

Aktionstag Psychische Gesundheit im Kanton Zug
10. September 2008

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN

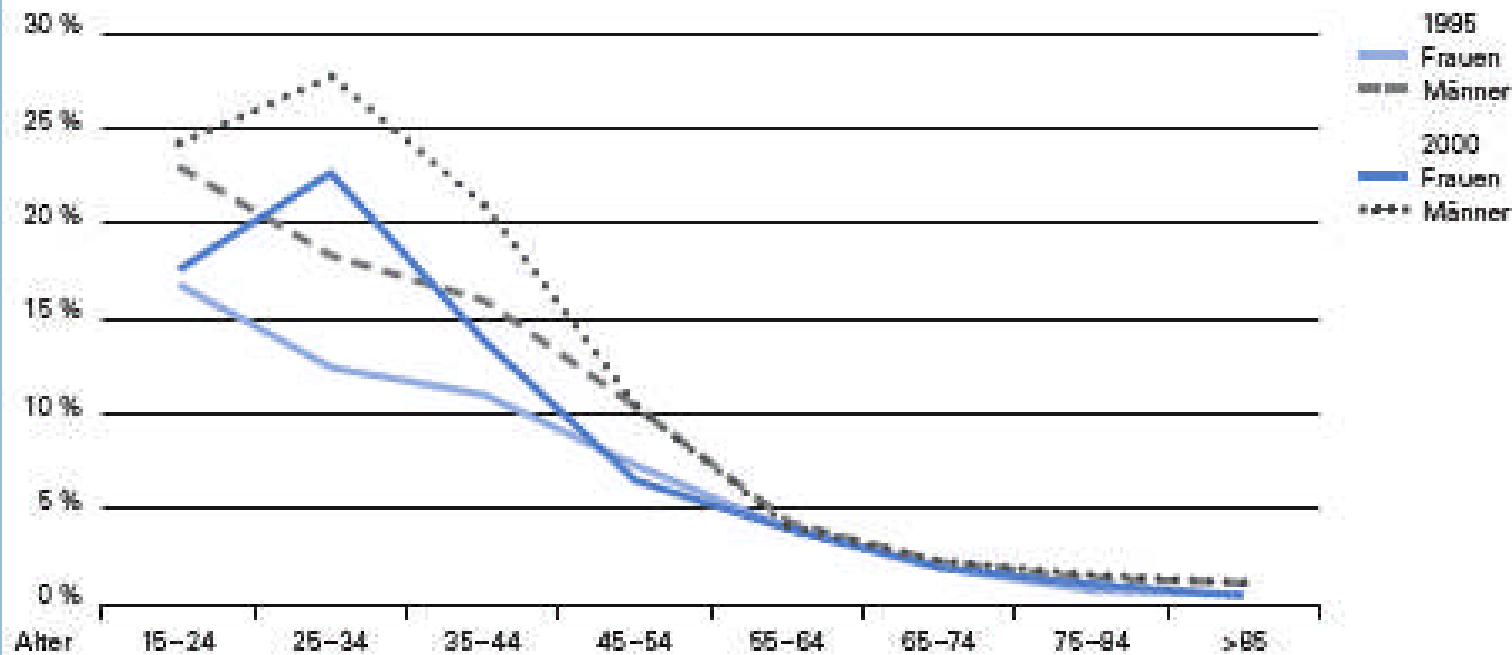
Suizidprävention

Konrad Michel
Universitätsklinik und Poliklinik
für Psychiatrie Bern



Anteil der Suizide in % aller Todesfälle 1995 und 2000

Abbildung 5 Anteil der Suizide an der Gesamtzahl der Todesfälle 1995 und 2000, nach Altersgruppe und Geschlecht



Quelle: Todesursachenstatistiken (Bundesamt für Statistik 2004b)



Suizid ist ein Thema bei Jugendlichen

Tabelle 3 Suizidalität bei **15–20-Jährigen** in der Schweiz 1992 und 2002 (Anteil Ja-Antworten)

