

Suizidprävention:

Eine globale Herausforderung

EUROPEAN
ALLIANCE
AGAINST
DEPRESSION 

STIFTUNG
**DEUTSCHE
DEPRESSIONS
HILFE**

Suizide fordern ihren Tribut. Mehr als 800 000 Menschen sterben jährlich durch Suizid und unter den 15-29-Jährigen sind Suizide die zweithäufigste Todesursache. Es gibt Hinweise darauf, dass auf jeden Erwachsenen, der durch einen Suizid stirbt, mindestens 20 Personen kommen, die einen Suizidversuch begehen.

Suizide sind vermeidbar. Umfassende und multisektorielle Suizidpräventionsstrategien sind nötig, damit nationale Bemühungen erfolgreich sein können.

Beschränkung des Zugangs zu tödlichen Mitteln und Methoden beispielsweise ist sehr vielversprechend und wirkt. Eine effektive Strategie zur Prävention von Suiziden und Suizidversuchen ist daher die Beschränkung des Zugangs zu den häufigsten Suizidmethoden- und mitteln, wie Pestiziden, Schusswaffen und bestimmten Medikamenten.

Suizidprävention sollte als Kernkomponente in das nationale Gesundheitssystem integriert sein. Psychiatrische Erkrankungen und Alkoholmissbrauch sind Ursachen für sehr viele Suizide weltweit. Frühe Erkennung und effektives Management sind der Schlüssel dafür, dass Betroffene die Hilfe erhalten, die sie benötigen.

Darüber hinaus spielen Gemeinden eine entscheidende Rolle in der Suizidprävention. Sie können soziale Unterstützung für Betroffene bieten und sich in der Nachsorge, Stigma-Bekämpfung und bei der Unterstützung für Angehörige eines Suizidopfers engagieren.

Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an:

Department für Psychische Gesundheit und Substanzmissbrauch
Weltgesundheitsorganisation
Avenue Appia 20
CH-2111 Geneva 27
Schweiz
http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention

Stiftung Deutsche Depressionshilfe
Simmelweisstr. 10
04103 Leipzig
<http://www.deutsche-depressionshilfe.de>

Suizidprävention:

Eine globale Herausforderung

Veröffentlicht durch die Weltgesundheitsorganisation 2014 mit dem Titel

Preventing Suicide: A global imperative
© Weltgesundheitsorganisation (2014)

Die Weltgesundheitsorganisation hat die Rechte für Übersetzung und Veröffentlichung für die deutsche Ausgabe an die Stiftung Deutsche Depressionshilfe übertragen. Diese ist allein für die Qualität und Richtigkeit der deutschen Version verantwortlich. Im Falle von Abweichungen zwischen der englischen und der deutschen Version gilt die englische Originalversion als bindend und korrekt.

Suizidprävention: Eine globale Herausforderung
© Stiftung Deutsche Depressionshilfe (2016)

Übersetzung: Sabine Eifert, Professional Translations, Leipzig;
Nicole Koburger, Stiftung Deutsche Depressionshilfe
Juliane Hug, Dr. Elisabeth Kohls, European Alliance Against Depression

Design & Layout: Yusuke Nakazawa, nanairo & CO

Herausgeber:

Stiftung Deutsche Depressionshilfe
Semmelweisstraße 10
04103 Leipzig
www.deutsche-depressionshilfe.de

Die deutsche Fassung des Suizidpräventionsberichtes wurde im Rahmen der Kooperation zwischen der Stiftung Deutsche Depressionshilfe und der Deutsche Bahn Stiftung gGmbH erstellt.



Hinweise zur Bestellung

www.deutsche-depressionshilfe/shop Infomaterial bestellen
Schutzgebühr: 4,95 € (Stand August.2016)

INHALT

02	GELEITWORT DER STIFTUNG DEUTSCHE DEPRESSIONSHILFE
03	GELEITWORT DER WELTGESUNDHEITSORGANISATION
04	VORWORT
05	DANKSAGUNG
07	Zusammenfassung
12	Einleitung
16	Globale Epidemiologie von Suiziden und Suizidversuchen
18	Suizidmortalität
27	Suizidversuche
30	Risiko- und Schutzfaktoren sowie entsprechende Interventionen
34	Gesundheitssystem und gesellschaftliche Risikofaktoren
38	Kommunale und beziehungsbezogene Risikofaktoren
42	Individuelle Risikofaktoren
46	Was schützt die Menschen vor Suizidrisiken?
48	Aktuelle Situation bei der Suizidprävention
50	Was ist bekannt, und was wurde bereits erreicht?
51	Was tun die Länder gegenwärtig im Hinblick auf Suizidprävention?
53	Aktueller Gesetzesstatus von Suiziden in der gesamten Welt und Änderungsperspektiven
54	Engagement für eine umfassende nationale Strategie zur Suizidprävention
58	Wie können die Länder eine umfassende nationale Strategie schaffen, und welchen Nutzen hat sie?
63	Wie kann der Fortschritt bei der Evaluation einer nationalen Strategie zur Suizidprävention verfolgt werden?
65	Kosten und Kosteneffizienz von Bemühungen um Suizidprävention
66	Zukunftsaussichten der Suizidprävention
68	Was kann getan und wer muss einbezogen werden?
68	Auf dem Weg vorankommen
73	Wie sieht Erfolg aus?
74	Schlüsselbotschaften
76	LITERATUR
82	ANHÄNGE

GELEITWORT DER STIFTUNG DEUTSCHE DEPRESSIONSHILFE



Suizide und Suizidversuche

Jeden Tag nehmen sich in Deutschland circa 30 Menschen das Leben (1). Die Zahl der Suizidversuche ist mit circa 600 um ein Vielfaches höher. In den westlichen Industrieländern erfolgt die große Mehrheit dieser Todesfälle vor dem Hintergrund einer psychischen Erkrankung. Dabei kommt der Depression eine zentrale Rolle zu. Bei etwa der Hälfte der vollendeten Suizide in Europa ist eine affektive Störung in der Krankheitsgeschichte präsent (2). Diese sehr enge Assoziation von suizidalem Verhalten mit affektiven Störungen spiegelt sich auch darin wieder, dass für die Depression als einzige Erkrankung Suizidalität explizit eines der möglichen Diagnosekriterien darstellt (ICD-10).

Die Stiftung Deutsche Depressionshilfe

Aufgrund der engen Verbindung von Depression und suizidalem Verhalten ist davon auszugehen, dass eine verbesserte Behandlung von depressiven Erkrankungen auch zu einer Verringerung der Rate suizidaler Handlungen (Suizidversuche und vollendeter Suizide) beitragen kann. Hierfür engagiert sich die Stiftung Deutsche Depressionshilfe. Sie ist aus dem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Kompetenznetz Depression, Suizidalität hervorgegangen und verschreibt sich seit 2008 als gemeinnützige Organisation den Zielen, Depression zu erforschen, die Versorgung Betroffener zu verbessern, suizidale Handlungen vorzubeugen und Wissen weiterzugeben.

Der Suizidpräventionsbericht

Erstmals wurde 2014 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein Suizidpräventionsbericht veröffentlicht, der den derzeitigen Wissensstand zu suizidalem Verhalten und zu den vielversprechendsten präventiven Interventionsmöglichkeiten zusammenfasst. Das von der Stiftung Deutsche Depressionshilfe propagierte und bereits in zahlreichen regionalen Bündnissen gegen Depression in Deutschland und europaweit implementierte 4-Ebenen-Interventionskonzept (3) wird in dem vorliegenden Suizidpräventionsbericht der WHO aufgeführt. Er enthält zudem konkrete, umsetzbare Schritte unter Berücksichtigung unterschiedlicher vorhandener Ressourcen und stellt eine Informationsquelle dar, die weit über den englischen Sprachraum hinaus Verbreitung finden sollte. Die Stiftung Deutsche Depressionshilfe sieht es als eine ihrer Aufgaben an, basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen Entscheidungsträger und die breite Öffentlichkeit über Möglichkeiten der Suizidprävention zu informieren und für das Thema zu sensibilisieren. Mit der Übersetzung des Berichts soll ein Beitrag hierzu geleistet werden.

Die hier vorliegende deutsche Version entstand im Rahmen der Kooperation zwischen der Stiftung Deutsche Depressionshilfe und der Deutsche Bahn Stiftung gGmbH. Sie wurde mit Unterstützung und ausdrücklichem Einverständnis der WHO sowie in Zusammenarbeit mit der European Alliance Against Depression e.V. angefertigt.

Prof. Dr. Ulrich Hegerl
Vorstandsvorsitzender der Stiftung Deutsche Depressionshilfe

PD Dr. Christine Rummel-Kluge
Geschäftsführerin der Stiftung Deutsche Depressionshilfe

1. Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt
2. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. BMC Psychiatry. 2004; 4:37.; Cavanagh, J T O, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychol Med. 2003;33:395-405.
3. Hegerl, U, Rummel-Kluge C, Värnik A, Arensman E, Koburger N. 2013. Alliances against Depression – a community based approach to target depression and to prevent suicidal behaviour. Neurosci Biobehav Rev 37: 2404-2409.

GELEITWORT DER WELTGESUNDHEITSORGANISATION



Jeder Suizid ist eine Tragödie. Laut Schätzungen sterben über 800.000 Menschen durch Suizid, und auf jeden solchen Todesfall kommen viele Suizidversuche. Die Auswirkungen auf Familie, Freunde und Kommunen sind verheerend und weitreichend, auch lange über den Tod der geliebten Person hinaus.

Leider wird Suizidalität allzu oft nicht als ein Hauptproblem der öffentlichen Gesundheit eingestuft. Trotz zunehmender Forschungsarbeit und gestiegenen Wissens über Suizide und ihre Prävention werden sie weiterhin tabuisiert und stigmatisiert, und häufig suchen die Betroffenen keine Hilfe oder werden allein gelassen. Wenn sie jedoch Hilfe suchen, sind viele Gesundheitssysteme und Gesundheitsdienste nicht in der Lage, rechtzeitig und effektiv Hilfe zu leisten.

Dennoch lassen sich Suizide verhindern. Dieser Bericht soll die Länder ermutigen, dort, wo bereits gute Arbeit geleistet wird, diese Arbeit fortzusetzen und die Suizidprävention auf der Agenda sehr weit oben anzusiedeln, gleich, wo ein Land hinsichtlich der Suizidrate oder in Bezug auf Maßnahmen zur Suizidprävention gegenwärtig steht. Mit rechtzeitigen und effektiven evidenzbasierten Maßnahmen, Behandlungen und Hilfen können sowohl Suizide als auch Suizidversuche verhindert werden. Die Last von Suiziden ist nicht nur im Gesundheitssektor zu spüren – sie hat vielfältige Auswirkungen auf diverse Sektoren und die Gesellschaft als Ganzes. Um eine erfolgreiche Reise in Richtung Suizidprävention anzutreten, sollten die Länder somit einen sektorenübergreifenden Ansatz verwenden, der die Thematik Suizid umfassend angeht und dabei die verschiedenen Sektoren und die für jeden Kontext wichtigsten Akteure zusammenbringt.

Im *WHO Mental Health Action Plan 2013–2020* verpflichten sich die WHO-Mitgliedsstaaten, sich für das globale Ziel der Reduzierung der Suizidrate in den Ländern um 10 % bis 2020 zu engagieren. Das *Mental Health Gap Action Programme*, das 2008 gestartet wurde, betrachtet Suizidalität als eines der Hauptprobleme und bietet evidenzbasierte technische Leitlinien, um die Bereitstellung entsprechender Gesundheitsdienstleistungen in den Ländern zu erweitern.

Vor diesem Hintergrund bin ich froh, Ihnen „Suizidprävention: eine globale Herausforderung“ vorstellen zu können. Dieser Bericht baut auf der vergangenen Arbeit auf und enthält zwei Schlüsselemente, um Fortschritte zu erzielen: eine umfassende Wissensbasis zu Suizid und Suizidversuchen als Leitfaden für Regierungen, Politiker und wichtige Akteure sowie gangbare Schritte für die Länder auf Basis ihrer aktuellen Ressourcen und Kontexte. Außerdem stellt er eine wichtige Ressource zur Entwicklung einer umfassenden sektorübergreifenden Strategie dar, die Suizide effektiv verhindern kann.

Jedes einzelne Leben, das durch einen Suizid verlorengeht, ist ein Leben zu viel. Wenn wir vorankommen wollen, müssen wir zusammenarbeiten, und die Zeit dafür ist jetzt gekommen. Ich fordere alle Akteure auf, die Suizidprävention als unbedingte Notwendigkeit zu betrachten.

A handwritten signature in black ink, reading "M. Chan".

Dr. Margaret Chan
Generaldirektorin
der Weltgesundheitsorganisation

VORWORT

Suizide sind vermeidbar. Trotzdem stirbt alle 40 Sekunden irgendwo in der Welt ein Mensch durch Suizid, und noch weit mehr Menschen unternehmen einen Suizidversuch. Suizide treten in allen Regionen der Welt und in allen Altersstufen auf. Bei jungen Menschen zwischen 15 und 29 Jahren steht Suizid unter den Haupttodesursachen weltweit an zweiter Stelle.

Suizidales Verhalten beeinträchtigt den vulnerabelsten Teil der Weltbevölkerung und spielt bei Gesellschaftsgruppen, die bereits am Rande stehen und diskriminiert werden, eine sehr große Rolle. Suizidalität ist nicht nur ein ernsthaftes Problem für die öffentliche Gesundheit in entwickelten Ländern – die meisten Suizide werden in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen verübt, in denen die Ressourcen und Gesundheitsdienste, so es sie denn überhaupt gibt, häufig zu knapp und begrenzt sind, um Menschen in Not früh zu erkennen, zu behandeln und zu unterstützen. Diese eklatanten Fakten und das Fehlen rechtzeitiger Interventionen machen Suizidalität zu einem globalen Problem der öffentlichen Gesundheit, das zwingend in Angriff genommen werden muss.

