 1:17. Diese Verhältniszahlen liegen im Rahmen internationaler Literatur (z. B. 1:20; WHO, 2014). Ein Vergleich ist jedoch aufgrund allfälliger Definitionsunterschiede (Suizidversuch mit/ohne Sterbeabsicht) schwierig.

Die vorliegenden Ergebnisse basieren auf einer Befragung und unterschätzen möglicherweise die Prävalenz der Suizidgedanken und Suizidversuche. Es ist unklar, wie hoch der Bereitschaftsgrad der Personen ist, die sensible Information über Suizidgedanken/versuche offenzulegen. In der SGB 2017 wurden Suizidversuche mit Sterbeabsicht erfasst. Eine breiter gefasste Definition, die generell bei selbstverletzendem Verhalten als Indikator für Suizidversuche ansetzt, hätte zu höheren Prävalenzraten geführt. In der SGB werden nur Personen befragt, die in privaten Haushalten wohnen. Aussagen zu Menschen in anderen Wohnsituationen (z. B. Heimen, stationärer Klinikaufenthalt) sind daher nicht möglich. Ausserdem sind erst Jugendliche ab 15 Jahren teilnahmeberechtigt. Es gilt jedoch zu betonen, dass schon jüngere Kinder und Jugendliche von Suizidgedanken berichten oder Suizidversuche unternehmen (Steck et al., 2017; Geulayov et al., 2018).

Suizidgedanken sind eng an eine Depressionssymptomatik gekoppelt (Franklin et al., 2017). Einige Personen haben nach ihrem Suizidversuch mit niemandem darüber gesprochen und ein beträchtlicher Anteil der Personen mit Suizidgedanken oder Suizidversuch berichtet über ein eingeschränktes soziales Netzwerk, über Einsamkeit und geringe persönliche Ressourcen. Dieser Mangel an Ressourcen betrifft auch Personen mit einem Suizidversuch ausserhalb der letzten 12 Monaten, was insgesamt auf die Notwendigkeit einer langfristigen, strukturierten Unterstützung und Nachbetreuung hinweist (Steffen et al., 2011).

Referenzen

- BAG (2016). *Suizidprävention in der Schweiz: Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan*, Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BFS (2016). *Todesursachenstatistik 2014. Assistierter Suizide (Sterbehilfe) und Suizid in der Schweiz*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2018). *Psychische Gesundheit*. Verfügbar unter www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/psychische.html. Zugriff am 03.06.2019.
- Borges, G., Nock, M.K., Haro Abad, J.M., ... Kessler, R.C. (2010). *Twelve Month Prevalence of and Risk Factors for Suicide Attempts in the WHO World Mental Health Survey*. *J Clin Psychiatry*, 71(12): 1617–1628.
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., ... Nock, M. K. (2017). *Risk Factors for Suicidal Thoughts and Behaviors: A Meta-Analysis of 50 Years of Research*. *Psychol Bull.* 143(2): 187–232.
- Geulayov, G., Casey, D., McDonald, K.C., ... Hawton, K. (2018). *Incidence of suicide, hospital-presenting non-fatal self-harm, and community-occurring non-fatal self-harm in adolescents in England (the iceberg model of self-harm): a retrospective study*. *Lancet Psychiat*, 5: 167–74.
- Muheim, F., Eichhorn, M., Berger, P., Czernin, S., Stoppe, G., Keck, M., Riecher-Rössler A. (2013). *Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour*. *Swiss Med Wkly*. May 28;143:w13759.
- Obsan (2019). *Suizid*. Verfügbar unter www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/suizid. Zugriff am 03.06.2019.
- Ostertag, L., Golay, P., Dorogi, Y., ... Michaud, L. (2019). *The implementation and first insights of the French-speaking Swiss programme for monitoring self-harm*. *Swiss Med Wkly*; 149:w20016.
- Steck, N., Zwahlen, M. (2016). *Quantifizierung der Ziele des Aktionsplans Suizidprävention*. Bericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), Sektion Nationale Gesundheitspolitik.
- Steck, N., Egger, M., Schimmelmann, B.G., Kupferschmid, S., for the Swiss National Cohort (2017). *Suicide in adolescents: findings from the Swiss National cohort*. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 27(1): 47–56.
- Steffen, T., Maillart, A., Michel, K., Reisch, T. (2011). *Monitoring des suizidalen Verhaltens in der Agglomeration Bern der Jahre 2004 bis 2010 im Rahmen der WHO/MONSUE Multicenter Study on Suicidal Behaviour und des Berner Bündnisses gegen Depressionen*.
- WHO (2014). *Preventing Suicide: A global imperative*. World Health Organization.
- WHO (2018). *Suicide*. Verfügbar unter www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide. Zugriff am 03.06.2019.
- WHO (2019). *Global Health Observatory (GHO) data – Suicide rates (per 100 000 population)*. Verfügbar unter www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates. Zugriff am 03.06.2019.

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)

ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Obsan analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind unter www.obsan.ch zu finden.

Impressum

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Autoren

Claudio Peter, Obsan; Alexandre Tuch, Obsan

Dank

Wir danken Frau Esther Walter (BAG), Prof. Gabriela Stoppe (Ipsilon; MentAge Basel) und Dr. Laurent Michaud (Department für Psychiatrie, CHUV) für die kritische Durchsicht der Arbeit.

Zitierweise

Peter, C., Tuch, A. (2019). *Suizidgedanken und Suizidversuche in der Schweizer Bevölkerung* (Obsan Bulletin 7/2019). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Projektleitung Obsan

Claudio Peter

Projektleitung BAG

Esther Walter (Sektion Nationale Gesundheitspolitik)

Auskünfte/Informationen

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Espace de l'Europe 10, CH-2010 Neuchâtel, Tel. 058 463 60 45,
obsan@bfs.admin.ch
www.obsan.ch

Originaltext

Deutsch; diese Publikation ist auch in französischer Sprache erhältlich (BFS-Nummer: 1034-1907).

Layout/Grafiken

Bundesamt für Statistik (BFS), Sektion DIAM, Prepress/Print

Online

www.obsan.ch → Publikationen

Print

www.obsan.ch → Publikationen
Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel,
order@bfs.admin.ch, Tel. 058 463 60 60
Druck in der Schweiz

BFS-Nummer

1033-1907

© Obsan 2019



Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.