	1992		2002	
	Frauen (%) N=3993	Männer (%) N=5275	Frauen (%) N=3390	Männer (%) N=4040
In den letzten 12 Monaten: Haben Sie an Suizid gedacht?	37,3	27,3	21,4	15,4
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 gehabt hätten?	5,4	4,2	4,9	3,2
Haben Sie an eine Methode ge- dacht, die Sie angewandt hätten?			22,4	17,9
Haben Sie einen Suizidversuch gemacht?	3,9	2,3	3,4	1,6
Haben Sie den Suizidversuch Ver- wandten oder Freunden mitgeteilt?	39	36,3	34	29
Haben Sie in Ihrem Leben je einen Suizidversuch unternommen?			9,2	3,2

Quelle: SMASH 1992 und 2002 (Noring, Tschumper et al. 1994; Noring, Tschumper et al. 2004)



Fokusbericht Gender und Gesundheit

Empfehlungen, BAG 2008

PH1 Information und Sensibilisierung von Fachkräften hinsichtlich der geschlechter- und altersspezifischen Determinanten des Suizids und Hilfesuchverhaltens.

PH2 Information von Betroffenen und Angehörigen über die Risiken und die Hilfsangebote nach Suizidversuchen, um die Gesprächsbereitschaft, den Zugang zu Hilfsangeboten und die Behandlungsquote zu erhöhen.



Fokusbericht Gender und Gesundheit

Empfehlungen, BAG 2008

PH3 Zugang zu Suizidmethoden konsequent erschweren. Schwerpunkt auf den Zugang zu Waffen legen und die Sicherung der für Suizid verwendeten Brücken oder Gefahrenzonen.

PH4 Verbesserung der Datenlage zur Prävalenz der Suizidalität und der Determinanten im hohen Alter verbessern. Sensibilisierung der Fachkräfte für die Problematik Alterssuizidalität unter Berücksichtigung der Geschlechterspezifität der Symptomatik und des Hilfesuchverhaltens.



Was braucht es damit wir wirklich etwas verändern?

1. Stellenwert in der Gesundheitspolitik
2. Regionales/nationales Präventionsprogramm
3. Geld
4. Kontinuierliche Erfassung
5. Sensibilisierung der Fachpersonen und der Bevölkerung
6. Kenntnisse und Einstellungen der Fachpersonen
7. Spezifische Behandlung/Nachbetreuung
8. Verfügbarkeit der Mittel
9. Sicherung der Hotspots
10. Kontakte mit Medienverantwortlichen



1. Stellenwert in der Gesundheitspolitik

Der Freitod ist das heilige Recht jedes Menschen...

Über 90% der Menschen, die Suizid begehen, leiden an einer psychischen Störung...

Tabelle 4: Prozentuale Verteilung der vorzeitig (d.h. vor dem 70. Altersjahr) verlorenen potenziellen Lebensjahre nach Haupttodesursachen und Geschlecht (2005)⁴⁰

Ursache	Männer	Frauen
Krebskrankheiten	27,3	42,9
Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems	17,5	9,9
Unfälle und Gewalteinwirkungen	12,8	7,1
Selbsttötung	12,8	9,3
Infektiöse Krankheiten	1,6	1,6
Andere	28,0	29,2



Aus der Bundesverfassung

Kompetenzen des Bundes im Gesundheitswesen sind beschränkt auf

1. Verhütung übertragbarer verbreiteter oder bösartiger Krankheiten
2. Information und Prävention im Umgang mit Lebens- und Genussmitteln sowie Heil- und Betäubungsmitteln (Art. 118)
3. Besteuerung von gebrannten Wassern und Tabakwaren (Art. 131)



OECD/WHO Bericht über das Schweizer Gesundheitswesen

Die unzureichende konzeptionelle, politische, organisatorische und rechtliche Verankerung von Public Health auf Bundesebene behindert ein koordiniertes und zielgerichtetes Handeln zugunsten der Bevölkerungsgesundheit.



Der Bund stiehlt sich aus der Verantwortung

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.

Quelle: BAG-Bericht Suizid und Suizidprävention in der Schweiz
Bericht in Erfüllung des Postulates Widmer (02.3251)



Gesetz zur Prävention und Gesundheitsförderung...?