Dieser Bericht ist die erste Publikation der WHO dieser Art und fasst den Kenntnisstand in einer praktischen Form zusammen, so dass sofort Maßnahmen ergriffen werden können. Der Bericht zielt ebenfalls darauf, das Bewusstsein über die Bedeutung von Suiziden und Suizidversuchen für die öffentliche Gesundheit zu schärfen, und der Suizidprävention einen höheren Stellenwert auf der globalen Agenda der öffentlichen Gesundheit beizumessen. Er soll die Länder bei der Entwicklung oder Stärkung von umfassenden Strategien zur Suizidprävention in einem sektorübergreifenden Ansatz für die öffentliche Gesundheit ermutigen und unterstützen. Für eine nationale Strategie zur Suizidprävention ist wesentlich, dass die Regierungen eine führende Rolle übernehmen, da sie eine Vielzahl von Akteuren zusammenbringen können, die sonst nicht zusammenarbeiten könnten. Die Regierungen befinden sich außerdem in der einzigartigen Position, Erfassungssysteme

zu entwickeln und zu verbessern sowie Daten bereitzustellen und zu verbreiten, die für informiertes Handeln benötigt werden. Dieser Bericht schlägt eine praktische Anleitung zu strategischen Maßnahmen vor, welche die Regierungen auf der Basis ihrer Ressourcen und bisherigen Maßnahmen zur Suizidprävention durchführen können. Insbesondere sind dies evidenzbasierte und kostengünstige Interventionen, die effektiv sind, selbst dort, wo nur wenige Ressourcen zur Verfügung stehen.

Diese Publikation wäre nicht möglich gewesen ohne den maßgeblichen Beitrag von Experten und Partnern aus der gesamten Welt. Wir möchten ihnen für ihre bedeutende Arbeit und Unterstützung danken.

Der Bericht soll eine Ressource sein, mithilfe derer Politiker und andere Akteure die Suizidprävention zu einer zwingenden Notwendigkeit machen können. Nur dann können die Länder eine zeitnahe und effektive nationale Strategie entwickeln und damit den Leidensdruck mindern, den Suizide und Suizidversuche Einzelpersonen, Familien, Kommunen und der Gesellschaft als Ganzes auferlegen.

Dr. Shekhar Saxena
Direktor
Abteilung für Psychische Gesundheit und
Substanzmissbrauch
Weltgesundheitsorganisation

Dr. Etienne Krug
Direktor
Abteilung für Gewalt- und Verletzungsprävention und
Menschen mit Behinderungen
Weltgesundheitsorganisation

DANKSAGUNG

KONZEPT UND LEITUNG

Shekhar Saxena (WHO), Etienne Krug (WHO),
Oleg Chestnov (WHO).

PROJEKTKOORDINATION UND REDAKTION

Alexandra Fleischmann (WHO), Sutapa Howlader (Australien),
Lakshmi Vijayakumar (Indien), Alex Butchart (WHO).

FACHWISSENSCHAFTLICHE BEITRÄGE UND BEGUTACHTUNG

MITGLIEDER DER ARBEITSGRUPPEN

Arbeitsgruppe 1

Epidemiologie von Suiziden und Suizidversuchen

Michael Phillips (Vorsitzender, China), Vladeta Ajdacic-Gross
(Schweiz), Vladimir Carli (Schweden), Paul Corcoran (Irland),
Alex Crosby (USA), Diego De Leo (Australien), David Gunnell
(Großbritannien), Thomas Simon (USA).

Arbeitsgruppe 2

Risiko- und Schutzfaktoren sowie zugehörige Interventionen

Danuta Wasserman (Vorsitzende, Schweden), Alan Apter
(Israel), Annette Beautrais (Neuseeland), Vladimir Carli
(Schweden), Gergo Hadlaczky (Schweden).

Arbeitsgruppe 3

Aktuelle Situation und Engagement für eine umfassende nationale Strategie zur Suizidprävention

Alan Berman (Vorsitzender, USA), Ella Arensman (Irland),
Stephanie Burrows (Südafrika), Brian Mishara (Kanada),
Vanda Scott (Frankreich), Morton Silverman (USA), Tadashi
Takeshima (Japan).

Arbeitsgruppe 4

Zukunftsansichten der Suizidprävention

Diego De Leo (Vorsitzender, Australien), Alex Crosby (USA),
Keith Hawton (Großbritannien), Merete Nordentoft
(Dänemark), Thomas Simon (USA).

INTERNATIONALE MITWIRKENDE

Guilherme Borges (Mexiko), Robert Bossarte (USA),
Yoshinori Cho (Japan), Pamela Collins (USA), Margreet
Duetz Schmucki (Schweiz), Tony Durkee (Schweden), Maiko
Fujimori (Japan), Ulrich Hegerl (Deutschland), Wakako Hikiji
(Japan), Sebastian Hokby (Schweden), Masatoshi Inagaki
(Japan), Miriam Iosue (Italien), Elvira Keller-Guglielmetti
(Schweiz), Marla Israel (Kanada), Chiaki Kawanishi (Japan),
Murad Khan (Pakistan), Manami Kodaka (Japan), Takafumi
Kubota (Japan), Xianyun Li (China), Shih-Cheng Liao
(Taiwan, Republik China), Richard McKeon (USA), Winnie
Mitchell (USA), Anahit Mkrtchian (Schweden), Masayuki
Morikawa (Japan), Mihoko Morley (Japan), Sheila
Ndyababangi (Uganda), Etsuji Okamoto (Japan), Kotaro

Otsuka (Japan), Jong-Ik Park (Korea), Jane Pearson (USA),
Alfredo Pemjean (Chile), Jane Pirkis (Australien), Beverly
Pringle (USA), Yukio Saito (Japan), Marco Sarchiapone
(Italien), Deborah Stone (USA), Yoshitomo Takahashi
(Japan), Osamu Tanaka (Japan), Camilla Wasserman (USA),
Barbara Weil (Schweiz), Takashi Yamauchi (Japan).

EXPERTENBEGUTACHTER

Paulo Alterwain (Uruguay), Karl Andriessen (Belgien), Judit
Balazs (Ungarn), Jose M. Bertolote (Brasilien), Jafar Bolhari
(Iran), Eric Caine (USA), Erminia Colucci (Australien), Karen
Devries (Großbritannien), Michael Dudley (Australien),
Jacqueline Garrick (USA), Onja Grad (Slowenien), Ricardo
Gusmao (Portugal), Christina Hoven (USA), Hiroto Ito
(Japan), Jack Jordan (USA), Nav Kapur (Großbritannien),
Elisabeth Kohls (Deutschland), Frances Law (China, Hong
Kong SAR), Myf Maple (Australien), Sean McCarthy (Irland),
Roberto Mezzina (Italien), James Mugisha (Uganda),
Thomas Niederkrotenthaler (Österreich), Rory O'Connor
(Großbritannien), George Patton (Australien), John Peters
(Großbritannien), Steve Platt (Großbritannien), Jerry Reed
(USA), Dan Reidenberg (USA), Karen Scavacini (Brasilien),
Jean-Pierre Soubrier (Frankreich), Emmanuel Streef
(Belgien), Kanna Sugiura (Japan), Elizabeth Theriault
(Kanada), Peeter Varnik (Estland), Paul Yip (China, Hong
Kong SAR).

AUSKUNFTGEBENDE UMFRAGETEILNEHMER

Ahmad Abdulbaghi (Irak), Emad Abdulghani (Irak),
Francisca Trinidad Acosta (Honduras), Ahmed Al-Ansari
(Bahrain), Dora Ninette Alburez de von Ahn (Guatemala),
Charity Sylvia Akotia (Ghana), Atalay Alem (Äthiopien),
Layachi Anser (Katar), Alan Apter (Israel), Ella Arensman
(Irland), Tomas Baader (Chile), Hissani Adou Bacar
(Komoren), Loraine Barnaby (Jamaika), Annette Beautrais
(Neuseeland), Siham Benchevron (Marokko), Eleanor
Bennett (Belize), Julio Bobes (Spanien), Jose M Bertolote
(Brasilien), Dora Caballero (Paraguay), Mohamed Chakali
(Algerien), Kin Sun Chan (China, Macau), Ana-Maria
Chavez-Hernandez (Mexiko), Doina Cozman (Rumänien),
Diego De Leo (Australien), Remco De Winter (Niederlande),
Sounkary Doumbouya (Guinea), Kari Dyregrov (Norwegen),
Michel Dzalamou (Kongo), Rabih El Chammy (Libanon),
Felix Evangelista (El Salvador), Mohamed Chakali (Algerien),
Rangiau Fariu (Cookinseln), Georg Fiedler (Deutschland),
Gonzalo Baldomero Gonzalez Henriquez (Panama), Tobi
Graafsma (Surinam), Onja Grad (Slowenien), Alenka Tancic
Grum (Slowenien), Kyooseob Ha (Korea), Mitra Hefazi (Iran),
Hilda Ho (Brunei), Seyed Mohammad Hosseini (Iran), Gerard
Hutchinson (Trinidad), Tekie Iosefa (Tokelau), Zahidul Islam
(Bangladesch), Bhoomikumar Jegannathan (Kambodscha),
Mark Jordans (Nepal), Nusa Konec Juricic (Slowenien),
Nestor Kapusta (Österreich), Chiaki Kawanishi (Japan),

Murad Khan (Pakistan), Brigitte Khoury (Libanon), Michael Lebina (Lesotho), Filifaiese Lilo (Tonga), Paul Links (Kanada), Nasser Loza (Ägypten), Daniella Malulu (Seychellen), T Maniam (Malaysia), Sabour A Mansouri (Afghanistan), Cardoso Margarida (Kap Verde), Carlos Martinez (Argentinien), Lars Mehlum (Norwegen), Naomi Mnthali (Botswana), Alkhulaidi Mohamed (Jemen), Driss Moussaoui (Marokko), James Mugisha (Uganda), David Ndetei (Kenia), Tharcisse Niyonzigiye (Burundi), Merete Nordentoft (Dänemark), Wilhelm Nordfjord (Island), Rory O'Connor (Großbritannien), Silvia Pelaez (Uruguay), Michael Phillips (China), Alexander Pinzon (Kolumbien), Maurizio Pompili (Italien), Vita Postuvan (Slowenien), Toms Pulmanis (Lettland), Mbolatiana Soanirina Raharinivo (Madagaskar), Lakshmi Ratnayeke (Sri Lanka), Sateesh Babu Ravulapati (Indien), Yury Razvodovsky (Weißrussland), Daniel Reidenberg (USA), Saška Roškar (Slowenien), Vsevolod Rozanov (Ukraine), Outi Ruishalme (Finnland), Luis Miguel Sanchez-Loyo (Mexiko), Bashir Ahmad Sarwari (Afghanistan), Lourens Schlebusch (Südafrika), Armin Schmidtke (Deutschland), Jozef Sidlo (Slowakei), Chhit Sophal (Kambodscha), Jean-Pierre Soubrier (Frankreich), Aida Sylla (Senegal), Zonda Tamas (Ungarn), Alexandre Teixeira (Portugal), Prakarn Thomyangkoon (Thailand), Edgardo Juan Tolentino (Philippinen), Kees Van Heeringen (Belgien), Airi Varnik (Estland), Margda Waern (Schweden), Abdirisak Mohamed Warsame (Somalia), Barbara Weil (Schweiz), Paul Wong (China, Hong Kong), Antonio Eugenio Zacarias (Mosambik), Anka Zavasnik (Slowenien).

VOM HAUPTSITZ DER WHO

Katerina Ainali, Richard Brown, Somnath Chatterji, Dan Chisholm, Nicolas Clark, Natalie Drew, Tarun Dua, Jane Ferguson, Michelle Funk, Claudia Garcia Moreno, Anna Gruending, Evelyn Kortum, Doris Ma Fat, Wahyu Retno Mahanani, Colin Mathers, Mwansa Nkowane, Margaret Peden, Vladimir Poznyak, Geoffrey Reed, Dag Rekve, Leanne Riley, Florence Rusciano, Chiara Servili, Joanna Tempowski, Rebekah Thomas Bosco, Mark van Ommeren, Erica Wheeler, Taghi M Yasamy.

AUS DEN WHO-REGIONALBÜROS

Sebastiana Da Gama Nkomo, WHO Regionalbüro für Afrika; Claudina Cayetano, Hugo Cohen, Devora Kestel & Jorge Rodriguez, WHO Regionalbüro für Amerika; Nazneen Anwar, WHO Regionalbüro für Südostasien; Matthijs Muijen, WHO Regionalbüro für Europa; Khalid Saeed, WHO Regionalbüro für den östlichen Mittelmeerraum; Yutaro Setoya & Xiangdong Wang, WHO Regionalbüro für den westlichen Pazifikraum.

PRAKTIKANTEN

Rhett Corker, Justin Granstein, Henrik Heitmann, Eugenie Ng, Amrita Parekh, Charlotte Phillips, Veronica Pisinger, Tahilia Rebello, Nora Sandor.

ORGANISATORISCHE UNTERSTÜTZUNG

Adeline Loo (WHO), Grazia Motturi (WHO), Paule Pillard (WHO).

PRODUKTIONSTEAM

Editierung: David Bramley, Schweiz

Graphikdesign und Layout: Yusuke Nakazawa, Japan

Die WHO dankt der *International Association for Suicide Prevention (IASP)*; dem *WHO Collaborating Centre for Research and Training in Suicide Prevention*, Brisbane, Australien; dem *WHO Collaborating Centre for Research and Training in Suicide Prevention*, Peking, China; dem *WHO Collaborating Centre for Research, Methods Development and Training in Suicide Prevention*, Stockholm, Schweden; dem *Center for Suicide Prevention*, Japan; den *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*, USA; dem *Defense Suicide Prevention Office*, USA; der Regierung Japans; der Regierung der Schweiz; dem *National Institute of Mental Health (NIHM)*, USA; der *Public Health Agency of Canada*; der *Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)*, USA; und der *Veterans Health Administration*, USA für ihre inhaltlichen Beiträge.

Die WHO dankt den *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*, USA; der Regierung Japans; der Regierung der Schweiz; und dem *National Institute of Mental Health (NIHM)*, USA für ihre finanzielle Unterstützung; und Syngenta, Schweiz für den Beitrag zum Druck.

Zusammenfassung

Einführung

Im Mai 2013 verabschiedete die 66. Weltgesundheitsversammlung den ersten Aktionsplan für psychische Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Ein wesentlicher Bestandteil des Plans ist Suizidprävention, mit dem Ziel der Verringerung der Suizidrate in allen Ländern um 10 % bis zum Jahr 2020 (1). Es gibt keine einfache Erklärung dafür, warum Menschen durch Suizid sterben. Viele Suizide geschehen aus einem Impuls heraus. In einem solchen Fall kann der einfache Zugang zu tödlichen Mitteln und Methoden wie beispielsweise Pestiziden oder Schusswaffen darüber entscheiden, ob eine Person lebt oder stirbt.