- Verbesserung der Steuerung und Koordination aller Akteure
 - Klärung der Aufgabenteilung zwischen Bund, Kantonen und privaten Akteuren
 - Neuregelung der Finanzflüsse
 - Schliessen der Lücken im Bereich der nichtübertragbaren und psychischen Krankheiten
- Etc.

Bundesratsentscheid geplant auf 2009,
Parlament 2010



Argumente...

Suizid ist ein Problem der psychischen Gesundheit und erfordert präventive Massnahmen wie sie in der Medizin üblich sind: Verbesserung der Erfassung, Abklärung und Behandlung, Aufklärung der Bevölkerung, etc., dazu begleitende Forschung.

Suizid ist an sich eine Handlung (so wie Rauchen, Alkohol trinken, etc...), und es ist nicht nur spitzfindig, sondern schlichtweg unverständlich, dass das BAG sich auf eine juristische Wortklauberei bezieht, um sich damit aus der Verantwortung zu ziehen. Unser Land ist damit international gesehen ein Sonderfall.



2. Regionales/nationales Präventionsprogramm

National Programme for Better Mental Health in Scotland

Mental ill-health -> mental health

„Positive mental health is essential if Scotland is to enjoy a healthier future“

1. Fördern von Mental Health und Well-Being
2. Elimination von Stigma und Diskriminierung
3. Suizid verhüten
4. Förderung der Genesung und Rehabilitation

2003-2006 £ 24 Mio

Nationales Suizidpräventionsprogramm in Schottland:

Choose Life

2003 – 2012, Ziel: Reduktion der Suizide um 20%

£ 3 Mio jährlich



Regionales/nationales Präventionsprogramm

Suizidprävention bei Jugendlichen in Australien

“Junge Menschen sind die Zukunft unserer Gesellschaft und wir haben die Verantwortung, für sie zu sorgen und sie zu beschützen in einem Alter, in dem sie sich die Fähigkeiten und das Wissen aneignen, aktive Mitglieder unserer Gesellschaft zu werden.”

\$ 31 Mio (1997-1999)



3.



Ausgaben für Prävention in der Schweiz:
2.2% der Gesundheitsausgaben
Durchschnitt OECD-Länder: 2.7%,
Deutschland, NL: 5.5%