Soziale, psychologische, kulturelle und andere Faktoren können interagieren, um eine Person zu suizidalem Verhalten zu bewegen, aber aufgrund des Stigmas im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen und Suizid fühlen sich viele Menschen nicht in der Lage sich Hilfe zu suchen. Trotz der Belege dafür, dass viele Suizide vermeidbar sind, hat Suizidprävention zu oft eine niedrige Priorität für die Regierungen und politischen Entscheidungsträger. Das Ziel dieses Berichts ist es, dazu beizutragen, das Thema Suizidprävention auf den Agenden der öffentlichen Gesundheit und der Politik zu priorisieren und Suizidalität als ein Problem des öffentlichen Gesundheitswesens in das Bewusstsein zu rufen. Der Bericht wurde in einem globalen Beratungsprozess entwickelt und basiert auf systematischen Übersichtsarbeiten zu Daten und wissenschaftlichen Belegen sowie Hinweisen von Partnern und Interessengruppen.

Globale Epidemiologie von Suiziden und Suizidversuchen

In 2012 gab es weltweit schätzungsweise 804 000 Todesfälle durch Suizid. Das entspricht einer jährlichen globalen altersstandardisierten Suizidrate von 11,4 pro 100 000 Einwohner (15,0 für Männer und 8,0 für Frauen). Da jedoch Suizid ein sensibles Thema ist und sogar in einigen Ländern als illegal gilt, ist es sehr wahrscheinlich, dass die Zahlen unterschätzt werden. Selbst in Ländern mit guten Meldesystemen können Suizide oftmals als Unfall oder andere Todesursache falsch klassifiziert sein. Einen Suizid zu registrieren ist ein kompliziertes Verfahren, welches verschiedene Behörden, einschließlich Strafverfolgungsbehörden, mit einbezieht. In Ländern ohne zuverlässige Registrierung von Todesfällen versterben Suizidenten einfach ungezählt.

In Ländern mit höherem Einkommen versterben dreimal so viele Männer an Suizid als Frauen. In Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen ist das Mann-zu-Frau-Verhältnis mit 1,5-mal so vielen Männern wie Frauen, die durch Suizid versterben, viel niedriger. Weltweit gehen bei Männern 50 % aller gewaltsamen Todesfälle auf Suizide zurück, in 71 % bei Frauen. In Bezug auf das Alter sind die Suizidraten bei Männern und Frauen im Alter von 70 Jahren oder mehr in fast allen Regionen der Welt am höchsten. In einigen Ländern sind die Suizidraten unter jungen Menschen am höchsten. Weltweit ist Suizid die zweithäufigste Todesursache unter 15 bis 29-Jährigen. Die Einnahme von Pestiziden, Erhängen und Schusswaffengebrauch gehören zu den häufigsten Suizidmethoden weltweit. Es werden aber auch viele andere Methoden verwendet und die Wahl der Methode variiert mit der Bevölkerungsgruppe.

Die jährliche Zahl der Suizidversuche liegt um ein Vielfaches höher als die für vollendete Suizide. Bezeichnenderweise ist ein Suizidversuch der wichtigste Risikofaktor für Suizid in der Allgemeinbevölkerung. Für wirksame Suizidprävention wäre sowohl im Hinblick auf Suizide als auch Suizidversuche eine bessere Verfügbarkeit und Qualität der Daten aus Meldesystemen, krankenhausbasierten Systemen und Umfragen erforderlich.

Den Zugang zu tödlichen Mitteln und Methoden zu beschränken ist ein Schlüsselement der Bemühungen der Suizidprävention. Solche Richtlinien zur Restriktion des Zugangs zu Suizidmethoden (wie der beschränkte Zugang zu Pestiziden und Schusswaffen oder die Einrichtung von Absperrungen auf Brücken) erfordern ein Verständnis für die Methodenpräferenzen der verschiedenen Bevölkerungsgruppen und hängen auch von Kooperation und Zusammenarbeit zwischen mehreren Sektoren ab.

Risiko- und Schutzfaktoren und damit zusammenhängende Interventionen

Häufig wirken mehrere Risikofaktoren kumulativ und erhöhen so die Vulnerabilität einer Person für suizidale Handlungen.

Risikofaktoren in Verbindung mit dem Gesundheitssystem und der Gesellschaft beinhalten Schwierigkeiten beim Zugang zum Versorgungssystem und Engpässe beim Bereitstellen der notwendigen Versorgung, den einfachen Zugang zu tödlichen Mitteln und Methoden, unangebrachte Medienberichterstattung, die Suizide sensationalisiert und damit das Risiko von Nachahmungstaten erhöht sowie Stigmatisierung der Menschen, die Hilfe bei suizidalem Verhalten, psychischen Erkrankungen und Problemen mit Substanzmissbrauch suchen.

Risiken auf Gemeinde- und Beziehungsebene beinhalten Krieg und Katastrophen, Belastungen durch Eingliederung (unter indigenen Völkern oder Vertriebenen), Diskriminierung, Gefühl der Isolation, Missbrauch, Gewalt und konfliktreiche Beziehungen. Zu Risikofaktoren auf individueller Ebene gehören vorangegangene Suizidversuche, psychische Erkrankungen, Alkoholmissbrauch, finanzielle Verluste, chronische Schmerzen und suizidales Verhalten in der Familie.

Es gibt drei Arten von Strategien um diesen Risikofaktoren zu begegnen: „Universelle Präventionsstrategien“, die entwickelt werden, um die Gesamtbevölkerung zu erreichen, könnten beispielsweise darauf abzielen, den Zugang zum Versorgungssystem zu verbessern, psychische Gesundheit zu fördern, schädlichen Alkoholkonsum zu reduzieren, Zugang zu tödlichen Mitteln und Methoden zu begrenzen oder verantwortungsvolle Medienberichterstattung zu fördern. „Selektive Präventionsstrategien“ zielen ab auf Risikogruppen wie Personen, die ein Trauma oder Missbrauch erlitten haben, die von Konflikten oder Katastrophen betroffen sind, Flüchtlinge und Migranten und Personen, die einen Angehörigen durch Suizid verloren haben. Sie umfassen z.B. das Training von Multiplikatoren, die diese Risikogruppen unterstützen, und das Bereitstellen von Hilfsangeboten wie Beratungsstellen. „Indizierte Strategien“ zielen auf bestimmte gefährdete Individuen ab, beispielsweise durch Unterstützung durch die Gemeinde, Nachsorge nach Entlassung aus Gesundheitseinrichtungen, Bildung und Training für Personal im Gesundheitswesen und eine verbesserte Identifizierung und Versorgung von psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen. Prävention kann auch durch die Stärkung von Schutzfaktoren wie starke persönliche Beziehungen, ein persönliches Glaubenssystem und positive Bewältigungsstrategien unterstützt werden.

Suizidprävention: Die derzeitige Situation

Das Wissen über suizidales Verhalten hat in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen. Beispielsweise hat die Forschung die Bedeutung des Zusammenspiels biologischer, psychologischer, sozialer, umweltbedingter und kultureller Faktoren in Bezug auf suizidales Verhalten aufgezeigt. Gleichermäßen ist es durch epidemiologische Studien gelungen, viele Risiko- und Schutzfaktoren sowohl für Suizidalität in der Allgemeinbevölkerung, als auch bei Risikogruppen zu identifizieren. Zudem wurde die Bedeutung kultureller Variabilität deutlich und dass der kulturelle Hintergrund sowohl bei der Zunahme von Risiken, als auch als Schutzfaktor bei Suizidalität eine Rolle spielen kann.

Im Bereich der öffentlichen Wahrnehmung und Politik ist festzuhalten, dass heute von 28 Ländern bekannt ist, dass sie eine nationale Suizidpräventionsstrategie verfolgen und der Welt-Suizid-Präventionstag, organisiert von der Internationalen Gesellschaft für Suizidprävention, jedes Jahr weltweit am 10. September stattfindet. Zusätzlich wurden viele Suizidforschungseinheiten gegründet und die Themen der Suizidalität und ihrer Prävention haben Eingang in viele akademische Curricula gefunden. Um praktische Hilfe bereitzustellen, werden verschiedene Berufsgruppen aus Medizin und Versorgung eingesetzt, um die Diagnostik und das Management suizidalen Verhaltens zu verbessern. An vielen Orten haben sich Selbsthilfegruppen von Menschen, die einen Angehörigen durch Suizid verloren haben, gegründet und ehrenamtliche Helfer unterstützen bei der Betreuung von Online- und Telefonberatungsangeboten.

Im letzten halben Jahrhundert haben viele Länder den Suizid entkriminalisiert, so dass es mittlerweile für Menschen mit suizidalen Gedanken und Verhaltensweisen viel einfacher ist, Hilfe zu suchen und in Anspruch zu nehmen.

Auf dem Weg zu einer umfassenden Strategie für Suizidprävention

Ein systematischer Weg, eine nationale Antwort auf die Frage der Suizidalität zu finden, ist eine nationale Suizidpräventionsstrategie zu planen und umzusetzen. Eine solche landesweite Strategie bringt den klaren Willen der Regierung zum Ausdruck, sich mit dem Thema der Suizidalität zu befassen und es proaktiv anzugehen. Typische nationale Strategien umfassen eine Bandbreite verschiedener Präventionsstrategien wie beispielsweise Beobachtungsprogramme, die Beschränkung des Zugangs zu tödlichen Mitteln und Methoden, Medienrichtlinien für die Berichterstattung über

Suizid und Maßnahmen, die auf eine Verringerung des Stigmas abzielen und das Thema stärker ins öffentliche Bewusstsein rücken. Schulungsmaßnahmen für Mitarbeiter des Gesundheitssystems, des Bildungswesens, der Polizei und anderer Berufsgruppen, die mit Risikogruppen in Berührung kommen und eine mögliche Lotsenfunktion in die Versorgung haben können, zählen ebenfalls dazu. Üblicherweise beinhalten die Strategieprogramme auch Kriseninterventionsangebote und Nachsorgeangebote für Menschen nach einem Suizidversuch.

Ein Schlüsselement bei der Entwicklung einer nationalen Suizidpräventionsstrategie ist es, die Suizidprävention zu einer multisektorialen Priorität zu machen, die nicht nur den Gesundheitssektor, sondern auch den Bildungsbereich, das Gebiet der Arbeit, die Wohlfahrtspflege, das Gerichtswesen und andere einbezieht. Die Strategie sollte auf den jeweiligen landesspezifischen Kultur- und Sozialkontext zugeschnitten sein. Sie sollte erfolgreiche Beispiele bereits implementierter Einzelmaßnahmen sowie evidenzbasierte Interventionsmaßnahmen in einem umfassenden Konzept verbinden. Die verfügbaren finanziellen Mittel sollten dabei sowohl in das Erreichen kurz- bis mittelfristiger als auch langfristiger Ziele investiert werden. Es sollte eine effektive Planung und eine regelmäßige Evaluation erfolgen, deren Ergebnisse wiederum in die Weiterentwicklung fließen sollten.

Für Länder, in denen derzeit noch keine vollumfängliche Suizidpräventionsstrategie entwickelt wurde oder umgesetzt wird, sollte dies kein Hindernis darstellen, dennoch Einzelprogramme im Bereich der Suizidprävention umzusetzen, da diese zu einer späteren landesweiten und multimodalen Strategie beitragen können. Derartige Einzelprogramme können beispielsweise auf die Identifikation von Risikogruppen für Suizidalität abzielen, oder darauf, den Zugang zur Versorgung und verfügbare Ressourcen für diese Gruppen zu verbessern.

Suizidprävention - Wie geht es weiter?

Die Gesundheitsministerien haben die wichtige Rolle, Führung zu übernehmen und Entscheidungsträger aus anderen Sektoren ihres Landes zusammenzubringen. In Ländern, in denen bislang keine Suizidpräventions-Programme stattfanden, sollte der Schwerpunkt darauf liegen, wichtige Entscheidungsträger zu finden und Programme und Aktivitäten zu entwickeln, die auf den größten Bedarf abzielen bzw. in denen schon vorhandene Ressourcen genutzt werden können. Darüber hinaus ist es in diesem ersten Schritt wichtig, die Kontrolle und Aufsicht zu verbessern. In Ländern mit bereits bestehenden

Suizidpräventions-Aktivitäten kann eine Situations-Analyse aufzeigen, welche Unternehmungen bereits vorliegen und Hinweise liefern, wo eventuelle Lücken geschlossen werden müssten. In Ländern, in denen bereits ein relativ umfassendes Suizidpräventions-Programm etabliert ist, sollte der Fokus auf Evaluation und Verbesserung der bestehenden Programme durch Austausch, Wissenszuwachs, neue Daten und der Konzentration auf Effektivität und Effizienz liegen.

Zwei Punkte sind wichtig, um mit Suizidpräventions-Programmen einen Schritt weiter voran zu gehen. Erstens, Suizidpräventions-Programme und Datenerhebung sollten parallel stattfinden. Zweitens ist es lohnenswert in den Dialog mit Entscheidungsträgern zu treten, selbst wenn ein Land nicht für eine nationale Präventionsstrategie bereit zu sein scheint. Dies generiert oftmals Interesse, stößt Initiativen an und schafft eine Atmosphäre für weitere Veränderungen. Durch einen solchen Prozess auf der Suche nach einer nationalen Strategie können sich Entscheidungsträger für das Thema verpflichtet fühlen und es kann ein öffentlicher Dialog zum Umgang mit Stigma initiiert werden. Risikogruppen können gezielt identifiziert werden, Forschungsschwerpunkte können festgelegt werden und die öffentliche Wahrnehmung und korrekte Bearbeitung des Themas in den Medien können gesteigert werden.

Indikatoren, die die Fortschritte des Prozesses erfassen können, sind:

- prozentuale Reduktion der Suizidraten,
- Anzahl der erfolgreich implementierten Suizidpräventions- und Interventionsprogramme und
- Abnahme der Anzahl von Personen, die nach einem Suizidversuch stationär behandelt werden.

Länder, die dem Aktionsplan der WHO für psychische Gesundheit 2013–2020 (1) folgen, können eine zehnprozentige Reduktion der Suizidraten anstreben. Viele Länder werden das Ziel haben, die Suizidraten sogar noch weiter zu reduzieren. Wichtig ist festzuhalten, dass langfristig die Risikoreduktion nur einen Teil auf dem Weg zu geringeren Suizidraten darstellt. Die Förderung aller protektiven Faktoren kann helfen, eine Basis zu schaffen für die Zukunft - eine Zukunft, in der gemeindebasierte Organisationen hilfebedürftigen Menschen Unterstützung anbieten und adäquate Hilfen vermitteln, in der Familien und das soziale Umfeld Resilienz fördern und effektiv intervenieren, um den ihnen nahestehenden Personen zu helfen und in der ein soziales Klima herrscht, in dem es nicht länger ein Tabu ist, sich Hilfe zu suchen und in dem zur öffentlichen Diskussion ermutigt wird.

Zusammenfassung

Suizide fordern ihren Tribut. Mehr als 800 000 Menschen sterben jährlich durch Suizid und unter den 15 bis 29-Jährigen sind Suizide die zweithäufigste Todesursache. Es gibt Hinweise darauf, dass auf jeden Erwachsenen, der durch einen Suizid stirbt, mindestens 20 Personen kommen, die einen Suizidversuch begehen.

Suizide sind vermeidbar. Umfassende und multisektorielle Suizidpräventionsstrategien sind nötig, damit nationale Bemühungen erfolgreich sein können.

Beschränkung des Zugangs zu tödlichen Mitteln und Methoden, beispielsweise, ist sehr vielversprechend und wirkt. Eine effektive Strategie zur Prävention von Suiziden und Suizidversuchen ist daher die Beschränkung des Zugangs zu den häufigsten Suizidmethoden- und -mitteln, wie Pestiziden, Schusswaffen und bestimmten Medikamenten.

Suizidprävention sollte als Kernkomponente in das nationale Gesundheitssystem integriert sein.

Psychiatrische Erkrankungen und Alkoholmissbrauch sind Ursachen für sehr viele Suizide weltweit. Frühe Erkennung und effektives Management sind der Schlüssel dafür, dass Betroffene die Hilfe erhalten, die sie benötigen.

Darüber hinaus spielen Gemeinden eine entscheidende Rolle in der Suizidprävention. Sie können soziale Unterstützung für Betroffene bieten und sich in der Nachsorge, Stigma-Bekämpfung und bei der Unterstützung für Angehörige eines Suizidopfers engagieren.

Einleitung

Jeder Suizid ist eine persönliche Tragödie, die das Leben eines Menschen vorzeitig beendet und weite Kreise nach sich zieht, welche das Leben von Familie, Freunden und Kommunen dramatisch beeinflussen. Jedes Jahr sterben mehr als 800.000 Menschen durch Suizid – alle 40 Sekunden ein Mensch. Dies ist ein Problem der öffentlichen Gesundheit, das Kommunen, Provinzen und ganze Länder betrifft.

Junge Menschen zählen zu den am häufigsten Betroffenen; Suizid ist gegenwärtig global gesehen die zweithäufigste Todesursache bei den 15- bis 29-Jährigen. Die Zahlen schwanken von Land zu Land. Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen tragen jedoch mit geschätzten 75 % aller Suizide den größten Anteil der globalen Suizidlast.

Im Mai 2013 verabschiedete die 66. Weltgesundheitsversammlung offiziell den ersten *Mental Health Action Plan* (Aktionsplan für psychische Gesundheit) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Der Aktionsplan fordert alle WHO-Mitgliedsstaaten auf, ihr gesteigertes Engagement für psychische Gesundheit durch Erreichen spezieller Ziele zu demonstrieren. Suizidprävention ist ein integraler Bestandteil des Aktionsplans für psychische Gesundheit mit dem Ziel, die Suizidrate in den Ländern bis 2020 um 10 % zu reduzieren (1).

Was ist der Grund für einen Suizid? Warum beenden jedes Jahr so viele Menschen ihr Leben? Ist es wegen Armut? Wegen Arbeitslosigkeit? Wegen einer zerbrochenen Beziehung? Oder sind Depressionen bzw. andere psychischen Erkrankungen der Grund? Sind Suizide das Ergebnis impulsiven Handelns, oder geschehen sie infolge einer Enthemmung durch Alkohol oder Drogen? Es gibt viele solche Fragen, aber keine einfachen Antworten. Warum ein Mensch durch Suizid stirbt, lässt sich nicht mit einem einzigen Faktor erklären – suizidales Verhalten ist ein komplexes Phänomen, das durch verschiedene in Wechselwirkung stehende Faktoren beeinflusst wird: persönliche, soziale, psychologische, kulturelle, biologische und umweltbedingte Faktoren.

Der Zusammenhang zwischen Suizidalität und psychischen Störungen ist belegt, eine starke Verallgemeinerung von Risikofaktoren dagegen kontraproduktiv. Es wird zunehmend deutlich, dass der Kontext für das Verständnis des Suizidrisikos unabdingbar ist. Viele Suizide werden impulsiv in Krisenmomenten verübt. In diesen Situationen kann der leichte Zugang zu Suizid-Hilfsmitteln – z. B. Pestiziden oder Schusswaffen – über Leben oder Tod entscheiden. Andere Risikofaktoren für einen Suizid sind der Verlust der Fähigkeit, akute oder chronische Lebensbelastungen zu bewältigen, beispielsweise finanzielle Probleme. Außerdem sind Fälle von sexueller Gewalt und Kindesmissbrauch stark mit suizidalem Verhalten assoziiert. Zudem schwanken die Suizidraten von Land zu Land und sind höher bei Menschen, die einer Minderheit angehören oder diskriminiert werden.

Stigmatisierung, vor allem im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen und Suizid, hält viele Menschen davon ab, Hilfe zu suchen. Die Erhöhung des Bewusstseins der Gesellschaft und der Bruch mit Tabus sind wichtig für Länder, die sich um Suizidprävention bemühen. Für viele dieser Probleme haben wir bereits Lösungen. Außerdem gibt es eine hinreichend starke Wissensbasis, die uns zum Handeln befähigt.

Suizide sind vermeidbar

Bemühungen um Suizidprävention erfordern Koordination und Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Sektoren der Gesellschaft, sowohl öffentlichen als auch privaten Sektoren. Zu ihnen gehören sowohl gesundheitsbezogene als auch externe Sektoren, wie Bildungswesen, Beschäftigungspolitik, Landwirtschaft, Handel, Justiz und Rechtswesen, Verteidigung, Politik sowie die Medien. Diese Bemühungen müssen umfassend, integriert und synergistisch sein, da nicht ein Ansatz allein ein solch komplexes Problem wie Suizidalität lösen kann.

Eine anerkannte Strategie zur Suizidprävention sind Beurteilung und Management psychischer Erkrankungen entsprechend der Beschreibung im *Mental Health Gap Action Programme* (mhGAP) der WHO. In diesem Programm werden evidenzbasierte Strategien auf individueller Ebene beschrieben, darunter auch Beurteilung und Management von Personen, die einen Suizidversuch unternommen haben. Auf Bevölkerungsebene befürwortet das Programm mhGAP die Einschränkung des Zugangs zu Suizid-Hilfsmitteln, die Entwicklung von Richtlinien zur Reduzierung des Alkoholmissbrauchs über eine Palette von entsprechenden Maßnahmen sowie die Aufforderung der Medien zu verantwortungsvoller Berichterstattung über Suizidfälle.

Außerdem hat sich auch die Priorisierung präventiver Maßnahmen unter vulnerablen Bevölkerungsteilen, einschließlich Personen, die bereits früher einen Suizidversuch unternommen haben, als hilfreich erwiesen. Im Ergebnis wurde die „Postvention“ als wichtige Komponente der Suizidprävention erkannt; die Hinterbliebenen sowie Freunde der Suizidopfer benötigen ebenfalls Betreuung und Unterstützung.

Suizidprävention erfordert eine Vision, einen Plan und ein Strategiepaket. Diese Bemühungen müssen durch Daten untermauert werden. Es muss ein konzeptueller Leitrahmen in kulturspezifischer Art und Weise geschaffen werden, selbst wenn es noch kein universelles Strategiepaket gibt, das in jedem Land funktioniert. Eine nachhaltige Führung ist wesentlich, da die Ziele der Suizidprävention nur durch nachhaltigen Einsatz erreicht werden können.

Um gesellschaftliche Veränderungen zu erreichen sind drei wichtige Faktoren erforderlich: Wissen (wissenschaftlich und durch die Praxis untermauert), öffentliche Unterstützung (politischer Wille) sowie eine soziale Strategie, z. B. eine nationale Strategie zum Erreichen der Ziele bei der Suizidprävention.

Ziele des Berichts

Trotz der Belege dafür, dass viele Todesfälle vermeidbar sind, und dies oft mithilfe kostengünstiger Interventionen, hat suizidales Verhalten für Regierungen und Politiker weltweit häufig einen niedrigen Stellenwert. Das Ziel dieses Berichts besteht darin, der Suizidprävention auf der globalen Agenda von öffentlicher Gesundheit und Politik einen höheren Stellenwert zu verleihen und das Bewusstsein der Öffentlichkeit dafür zu schärfen, dass Suizidalität ein echtes Problem der öffentlichen Gesundheit ist. Mit diesem Bericht stellt die WHO evidenzbasierte Interventionen zur Reduzierung von Suizidfällen vor und fordert ihre Partner auf, die Präventionsbemühungen zu verstärken.

Der Bericht lenkt die Aufmerksamkeit auf das Ausmaß des Problems durch Beschreibung des Ranges und der Folgen von Suizid und Suizidversuchen weltweit. Dazu werden sämtliche verfügbare Daten herangezogen. Spezielle Abschnitte des Berichts enthalten praktische Ratschläge zu Aspekten der öffentlichen Gesundheit, welche die Länder befolgen können, um Suizide im Laufe des gesamten Lebens eines Menschen zu vermeiden.

Dieser Bericht soll eine Schlüsselressource für diejenigen sein, die sich für Suizidprävention einsetzen, darunter vor allem die Gesundheitsministerien, Entscheidungsträger und Politiker, aber auch Nichtregierungsorganisationen (NRO), Wissenschaftler, Mitarbeiter im Gesundheitswesen und in den Kommunen, die Medien sowie die allgemeine Öffentlichkeit.

Methode

Dieser Bericht wurde im Rahmen eines globalen Beratungsprozesses erstellt und basiert auf systematischer Prüfung vorhandener Daten und Belege sowie auf Informationen diverser unterschiedlicher Partner innerhalb und außerhalb der WHO. Die Abschnitte wurden von führenden Experten auf dem Gebiet der Suizidprävention konzipiert und entworfen, die sich auf ihr kollektives Fachwissen stützten, um ein globales Bild der Suizide zu zeichnen und einen Leitfaden für Suizidprävention zu erstellen.

Terminologie

Während der Zusammenstellung dieses Berichts fanden viele Diskussionen zu Definitionen statt, und letztlich wurde eine Einigung zu den im Folgenden genannten Begriffen erzielt. Dies negiert keinesfalls die laufende Entwicklung von Begriffen in diesem Bereich sowie die Tatsache, dass aus gutem Grund an anderer Stelle dieses Sektors unterschiedliche Begriffe verwendet werden können. Es geht über den Umfang dieses Berichts hinaus, Probleme zu Terminologie und Definitionen suizidalen Verhaltens abschließend zu lösen.

Für den Zweck dieses Berichts ist **Suizid** der Akt der bewussten Selbsttötung.

Für den Zweck dieses Berichts wird der Begriff **Suizidversuch** für jegliches nicht tödliche suizidale Verhalten verwendet und bezieht sich auf eine bewusst selbst zugefügte Vergiftung, Verletzung oder jede andere Selbstschädigung, die einen tödlichen Ausgang haben kann, aber nicht muss.

Die Implikationen und Komplexitäten der Aufnahme des Begriffs Selbstschädigung in die Definition von „Suizidversuch“ sind nicht zu unterschätzen. Es bedeutet, dass eine nicht tödliche Selbstschädigung ohne Suizidabsicht unter diesen Begriff fällt, was angesichts der verschiedenartigen Interventionen problematisch ist. Es kann jedoch in einem konkreten Fall schwierig sein, einzuschätzen, ob es sich um einen Suizidversuch handelte, da er von Unklarheiten oder sogar Verschleierung der Tatsachen begleitet sein kann.

Außerdem werden teilweise Todesfälle als Ergebnis einer Selbstschädigung ohne suizidale Absicht oder Suizidversuche mit anfänglich suizidaler Absicht, bei denen eine Person später nicht mehr sterben will, die aber dennoch mit dem Tod enden, in Daten zu Suizidfällen eingeschlossen. Die Unterscheidung zwischen beiden Möglichkeiten ist schwierig, deshalb kann nicht mit Sicherheit gesagt werden, welcher Anteil der Todesfälle einer Selbstschädigung mit bzw. ohne suizidale Absicht zugeschrieben werden kann.

Suizidales Verhalten bezieht sich auf eine Reihe von Verhaltensweisen, zu denen Suizidgedanken, Suizidpläne, Suizidversuche und der Suizid selbst gehören. Die Zuordnung von Suizidgedanken zu suizidalem Verhalten ist eine komplexe Frage, über die derzeit ein bedeutsamer akademischer Dialog geführt wird. Die Entscheidung, Suizidgedanken suizidalem Verhalten zuzuordnen, wurde aus Gründen der Einfachheit getroffen, da die unterschiedlichen Forschungsquellen, die in diesem Bericht berücksichtigt wurden, hinsichtlich ihrer Position zu Suizidgedanken nicht einheitlich sind.

Inhalte dieses Berichts

Dieser Bericht, die erste Publikation der WHO dieser Art, bietet einen umfassenden Überblick über Suizide, Suizidversuche sowie weltweite Bemühungen um Suizidprävention. Er identifiziert evidenzbasierte Ansätze für die Politik sowie die Entwicklung von Programmen zur Suizidprävention, die für unterschiedliche Settings angepasst werden können. Der Bericht widerspiegelt das öffentliche Gesundheitsmodell für Suizidprävention (Abbildung 1). Entsprechend diesen Schritten beginnt Suizidprävention mit Datenerfassung, um das Problem zu definieren und zu verstehen, gefolgt von der Identifizierung von Risiken und Schutzfaktoren (sowie effektiver Interventio-

nen), bis hin zur Umsetzung, zu der Evaluation und Ausweitung von Interventionen gehören. Daraufhin werden die Datenerfassung und die nachfolgenden Schritte überarbeitet. Ein überspannender konzeptueller Rahmen – idealerweise eine umfassende nationale Strategie – muss in kulturspezifischer Art und Weise geschaffen und durch Daten gestützt werden, um Entwicklung, Umsetzung und Evaluation der Suizidprävention mit Weitsicht, politischem Willen, Führungsqualitäten, früher Einbeziehung aller Akteure und nicht zuletzt der Finanzierung zu lenken.

Abbildung 1. Das öffentliche Gesundheitsmodell



Obwohl Suizide weltweit eine führende Ursache von Todesfällen sind, besitzen sie immer noch eine geringe Priorität für die öffentliche Gesundheit. Suizidprävention und Suizidforschung haben noch nicht die Geldmittel oder Arbeitskräfte erhalten, die sie dringend benötigen. Es ist zu hoffen, dass dieser Bericht weltweit als Baustein zur Entwicklung und Umsetzung umfassender Strategien zur Suizidprävention dienen wird.