Bundesamt für Gesundheit:
Budget SFR 37.5 → 26 Mio

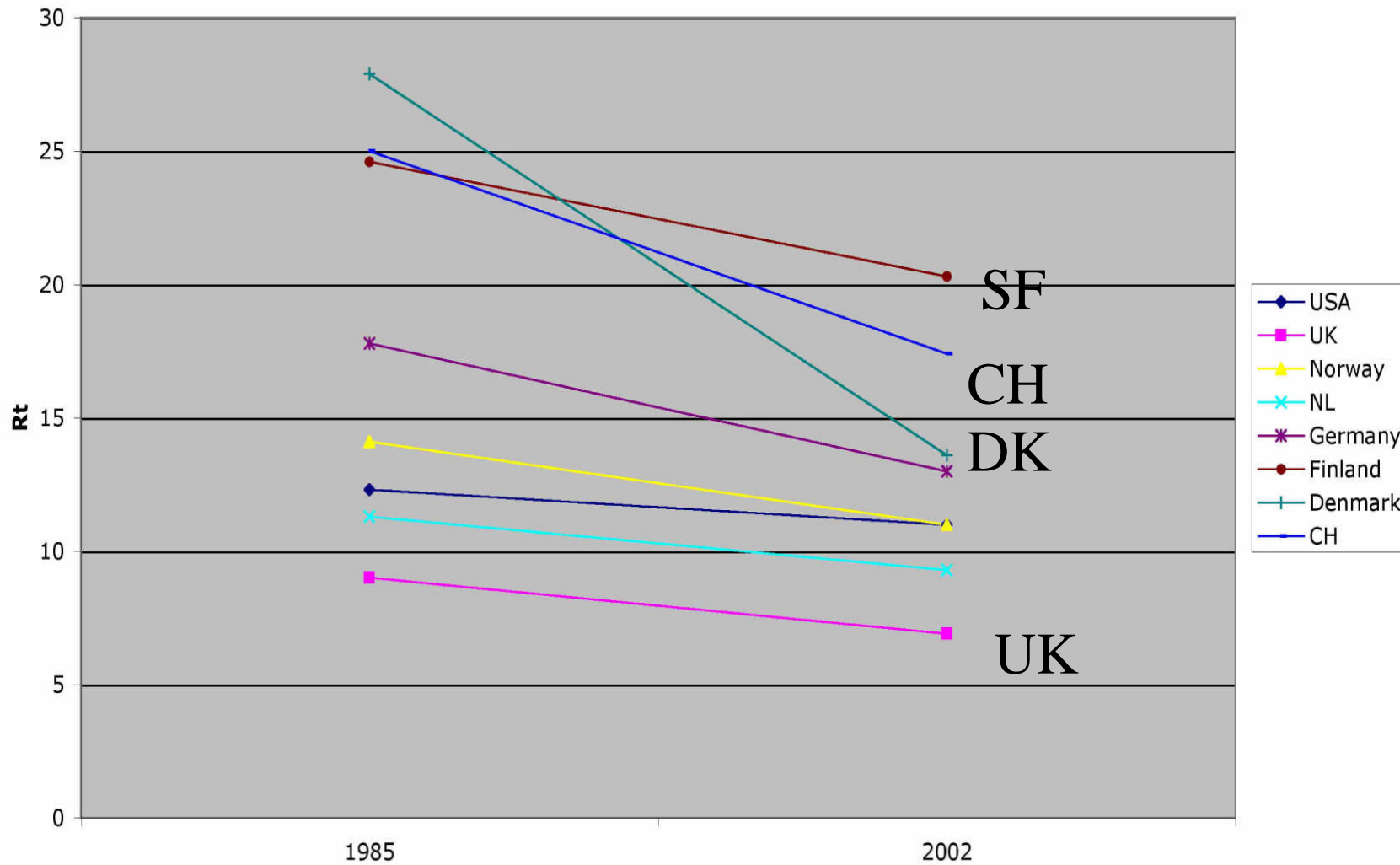
Public Health Schweiz fordert die Verdoppelung der
Ausgaben für Prävention von 2.2% auf 4.4%

Public Health Schweiz
Strategie 2007 – 2010



4. Kontinuierliche Erfassung

Trends Suizidraten



5. Sensibilisierung der Fachpersonen und der Bevölkerung

Umfrage in Bern

80% standen in ärztlicher Behandlung, die als nicht abgeschlossen galt

Einige Patienten 1-2 Tage vorher, einer wenige Stunden vor dem Suizid

Arzt war überrascht in 48%

Arzt wusste nichts von früheren Suizidversuchen in 65% bzw 40%



Sensibilisierung der Fachpersonen und der Bevölkerung

Bei der letzten Konsultation vor einem Suizid wurde das Thema nur in 22% der Fälle angesprochen