Globale Epidemiologie von Suiziden und Suizidversuchen

Mythen über Suizid

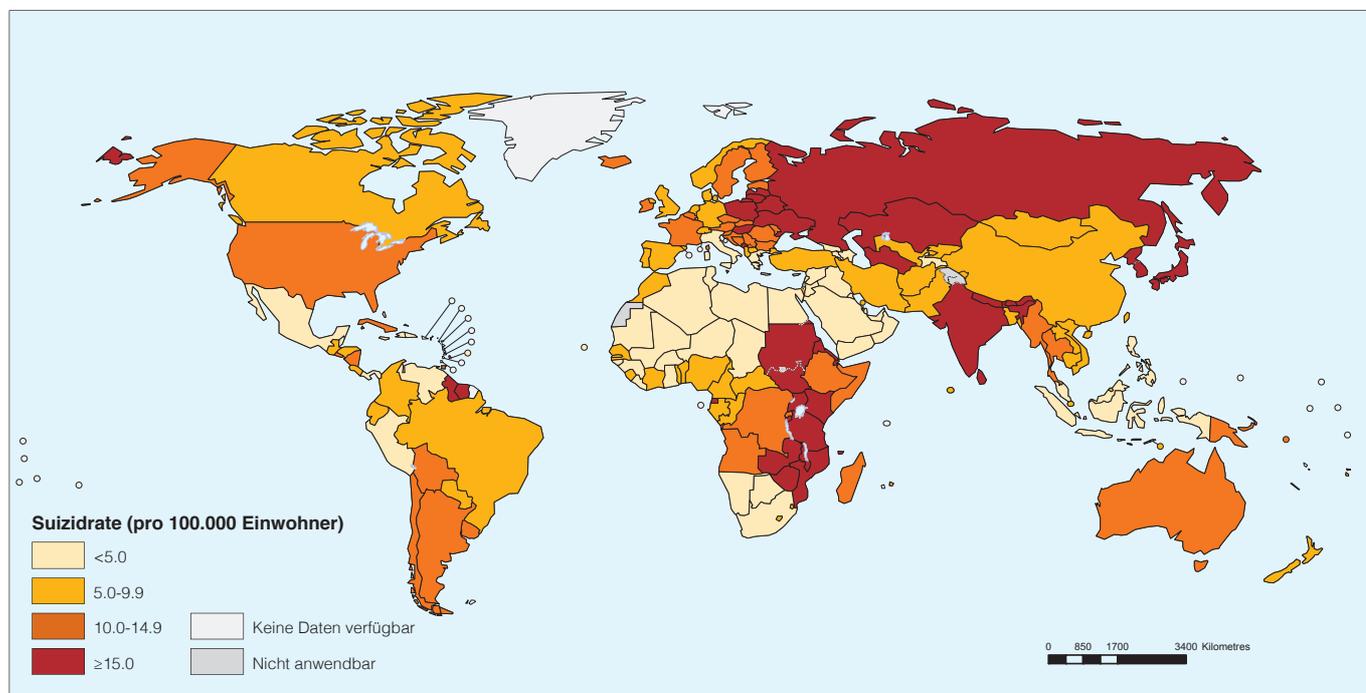
Mythos:

~~**Menschen, die über Suizid sprechen,
beabsichtigen nicht, ihn auch zu begehen.**~~

Tatsache:

**Menschen, die über Suizid sprechen, suchen
möglicherweise Hilfe oder Unterstützung. Eine
große Zahl von Menschen, die einen Suizid in
Erwägung ziehen, verspürt Ängste,
Depressionen und Hoffnungslosigkeit und sieht
unter Umständen keinen anderen Ausweg.**

Karte 1. Altersstandardisierte Suizidraten (pro 100.000 Einwohner), beide Geschlechter, 2012



Verbreitung, Merkmale und Methoden suizidalen Verhaltens variieren beträchtlich zwischen verschiedenen Gesellschaftsgruppen, verschiedenen demographischen Gruppen und im Zeitverlauf. Folglich ist eine aktuelle Erfassung von Suiziden und Suizidversuchen eine wesentliche Komponente von Bemühungen zur Suizidprävention auf nationaler und lokaler Ebene. Suizide sind in vielen Ländern stigmatisiert (oder illegal). Infolge dessen ist die Beschaffung hochwertiger, handlungsrelevanter Daten über suizidales Verhalten schwierig, vor allem in Ländern, die nicht über gute Systeme für Personenstandsdaten (die Todesfälle durch Suizid registrieren) oder gute Datenerfassungssysteme der Versorgung in Kliniken (die medizinisch behandelte Suizidversuche registrieren) verfügen. Die Entwicklung und Umsetzung geeigneter Programme zur Suizidprävention für eine Kommune oder ein Land erfordern sowohl das Verständnis der Grenzen der verfügbaren Daten als auch die Verpflichtung zur Verbesserung der Datenqualität, um die Effektivität spezieller Interventionen genauer wiederzuspiegeln.

Suizidmortalität

Primäre Datenquelle für dieses Kapitel ist die *WHO Global Health Estimates* (Globale Gesundheitsschätzung der WHO). Die Schätzung basiert zum großen Teil auf der Mortalitätsdatenbank der WHO, einem globalen Personenstands- und Todesursachenregister, erstellt aus Daten, die der WHO von den Mitgliedsstaaten übermittelt werden (2). Für die Schätzwerte werden mehrere statistische Modellierungsmethoden verwendet. Diese Methoden werden in technischen Dokumenten aus dem *WHO Department of Health Statistics and Information Systems* beschrieben (3). In diesem Kapitel werden die Ergebnisse auf globaler und regionaler Ebene vorgestellt. In den meisten Fällen sind die berichteten Raten anhand der Altersverteilung der WHO-Weltstandardbevölkerung altersstandardisiert. Dadurch ist ein besserer Vergleich (regionsübergreifend und im Zeitverlauf) möglich. Länderspezifische Schätzwerte der Suizidraten von 2012 für 172 Mitgliedsstaaten mit einer Bevölkerungszahl von mindestens 300.000 werden in Karte 1 sowie Anhang 1 und 2 präsentiert (die Raten in Ländern mit einer geringeren Bevölkerungszahl schwanken).

Globale und regionale Suizidraten

Wie in Tabelle 1 dargestellt, gab es 2012 weltweit geschätzte 804.000 Todesfälle durch Suizid. Dies ergibt eine jährliche globale altersstandardisierte Suizidrate von 11,4 pro 100.000 Einwohner (15,0 für Männer und 8,0 für Frauen).

Tabelle 1. Geschätzte Suizidfälle und -raten nach Region und weltweit, 2012

Region	% der Weltbevölkerung	Anzahl der Suizide, 2012 (Tausend)	% der Suizide weltweit	Altersstandardisierte* Suizidraten (pro 100 000), 2012			Verhältnis Männer: Frauen der altersstandardisierten Suizidrate, 2012
				beide Geschlechter	Frauen	Männer	
Insgesamt**	100.0%	804	100.0%	11.4	8.0	15.0	1.9
Alle Mitgliedsstaaten mit hohem Einkommen	17.9%	192	23.9%	12.7	5.7	19.9	3.5
Alle Mitgliedsstaaten mit geringem und mittlerem Einkommen (LMICs)	81.7%	607	75.5%	11.2	8.7	13.7	1.6
LMICs in Afrika	12.6%	61	7.6%	10.0	5.8	14.4	2.5
LMICs in Amerika	8.2%	35	4.3%	6.1	2.7	9.8	3.6
LMICs im ostmediterranen Raum	8.0%	30	3.7%	6.4	5.2	7.5	1.4
LMICs in Europa	3.8%	35	4.3%	12.0	4.9	20.0	4.1
LMICs in Südostasien	25.9%	314	39.1%	17.7	13.9	21.6	1.6
LMICs im Westpazifik	23.1%	131	16.3%	7.5	7.9	7.2	0.9
Regionen nach Weltbank-Einteilung							
Hohes Einkommen	18.3%	197	24.5%	12.7	5.7	19.9	3.5
Mittleres Einkommen im oberen Bereich	34.3%	192	23.8%	7.5	6.5	8.7	1.3
Mittleres Einkommen im unteren Bereich	35.4%	333	41.4%	14.1	10.4	18.0	1.7
Niedriges	12.0%	82	10.2%	13.4	10.0	17.0	1.7

LMICs = aus dem engl. von low- and middle-income countries = Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen

* Die Raten sind entsprechend der WHO Welt-Standardbevölkerung, bei der Unterschiede in der Altersstruktur adjustiert werden, standardisiert, da so Vergleiche zwischen Regionen und verschiedenen Zeiträumen erleichtert werden.

** Beinhalten Daten für drei Territorien, die nicht Mitgliedsstaaten der WHO sind.

Die altersstandardisierte Suizidrate ist etwas höher in Ländern mit hohem Einkommen als in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen (low- and middle-income countries, LMIC) (12,7 im Vergleich zu 11,2 pro 100.000 Einwohner). Angesichts des höheren Bevölkerungsanteils an der Gesamtbevölkerung, der in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen lebt, ereignen sich jedoch 75,7 % der globalen Suizidfälle in diesen Ländern (Abbildung 2).

In den LMIC der sechs WHO-Regionen schwankt die altersstandardisierte Suizidrate erheblich: Während sie 6,1 pro 100.000 Einwohner in der Region Nord-, Mittel- und Südamerika beträgt, ist sie in der Region Südostasien mit 17,7 pro 100.000 Einwohner fast dreimal so hoch. Infolge der unterschiedlichen Suizidraten in den WHO-Regionen betrug im Jahr 2012 der Bevölkerungsanteil in der Region Südostasien 26 % der Gesamtbevölkerung, der Anteil der Suizide jedoch 39 % der globalen Suizidfälle (Abbildung 3).

Abbildung 2. Globale Suizidfälle nach Alter und Einkommensniveau der Länder (2012)

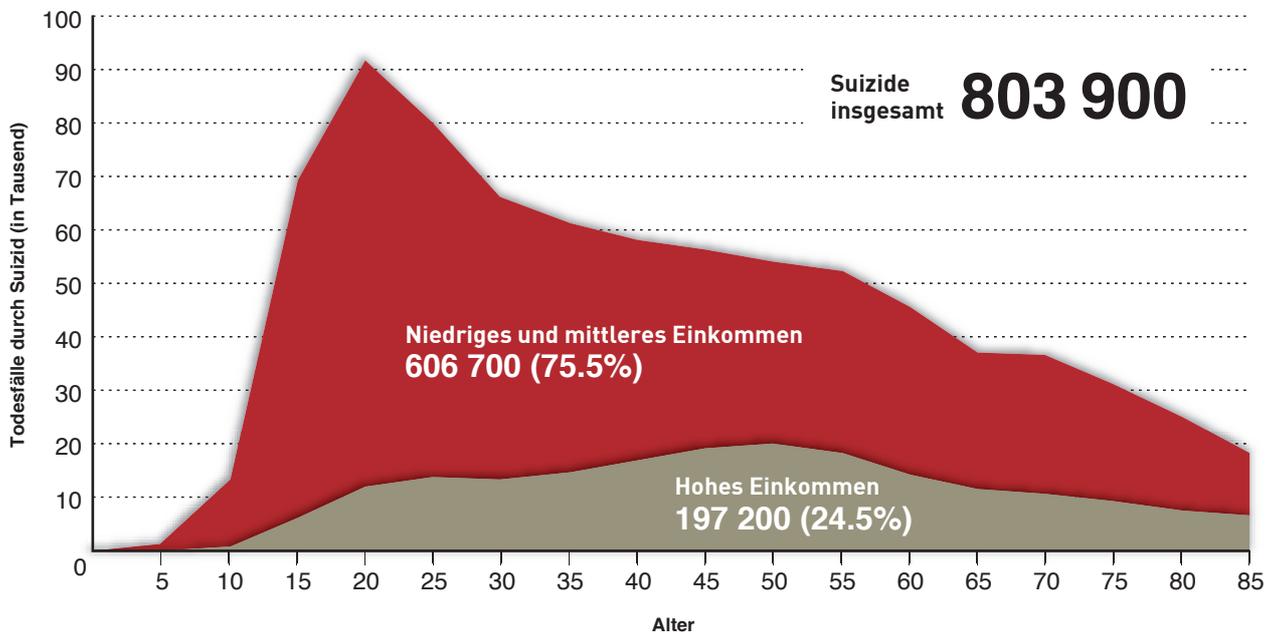
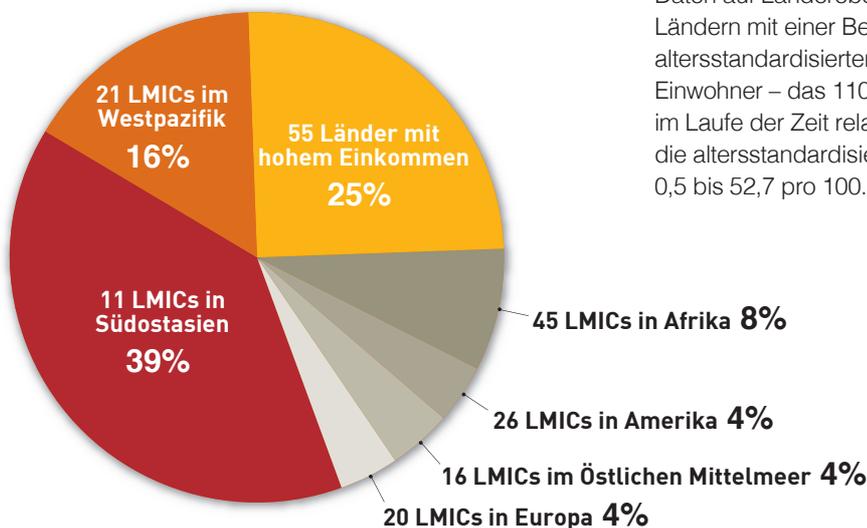


Abbildung 3. Regionalverteilung der globalen Suizidfälle (2012)



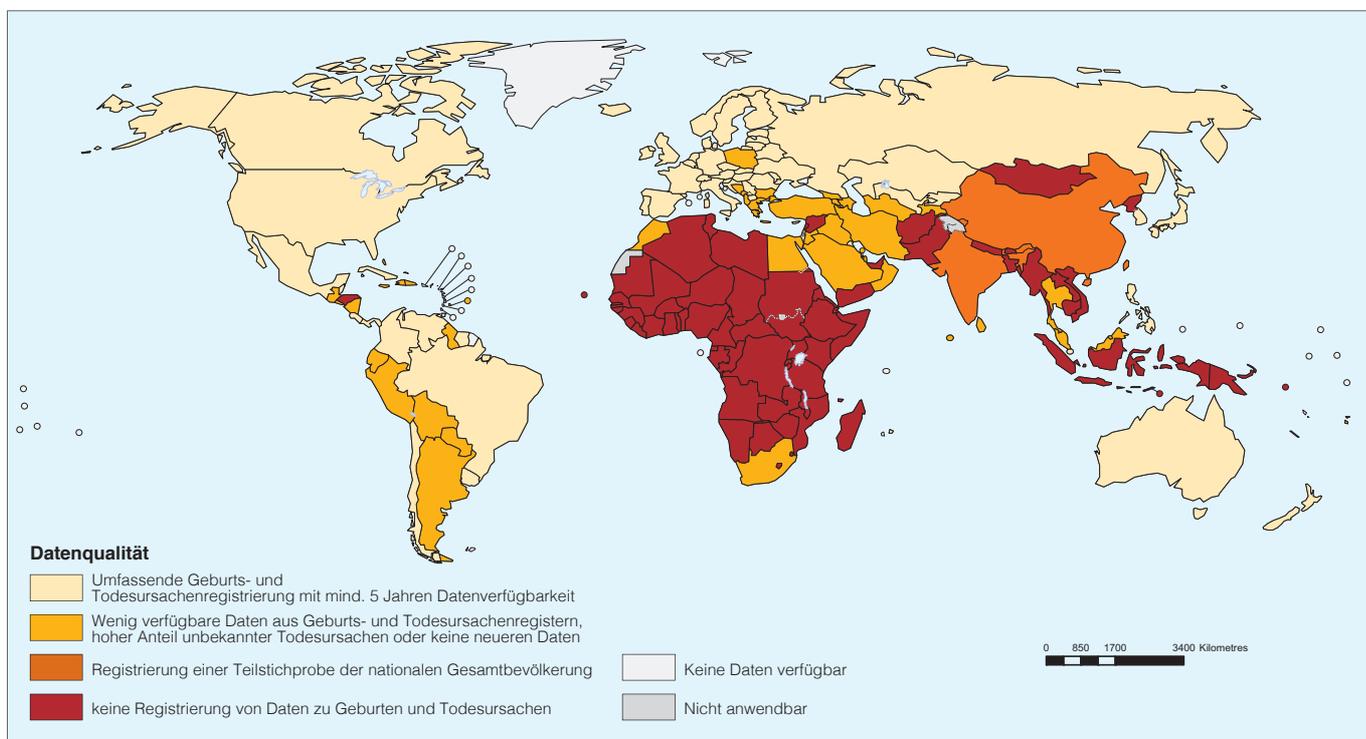
Dieser Unterschied bei den Suizidraten tritt beim Vergleich der Daten auf Länderebene noch deutlicher zutage. In den 172 Ländern mit einer Bevölkerungszahl über 300.000 reichen die altersstandardisierten Suizidraten von 0,4 bis 44,2 pro 100.000 Einwohner – das 110-Fache. Die Größe dieser Unterschiede ist im Laufe der Zeit relativ stabil geblieben: im Jahr 2000 reichten die altersstandardisierten Suizidraten in den 172 Ländern von 0,5 bis 52,7 pro 100.000 Einwohner (das 105-Fache).

LMICs = Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen (low- and middle-income countries)

Bei der Beurteilung dieser Daten zur Suizidmortalität müssen verschiedene wichtige Vorbehaltsaspekte berücksichtigt werden. Von den 172 WHO-Mitgliedsstaaten, für die Schätzungen vorgenommen wurden, verfügen nur 60 (Karte 2 sowie Anhang 1 und 2) im Personenstandsregister über Daten von guter Qualität, die direkt zur Schätzung der Suizidraten verwendet werden können. Die geschätzten Suizidraten in den übrigen 112 Mitgliedsstaaten (in denen sich ca. 71 % der globalen Suizidfälle ereignen), basieren notwendigerweise auf

Modellierungsmethoden. Wie zu erwarten ist, sind Personenstandsregister-Systeme von guter Qualität eher in Ländern mit hohem Einkommen anzutreffen. Die 39 Länder mit hohem Einkommen und Personenstandsregister-Daten von guter Qualität tragen 95 % zu sämtlichen geschätzten Suiziden in Ländern mit hohem Einkommen bei, wogegen die 21 LMIC mit Personenstandsregister-Daten von guter Qualität nur 8 % zu sämtlichen geschätzten Suiziden in LMIC beitragen.

Karte 2. Qualität von Daten zur Suizidmortalität (2012)



Das Problem der schlechten Qualität von Mortalitätsdaten trifft nicht nur auf Suizide zu. Angesichts der Sensitivität von Suiziden – sowie der Gesetzeswidrigkeit suizidalen Verhaltens in bestimmten Ländern – stellen vermutlich mangelhafte Erfassung und falsche Klassifizierung bei Suiziden größere Probleme dar als bei anderen Todesursachen. Die Registrierung von Suiziden ist ein kompliziertes, mehrstufiges Verfahren, das medizinische und rechtliche Belange umfasst und verschiedene verantwortliche Behörden einschließt, die von Land zu Land unterschiedlich sein können. Suizide werden am häufigsten entsprechend den Codes der 10. Ausgabe der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) falsch klassifiziert als „Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt sind“ (ICD-10, Codes Y10-Y34), „Unfälle“ (Codes V01-X59),

„Tätliche Angriffe“ (Codes X85-Y09) und „Ungenau bezeichnete und unbekannte Todesursachen“ (Codes R95-R99) (4, 5, 6). Möglicherweise ist die sehr breite Spanne bei den für die verschiedenen Länder und Regionen berichteten geschätzten Suizidraten den Unterschieden in Berichterstattung und Erfassungsmethoden geschuldet. In den 60 Ländern mit guten Personenstandsregister-Systemen variieren die nationalen altersangepassten Suizidraten 2012 um bis das 32-Fache (von 0,89 bis 28,85 pro 100.000 Einwohner). Trotz jahrzehntelanger Arbeit an der Verbesserung der Genauigkeit von länderspezifischen Mortalitätsdaten bestehen immer noch regionale Unterschiede. Die Möglichkeit, dass ein beträchtlicher Teil dieser festgestellten Unterschiede tatsächlich reale Unterschiede sind, muss ebenfalls in Betracht gezogen werden.

Dies führt zu den folgenden Schlüsselfragen: 1) Wie können die Länder die Erfassung suizidalen Verhaltens verbessern? 2) Wodurch werden solche gewaltigen Unterschiede in den Suizidraten zwischen den Regionen und Ländern verursacht? 3) Welche Faktoren unter den vielen Faktoren,

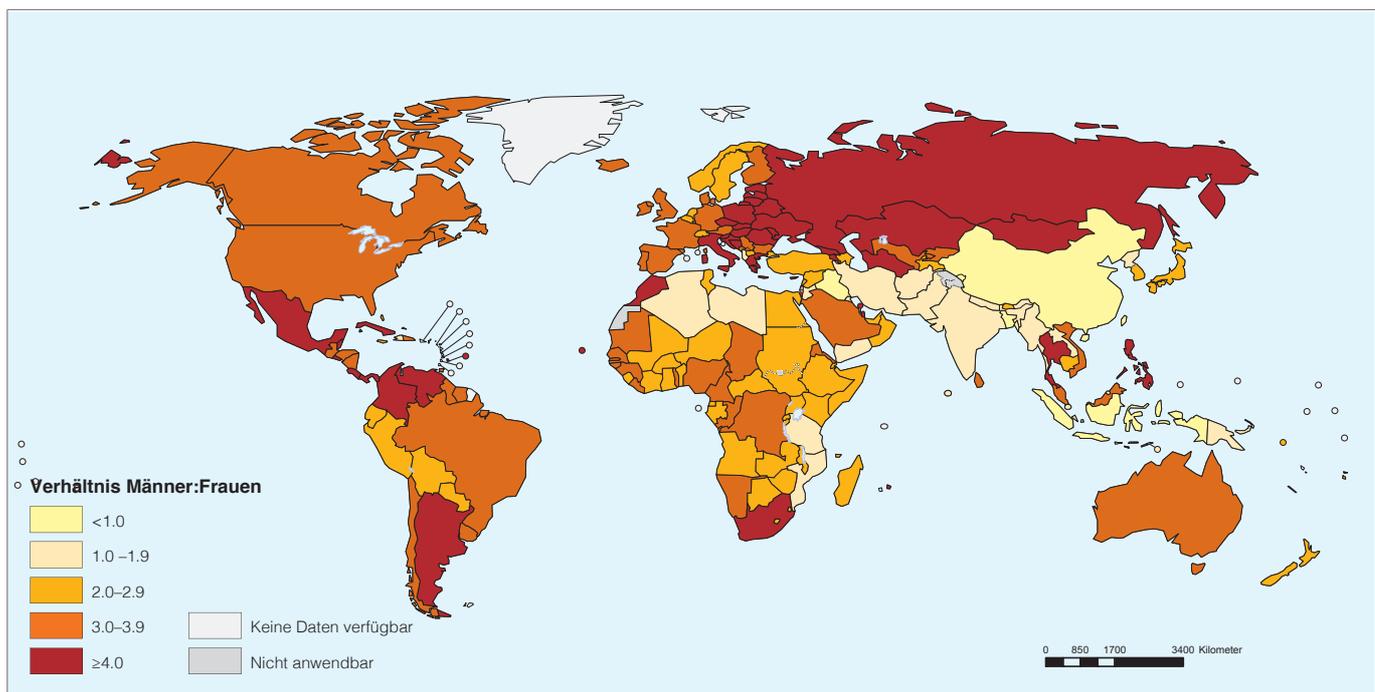
welche die Suizidraten beeinflussen, können durch Richtlinien oder Programme modifiziert werden? In diesem und den nachfolgenden Kapiteln des Berichts wird der Versuch unternommen, diese Fragen zu beantworten.

Suizidraten nach Geschlecht

Die Suizidraten variieren nach Geschlecht (Karte 3 und Abbildung 4). Viele Jahre lang war die gängige Meinung, dass dreimal so viele Männer durch Suizid sterben wie Frauen. Diese Überzahl von Männern ist jedoch hauptsächlich ein Phänomen in Ländern mit hohem Einkommen, in denen 2012 das Verhältnis der altersstandardisierten Suizidraten 3,5 beträgt. In LMIC ist das Verhältnis Männer:Frauen bedeutend niedriger (1,6), was darauf hinweist, dass die Suizidrate bei Männern um 57 % (nicht um

300 %) höher liegt als bei Frauen. Trotzdem gibt es große Unterschiede zwischen den Regionen und den Ländern. Wie in Tabelle 1 zu sehen, reichen die regionalen Geschlechterverhältnisse in den LMIC von 0,9 in der Region Westpazifik bis 4,1 in der Region Europa – ein Unterschied um das 4,5-Fache. Unter den 172 Mitgliedsstaaten mit einer Bevölkerungszahl über 300.000 beträgt das durchschnittliche Geschlechterverhältnis Männer:Frauen 3,2, der Medianquotient 2,8 und das Verhältnis reicht von 0,5 bis 12,5 (d. h. ein Unterschied um das 24-Fache).

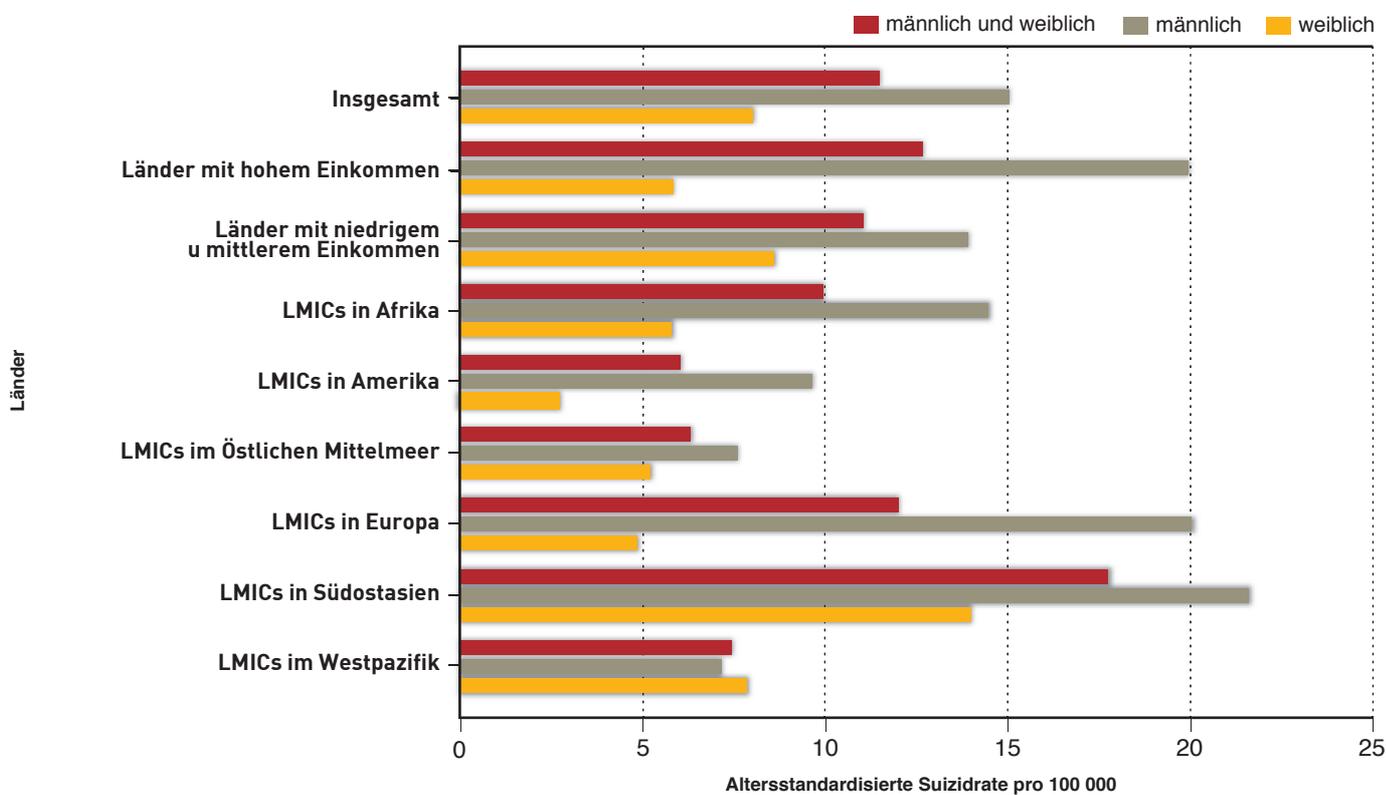
Karte 3. Verhältnis Männer:Frauen bei den altersstandardisierten Suizidraten (2012)