In 39% bei Psychiatern,

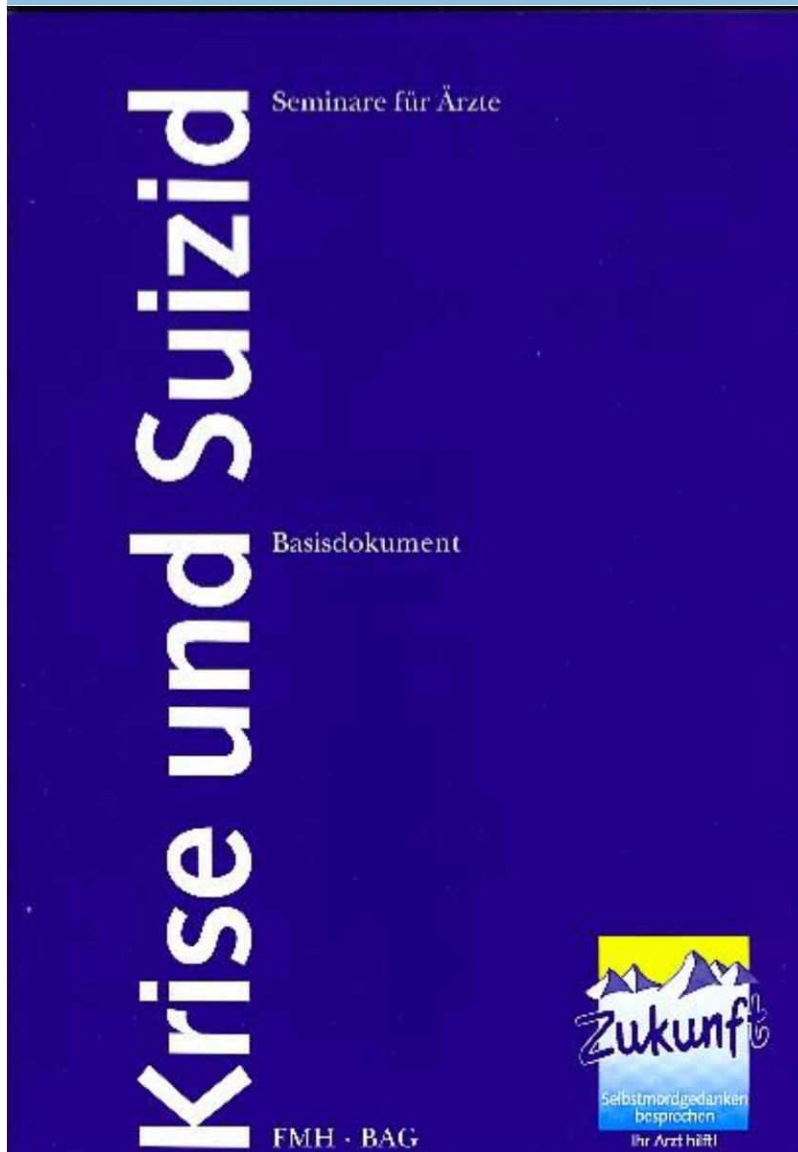
In 11% bei Hausärzten

In 6% bei andern Spezialärzten

Isometsä et al (1995)



Krise und Suizid 1991-1996



- Interaktive Fortbildung für prakt. Ärzte
- Basisdokumentation
- Schriftliche Materialien
- Patientenbroschüren “Sprechen wir darüber”
- Studie
Medienberichterstattung
- Richtlinien für
Medienschaffende



6. Kenntnisse und Einstellungen der Fachpersonen

Depressionen werden oft nicht erkannt

Somatische Beschwerden stehen im Vordergrund

Männerdepression

Risikofaktor Suizidversuch

Nach einem Suizidversuch ist das Risiko für einen späteren Suizid 40 bis 66 mal erhöht.

Das Risiko bleibt über Jahre unverändert hoch.

Das Risiko nimmt mit jedem S'versuch zu



Suizid ist Folge einer Entwicklung

Selbstbeurteilung: Ich bin ein Versager
Ich bin für nichts, mein Leben ist hoffnungslos

Intention: Suizid als Lösung

-> Wenn wichtige Lebensziele bedroht sind, kann
Suizid ein alternatives Ziel werden



Kenntnisse und Einstellungen der Fachpersonen

Mental Pain/Seelischer Schmerz

Wesentliche Identitätsziele, die Kontinuität des Selbst, sind bedroht (individuelle Vulnerabilität)

„Ich bin nicht mehr mich selber“

„Ich hasse mich“

„Der Schmerz ist stärker als ein physischer Schmerz“

„Ich kann das/mich nicht mehr ertragen“

„Ich muss dem Zustand - und allem - ein Ende setzen“



7. Spezifische Behandlung/Nachbetreuung

- Besonderheiten der therapeutische Beziehung
- Stationäre Behandlung??
- Non-suizid Vertrag
- The day after appointment...
- „Outreach programs“
- Green Card
- Briefe/Postkarten
- DBT (Linehan et al.)
- KVT (Brown et al.)
- MBCT (M. Williams)