Wie in Abbildung 5 zu sehen, gibt es auch Unterschiede im Geschlechterverhältnis nach Alter. Es gibt viele potenzielle Gründe für unterschiedliche Suizidraten bei Männern und Frauen: Probleme mit der Gleichberechtigung der Geschlechter, Unterschiede in sozial akzeptablen Methoden der Stress- und Konfliktbewältigung bei Männern und Frauen, Verfügbarkeit und Bevorzugung bestimmter

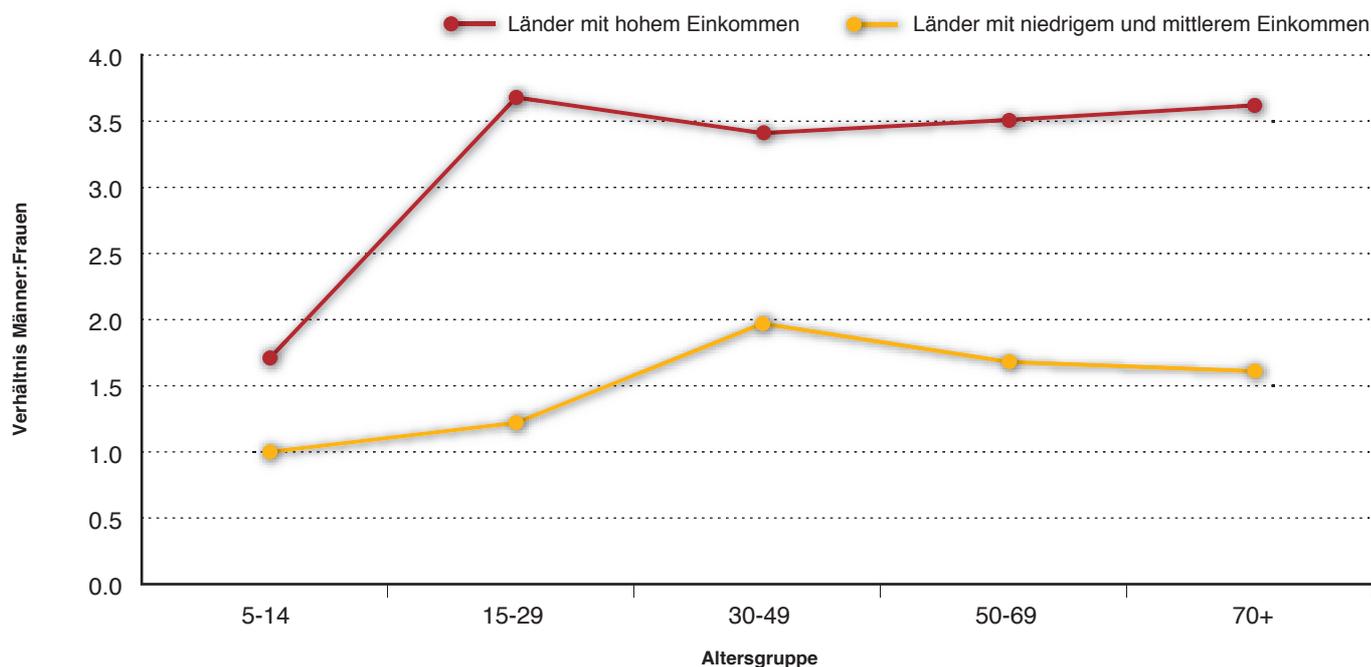
Suizid-Hilfsmittel, Verfügbarkeit von Alkohol und Muster von Alkoholmissbrauch sowie Unterschiede zwischen Männern und Frauen in den Raten der Hilfesuche bei psychischen Erkrankungen. Die sehr breite Spanne der Geschlechterverhältnisse für Suizid lässt darauf schließen, dass die relative Bedeutung dieser verschiedenen Gründe von Land zu Land und von Region zu Region stark variiert.

Abbildung 4. Altersstandardisierte Suizidraten in verschiedenen Regionen der Welt (2012)



LMICs = Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen (low- and middle-income countries)

Abbildung 5. Verhältnis Männer:Frauen bei den Suizidraten nach Altersgruppe und Einkommensniveau des Landes (2012)



Suizidraten nach Alter

Hinsichtlich des Alters sind die Suizidraten am niedrigsten bei Personen unter 15 Jahren und am höchsten bei Personen ab 70 Jahren. Dies betrifft sowohl Männer und Frauen in fast allen Regionen der Welt, obwohl die Muster der Suizidraten nach Alter und Geschlecht zwischen 15 und 70 Jahren nach Region variieren. In einigen Regionen steigen die Suizidraten kontinuierlich mit dem Alter an, wogegen in anderen Regionen eine Spitze in den Suizidraten bei jungen Erwachsenen vorliegt, die in den mittleren Jahren absinkt. In einigen Regionen ist das Altersmuster bei Männern und Frauen ähnlich, wogegen es sich in anderen Regionen deutlich unterscheidet. Die Hauptunterschiede zwischen Ländern mit hohem Einkommen und LMIC liegen darin, dass die Suizidraten bei jungen Erwachsenen und älteren Frauen in LMIC bedeutend höher sind als in Ländern mit hohem Einkommen, wogegen die Suizidraten bei Männern im mittleren Alter in Ländern mit hohem Einkommen bedeutend höher sind als in LMIC. Wie bei den Gesamtsuizidraten sind die Schwankungen in den Suizidraten nach Alter in verschiedenen Ländern sogar größer als die Schwankungen nach Region.

Die relative Bedeutung des Suizids als führende Todesursache

Im Jahre 2012 machten Suizide 1,4 % sämtlicher Todesfälle weltweit aus. Damit standen sie bei den Todesursachen an 15. Stelle. Diese unerwarteten Todesfälle – die hauptsächlich bei jungen Erwachsenen und im mittleren Lebensalter auftreten – führen zu einer gewaltigen wirtschaftlichen, sozialen und psychologischen Belastung von Einzelpersonen, Familien, Kommunen und Ländern. Suizide sind ein Hauptproblem für die öffentliche Gesundheit in jedem Land und jeder Kommune weltweit.

In Ländern mit hohem Einkommen ist der Anteil sämtlicher Todesfälle durch Suizid (1,7 %) höher als der entsprechende Anteil in LMIC (1,4 %). Dies ist in erster Linie auf die höhere Zahl von Todesfällen durch Infektionskrankheiten und andere Ursachen in den LMIC gegenüber den Ländern mit höherem Einkommen zurückzuführen. Mit der deutlichen Ausnahme der LMIC in der Region Westpazifik ist in allen anderen Regionen der Welt der Anteil der Todesfälle durch Suizid bei Männern größer als bei Frauen, und Suizide stehen bei Männern an höherer Stelle der Todesursachen als bei Frauen.

Der Anteil sämtlicher Todesfälle durch Suizid und der Stellenwert von Suiziden unter allen Todesursachen variiert stark nach Alter. Global machen Suizide bei jungen Erwachsenen im Alter von 15 bis 29 Jahren 8,5 % sämtlicher Todesfälle aus und sind die zweithäufigste Todesursache (nach Verkehrsunfällen). Bei Erwachsenen im Alter von 30

bis 49 Jahren machen Suizide 4,1 % sämtlicher Todesfälle aus und sind die fünfthäufigste Todesursache. Bemerkenswerterweise machen Suizide in Ländern mit hohem Einkommen und den LMIC der Region Südostasien 17,6 % bzw. 16,6 % sämtlicher Todesfälle bei jungen Erwachsenen im Alter von 15 bis 29 Jahren aus und sind für beide Geschlechter die häufigste Todesursache.

Eine weitere Methode zur Beurteilung der Bedeutung von Suizidalität als Problem für die öffentliche Gesundheit ist die Beurteilung des relativen Anteils an allen vorsätzlich verursachten Todesfällen. Dazu gehören Todesfälle durch Gewaltausübung, bewaffnete Konflikte und Suizide (d. h. gewaltsamer Tod). Abbildung 6 zeigt sämtliche Fälle gewaltsamen Todes durch Suizid in verschiedenen Regionen der Welt. Global machen Suizide 56 % sämtlicher Fälle gewaltsamen Todes aus (50 % bei Männern und 71 % bei Frauen). In Ländern mit hohem Einkommen machen Suizide sowohl bei Männern als auch bei Frauen 81 % sämtlicher Fälle gewaltsamen Todes aus, wogegen in LMIC Suizide 44 % sämtlicher Fälle gewaltsamen Todes bei Männern und 70 % bei Frauen ausmachen.

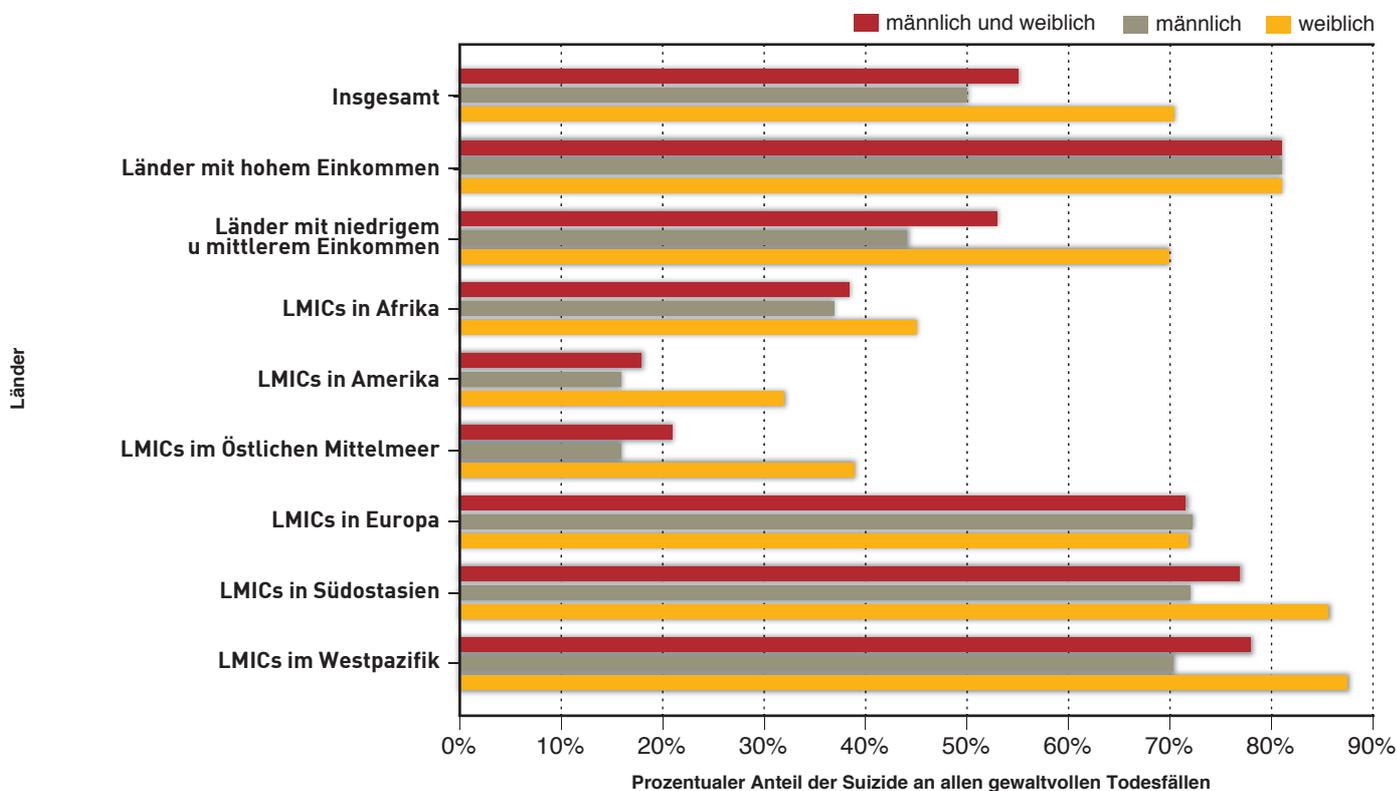
Änderungen der Suizidraten von 2000 bis 2012

Trotz des Wachstums der Weltbevölkerung zwischen 2000 und 2012 fiel die absolute Zahl von Suiziden um ca. 9 %, von 883.000 auf 804.000. Es zeigen sich jedoch sehr unterschiedliche Muster je nach Region: Die prozentuale Änderung der Gesamtzahl von Suiziden reicht von einem Anstieg um 38 % in den LMIC der Region Afrika bis zu einer Senkung um 47 % in den LMIC der Region Westpazifik.

Die globale altersstandardisierte Suizidrate (die auf Unterschiede hinsichtlich Größe und Altersstruktur der Bevölkerung im Zeitverlauf angepasst wird) ist im Verlauf von 12 Jahren (2000–2012) um 26 % gesunken (23 % bei Männern und 32% bei Frauen). Die altersstandardisierten Raten sind in allen Regionen der Welt gesunken – mit Ausnahme der LMIC in der Region Afrika und bei Männern in den LMIC der Region Östliches Mittelmeer.

Diese globale und regionale Analyse überdeckt länderspezifische Änderungen der Suizidraten. Unter den 172 Mitgliedsstaaten mit einer Bevölkerungszahl über 300.000 (siehe Anhang 1 und 2) variierte die Änderung der altersstandardisierten Suizidraten 2000–2012 von einer Senkung um 69 % bis zu einem Anstieg um 270 %. Unter diesen 172 Ländern verzeichneten 85 (49,4 %) eine Senkung der altersstandardisierten Suizidraten von mehr als 10 %, 29 (16,9 %) einen Anstieg von über 10 %, und in 58 Ländern (33,7 %) gab es im 12-Jahres-Zeitraum relativ geringe Änderungen der altersstandardisierten Suizidraten (von -10 % bis +10 %).

Abbildung 6. Anteil sämtlicher Fälle gewaltsamen Todes durch Suizid in verschiedenen Regionen der Welt (2012)



LMICs = Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen (low- and middle-income countries)

Die Gründe für diese schnellen Änderungen der Suizidraten sind unbekannt. Eine mögliche Teilerklärung ist die dramatische Verbesserung der globalen Gesundheit im vergangenen Jahrzehnt. Von 2000 bis 2012 fiel die globale altersstandardisierte Mortalität für alle Todesursachen um 18 %. Die Suizidraten fielen schneller als die Gesamtmortalität (26 % im Vergleich zu 18 %), jedoch nur um 8 %. Wenn diese Kurve beibehalten werden kann, könnte das im *WHO Mental Health Action Plan 2013–2020* (1) festgelegte Ziel – Reduzierung der Suizidraten um 10 % bis 2020 – erreicht werden.