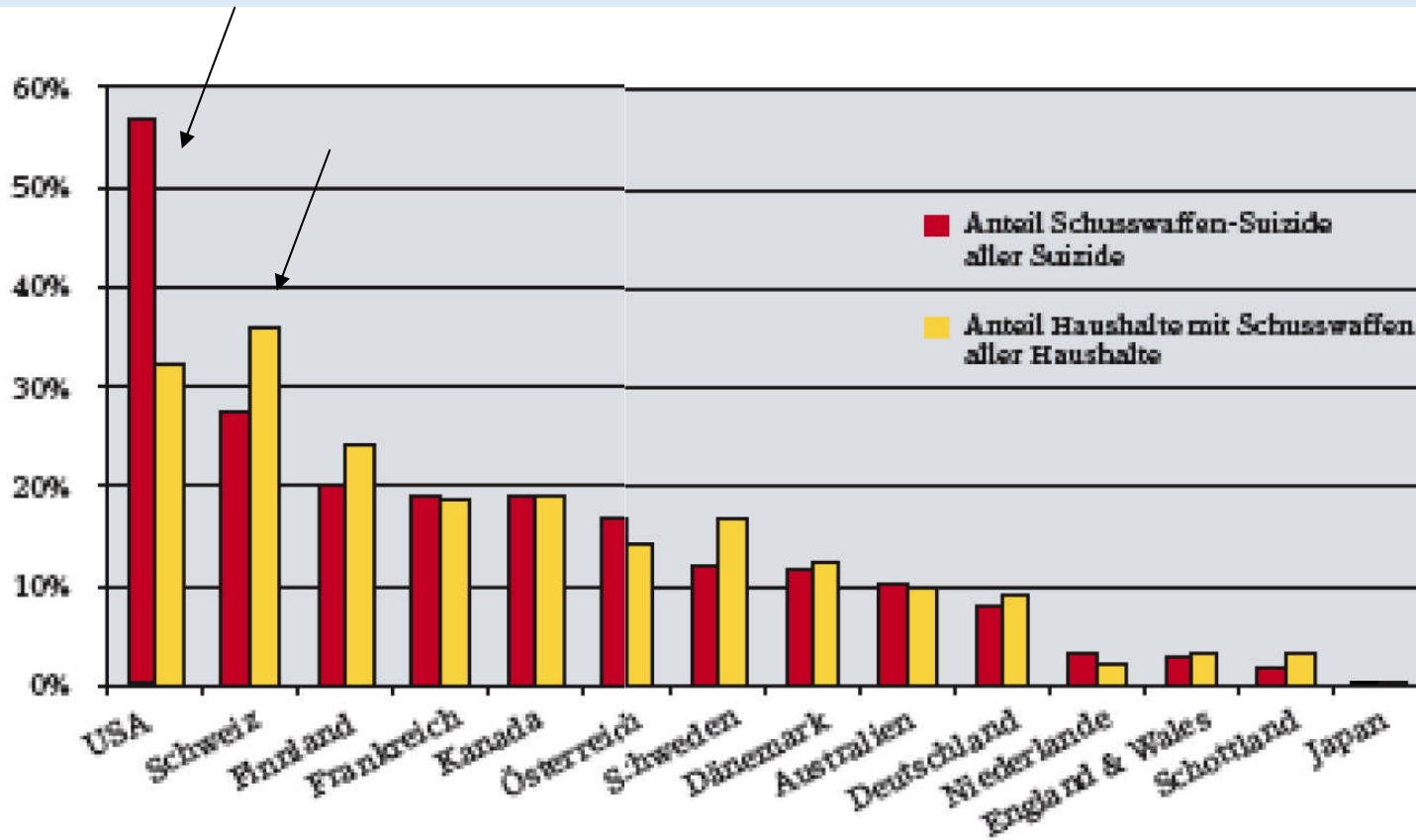


Das Berner Kurzinterventionsprogramm

1. Konsultation: Narratives Interview
2. Konsultation: Video-Playback
3. Konsultation: Muster und Abläufe werden geklärt, mögliche präventive Verhaltensmassnahmen erarbeitet und schriftlich zu Händen des/der Patienten/Patientin festgehalten.
4. Weitere Konsultation wenn nötig.
5. Angebot zur Kontaktaufnahme bei Krisen.
6. Vereinbarung der schriftlichen Kontaktaufnahme von unserer Seite alle 3 bzw. 6 Monate über mindestens 2 Jahre.



8. Verfügbarkeit der Mittel



Tell lässt grüssen

Suizide durch Waffen (> 60% mit Armeewaffen (?)):

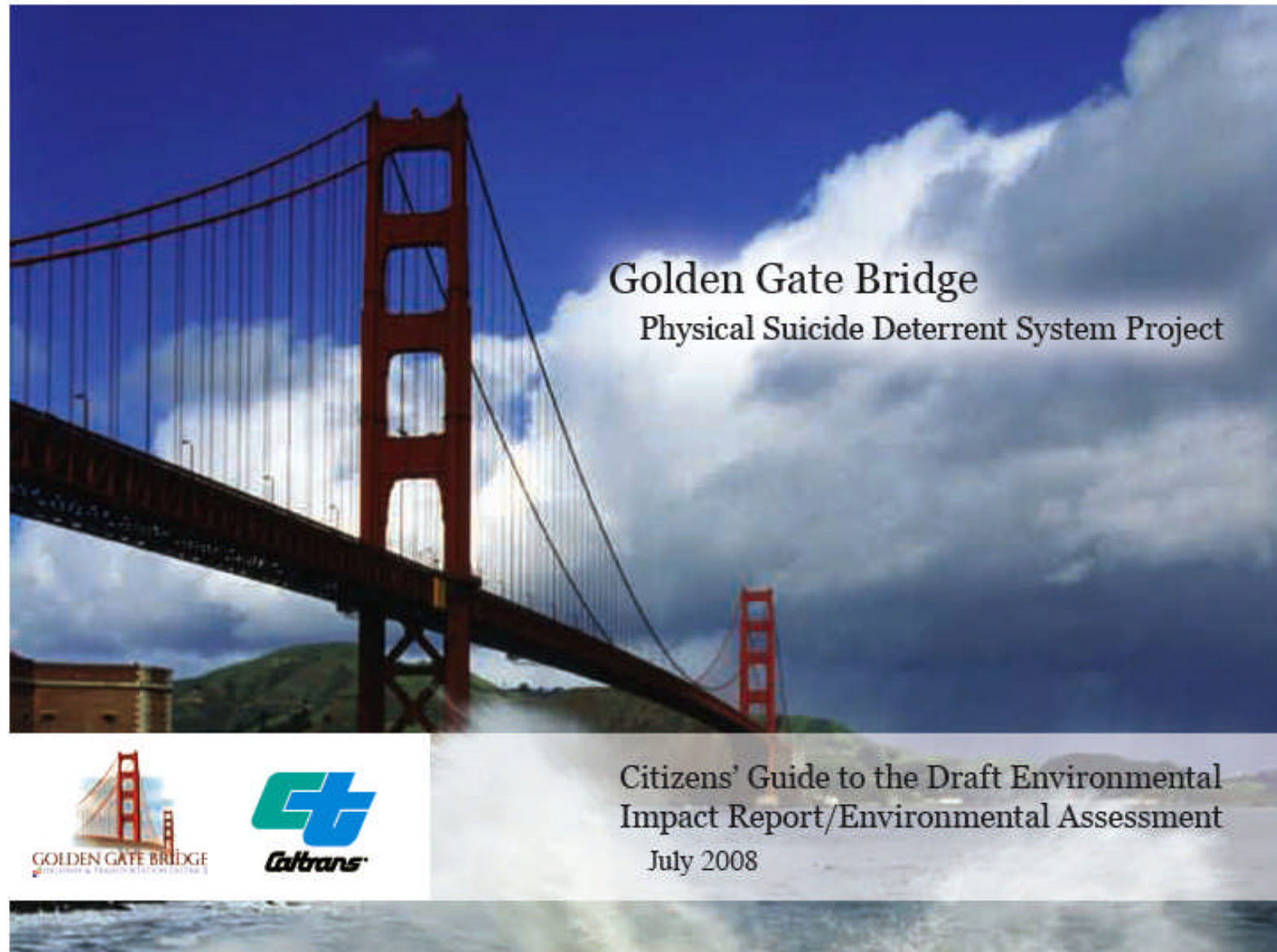
2001:	390	
2002:*	351	(24,2%)
2003:	300	(23,6%)
2004:	272	(21.1%)

Studie: European Alliance against Depression (2008)
15-24 Jahre, 2000-2004

Suizid durch Schusswaffen bei Männern: 43% aller
Suizide!



9. Sicherung der Hotspots



Suizdprävention bei Brücken

Th. Reisch, U. Schuster, C. Jenny, K. Michel, 2006

Im Auftrag des Bundesamtes
für Strassen ASTRA

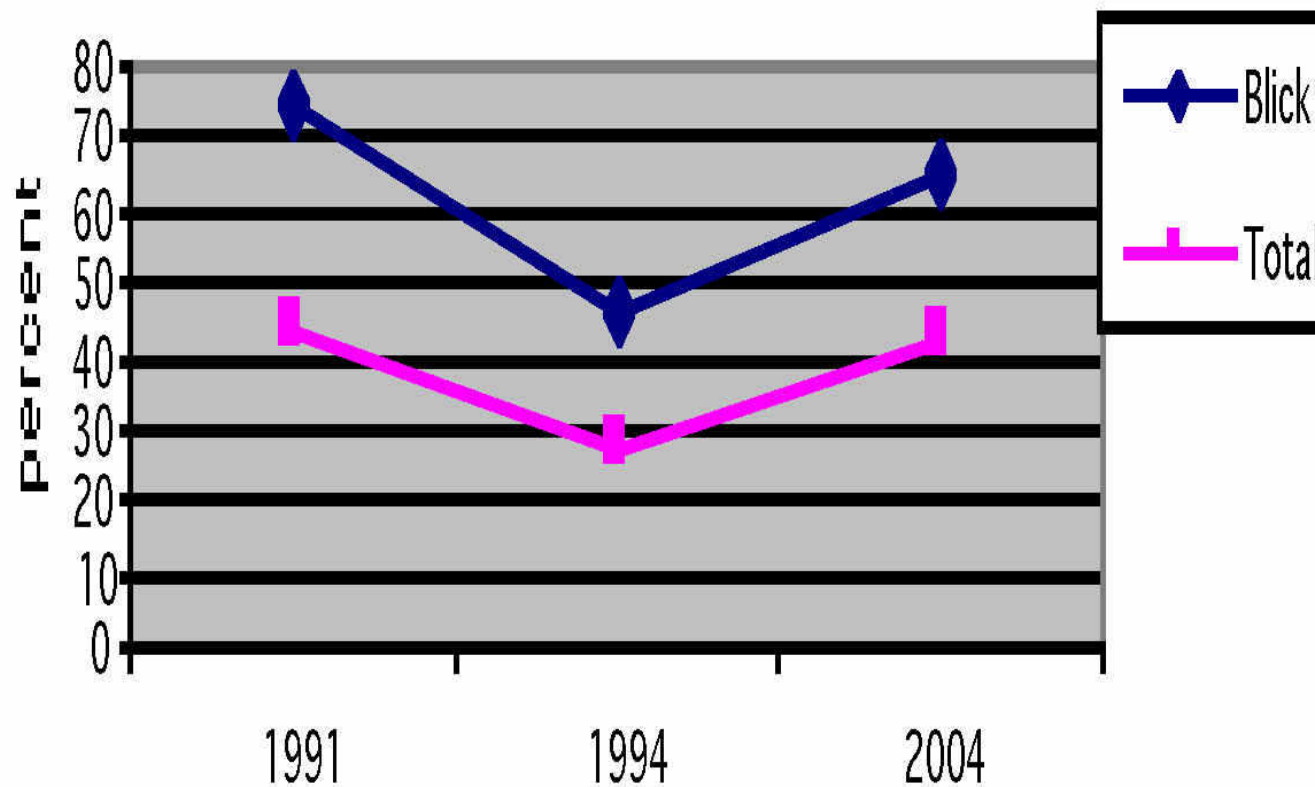
Identifizierung und
Beschreibung der
Suizidbrücken

Formulierung von
präventiven – baulichen –
Massnahmen

Rolle der
Medienberichterstattung



10. Kontakte mit Medienverantwortlichen



Methoden in %, Blick im Vergleich mit der Suizidstatistik 2004

Suicide methods