Suizidmethoden

Die meisten Menschen mit suizidalem Verhalten sind nicht sicher, ob sie zum Zeitpunkt der Suizidhandlung tatsächlich sterben wollen, und einige Suizide sind impulsive Reaktionen auf akute psychosoziale Stressoren. Die Einschränkung des Zugangs zu Suizid-Hilfsmitteln ist eine Schlüsselkomponente für die Bemühungen um Suizidprävention, weil sie den Betroffenen eine Möglichkeit bietet, über ihre Absicht nachzudenken und hoffentlich die Krise zu überwinden. Jedoch erfordert die Erarbeitung von geeigneten Richtlinien zur Einschränkung des

Zugangs zu Suizid-Hilfsmitteln (u. a. beschränkter Zugang zu Pestiziden und Schusswaffen, Errichten von Barrieren in U-Bahnen, auf Brücken und populären Gebäuden, Änderung der Verpackungsvorschriften für Medikamente) ein detailliertes Verständnis der Suizidmethoden innerhalb der Kommunen und auch der innerhalb der Kommunen von verschiedenen Bevölkerungsgruppen präferierten Suizidmethode.

Leider sind landesweise Daten zu den bei Suiziden angewandten Methoden ziemlich begrenzt. Die ICD-10 enthält X-Codes, mit welchen die externen Todesursachen benannt werden - einschließlich der Suizidmethode - jedoch werden diese Informationen durch viele Länder nicht erfasst. Zwischen 2005 und 2011 meldeten nur 76 der 194 WHO-Mitgliedsstaaten Daten zu Suizidmethoden für die Mortalitätsdatenbank der WHO. Die Suizide in diesen Ländern machen ca. 28 % sämtlicher globaler Suizide aus, sodass für 72 % der globalen Suizide die Methoden unklar sind. Erwartungsgemäß ist die Abdeckung für die Länder mit hohem Einkommen bedeutend besser als für die LMIC. In den Ländern mit hohem Einkommen werden 50 % der Suizide durch Erhängen begangen; die zweithäufigste Methode ist Erschießen mit 18 % der Suizide. Der relativ hohe Anteil von Suiziden durch

Erschießen in Ländern mit hohem Einkommen ist hauptsächlich durch die Länder mit hohem Einkommen in Nord-, Mittel- und Südamerika bedingt, in denen Schusswaffen bei 46 % der Suizide zum Einsatz kommen; in anderen Ländern mit hohem Einkommen macht Erschießen nur 4,5 % aller Suizide aus.

Angesichts fehlender landesweiter Daten über Suizidmethoden von den LMIC in der Mortalitätsdatenbank der WHO müssen sich die Wissenschaftler auf die in der Literatur veröffentlichten Daten verlassen, um die in diesen Regionen angewandten Muster von Suizidmethoden zu beurteilen (7). Eine der Hauptmethoden für Suizide in LMIC, vor allem in Ländern mit einem hohen Anteil an ländlicher Bevölkerung (Kleinbauern), ist die Selbstvergiftung mit Pestiziden. Eine systematische Übersichtsarbeit (8) weltweiter Daten für 1990–2007 führte zu der Schätzung, dass ca. 30 % (plausibler Bereich 27–37 %) der globalen Suizide durch Selbstvergiftung mit Pestiziden erfolgten, die meisten davon in LMIC. Auf Grundlage dieser Schätzung gehört die Einnahme von Pestiziden global zu den häufigsten Suizidmethoden. Wenn das tatsächlich so ist, hätte dies bedeutende Auswirkungen auf die Prävention, da die Einschränkung des Zugangs zu Pestiziden zwar schwierig, aber häufig machbarer ist als die Einschränkung der Methode Erhängen.

Weitere Forschung zeigt, dass die häufigsten Suizidmethoden in einer Gesellschaftsgruppe durch das Umfeld bestimmt werden können, sich im Zeitverlauf schnell ändern und sich von einer Gesellschaftsgruppe auf andere ausbreiten können. In stark verstäderten Gebieten wie China, der Sonderverwaltungszone Hongkong und Singapur, wo die Mehrheit der Bevölkerung in Hochhaus-Appartementkomplexen wohnt, ist der Sprung vom Hochhaus eine verbreitete Suizidmethode. Die massenhafte Verwendung von Grillholzkohle zur Produktion des hochtoxischen Gases Kohlenmonoxid als Suizid-Hilfsmittel begann 1998 in China und der Sonderverwaltungszone Hongkong und breitete sich schnell auf Taiwan und China aus, wo dies innerhalb von acht Jahren zur gängigsten Suizidmethode wurde (9). Andere Methoden, die vor Kurzem an einigen Orten populär wurden, sind das Mischen von Chemikalien zur Produktion von Schwefelwasserstoffgas (z. B. in Japan) und die Verwendung von Heliumgas. Diese Erkenntnisse unterstreichen die Bedeutung der fortlaufenden Überwachung der Methoden für Suizide und Suizidversuche, um zu gewährleisten, dass die Bemühungen zur Einschränkung des Zugangs zu Hilfsmitteln sowie die Aufklärungsbemühungen der Kommunen die ständig wechselnden Suizidmuster ansprechen. Jedoch können viele der neuen Suizidmethoden nicht mit den aktuellen externen Todesursachen gemäß ICD-10 identifiziert werden, so dass sie nicht in Sterblichkeitsregistern erscheinen, es sei denn, lokale Behörden verwenden individuelle, methodenspezifische ICD-10-Subcodes (siehe Box 1).

Box 1.

Das nationale Berichtssystem zu Fällen gewaltsamen Todes in den USA

Die Zentren für Krankheitskontrolle und Prävention (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) in den USA besitzen ein nationales Berichtssystem zu Fällen gewaltsamen Todes (National Violent Death Reporting System, NVDRS), ein Überwachungssystem, das detaillierte Informationen zu Fällen gewaltsamen Todes, einschließlich Suiziden, sammelt (10, 11). Das NVDRS dient als Datensammlung, die eine ständige Verknüpfung zu jedem Vorfall aus verschiedenen Quellen bietet, einschließlich Sterbeurkunde des Betroffenen, Toxikologie- und Autopsieberichte sowie diverse Ermittlungsberichte von Strafverfolgungsbehörden, dem Gerichtsmediziner, dem ärztlichen Leichenbeschauer oder Tatortermittlern. Das NVDRS liefert detaillierte Angaben zu demografischen Merkmalen des Verstorbenen, den am Tode beteiligten Mechanismen/Schusswaffen, sonstigen Charakteristika des Vorfalls (z. B. Ort und Zeitpunkt des Todes) sowie zum Gesundheitszustand und zu belastenden Lebensereignissen des Verstorbenen, von denen angenommen wird, dass sie zum Tod beigetragen haben. Grundlage dafür sind Ermittlungsergebnisse von Tatortermittlern, Zeugenaussagen, Mitteilungen des Verstorbenen und andere Sachbeweise (z. B. Abschiedsbriefe). Gegenwärtig sammelt das NVDRS Daten aus 18 der 50 Bundesstaaten der USA. Die Datensammlung in den Bundesstaaten erfolgt durch die Gesundheitsministerien oder durch Subauftragnehmer wie Büros für gerichtsmedizinische Expertisen. Die Daten werden von geschulten Referenten erfasst und codiert. Die CDC planen die Erweiterung des NVDRS auf alle Bundesstaaten der USA, sobald die erforderlichen Geldmittel dafür vorhanden sind.

Ein weiterer wichtiger Vorbehalt hinsichtlich der Verwendung regionaler oder landesspezifischer Daten über Suizide ist die Tatsache, dass diese Daten bei der Konzipierung gezielter Programme zur Suizidprävention nur begrenzt verwendet werden, weil sie nicht sensibel gegenüber den großen Schwankungen von Suizidraten, demografischen Mustern und Suizidmethoden innerhalb eines Landes sind. Es gibt zahlreiche Beweise für die großen Unterschiede in den Suizidraten und demographischen Merkmalen zwischen verschiedenen Standorten innerhalb der Länder, z. B.

zwischen städtischen und ländlichen Gebieten Chinas (12) sowie zwischen verschiedenen Bundesstaaten in Indien (13). In dieser Situation sind landesweite Daten bei der Bestimmung der geographischen Regionen oder Gruppen, die für Interventionsbemühungen priorisiert werden sollten, nicht hilfreich. Landesweite Schätzungen der Anteile sämtlicher Suizidfälle nach unterschiedlichen Methoden ermöglichen eine Schwerpunktsetzung auf landesweite Bemühungen zur Einschränkung des Zugangs zu Suizid-Hilfsmitteln – diese Bemühungen müssen jedoch häufig für verschiedene Regionen in jedem Land angepasst werden. So werden Suizide durch Einnahme von Pestiziden hauptsächlich in ländlichen Gebieten verübt. Maßnahmen zur Einschränkung des Zugangs zu Pestiziden wären folglich kein primärer Schwerpunkt von Suizidpräventionsprogrammen in städtischen Gebieten von Ländern, die national gesehen einen hohen Anteil von Suiziden durch Einnahme von Pestiziden verzeichnen.

Suizidversuche

Suizidversuche führen zu einer bedeutsamen sozialen und wirtschaftlichen Last für die Kommunen infolge des Einsatzes von Gesundheitsdiensten zur Behandlung der Verletzung, infolge der psychologischen und sozialen Auswirkungen auf den Betroffenen, seine Kollegen und Familie, sowie gelegentlich infolge der langzeitigen Behinderung durch die Verletzung. Noch wichtiger ist, dass ein früherer Suizidversuch mit Abstand der bedeutendste Prädiktor für Tod durch Suizid in der Allgemeinbevölkerung ist: Personen, die früher bereits Suizidversuche unternommen haben, haben ein viel höheres Risiko, durch Suizid zu sterben, als Personen, die dies nicht getan haben. Die Identifizierung solcher Hochrisikopersonen und die Gewährleistung von Nachsorge und Unterstützung sollte eine Schlüsselkomponente aller umfassenden Strategien zur Suizidprävention sein.

Die systematische Beobachtung von Prävalenz, demographischen Mustern und Methoden von Suizidversuchen in einer sozialen Gemeinschaft liefert wichtige Informationen, die bei der Entwicklung und Evaluation von Strategien zur Suizidprävention hilfreich sein können. In Kombination mit Informationen zu Todesfällen durch Suizid können Daten zu den Raten und Methoden von Suizidversuchen zur Schätzung der Letalität suizidalen Verhaltens (d. h. des Anteils aller Suizidhandlungen, die zum Tode führen) nach Geschlecht, Alter und Methode verwendet werden. Diese Informationen helfen bei der Identifizierung der Hochrisikogruppen in der Kommune, die Ziel selektiver psychosozialer Interventionen werden sollten, sowie der Hochrisikomethoden, die Ziel von Interventionen zur Einschränkung des Zugangs zu

Suizid-Hilfsmitteln werden sollten.

Es gibt zwei Hauptmethoden zur Gewinnung von Informationen über nationale oder regionale Raten von Suizidversuchen: durch Selbstauskünfte über suizidales Verhalten in Fragebögen repräsentativer Stichproben von Einwohnern der Kommune sowie aus Krankenakten über die Behandlung von Selbstverletzungen in repräsentativen Stichproben von Gesundheitseinrichtungen (meist Krankenhäusern) in der Kommune. Die WHO erfasst nicht regelmäßig Daten zu Suizidversuchen, unterstützt jedoch die Aktivitäten der *WHO World Mental Health Surveys* (14), die Informationen über Suizidversuche sammeln. Darüber hinaus enthält der „STEPS-Ansatz“ der WHO, ein stufenweises Herangehen an die systematische Beobachtung von Risikofaktoren für chronische Krankheiten, Fragen zur Gewinnung von Daten zu Suizidversuchen (15). Außerdem hat die WHO zusätzlich zu einer Broschüre über die Registrierung von Suizidfällen (16) eine Ressourcenbroschüre über die Einrichtung von krankenhausbasierten Fallregistern für medizinisch behandelte Suizidversuche herausgegeben (17).

Selbstauskünfte über suizidales Verhalten aus Befragungen

Viele Bevölkerungsumfragen über psychosoziale Probleme enthalten Selbstauskunftsfragen über suizidales Verhalten. Wenn der gleiche Fragebogen dem gleichen Bevölkerungsteil später noch einmal vorgelegt wird, können angemessene Schlussfolgerungen über sich ändernde Trends in selbstberichtetem suizidalen Verhalten gezogen werden. Ein Beispiel dafür ist das zweijährliche *Youth Risk Behavior Surveillance System* (YRBSS) in den USA (18). Die Ergebnisse lassen sich jedoch weit schwerer interpretieren, wenn unterschiedliche Umfrageinstrumente verwendet werden oder wenn der gleiche Fragebogen verschiedenen Bevölkerungsgruppen vorgelegt wird (vor allem, wenn darin verschiedene Sprachen verwendet werden). Neben den standardmäßigen methodischen Problemen bei Bevölkerungsumfragen (z. B. fehlende Garantie, dass die Stichprobe bei der Umfrage tatsächlich repräsentativ für die Zielbevölkerung ist), gibt es verschiedene potenzielle Störfaktoren, welche die Selbstauskunftsdaten von Suizidgedanken und Suizidversuchen beeinflussen können. Solche Faktoren sind beispielsweise das Bildungsniveau der Bevölkerung, die speziellen Formulierungen im Fragebogen, die Länge des Fragebogens, die Auslegung (d. h. exakte Bedeutung und Implikationen) des Textes in der lokalen Sprache, der angesetzte Zeitrahmen sowie – am wichtigsten – der Grad an Bereitschaft bei den Befragten, diese Informationen offenzulegen.

Die Bereitschaft, früheres suizidales Verhalten offenzulegen, kann nach Alter, Geschlecht, Religion, ethnischer Zugehörigkeit und anderen Faktoren variieren, deshalb ist beim Vergleich selbstberichteter Raten suizidalen Verhaltens in verschiedenen demographischen oder kulturellen Gruppen Vorsicht geboten. Der Vergleich selbstberichteter Raten suizidaler Gedanken von verschiedenen Gruppen ist besonders problematisch, weil Suizidgedanken häufig vorübergehende, fluktuierende Erfahrungen sind, die von anderen nicht bemerkt werden können. Darüber hinaus wird der Vergleich selbstberichteter Raten von Suizidgedanken und Suizidversuchen über die Lebenszeit – was bei der Einschätzung des aktuellen Suizidrisikos u. U. nur von begrenztem Wert ist – durch das unterschiedliche Alter der Befragten sowie durch Verzerrungen bei der Erinnerung lang zurückliegender Ereignisse beeinträchtigt. Deshalb ist die nützlichste und wohl zuverlässigste Messgröße, die durch Bevölkerungsumfragen mit Selbstauskünften erzeugt wird, das Auftreten von Suizidversuchen (die in gewissem Maße zu physischen Verletzungen führen) im Vorjahr.

Die *WHO World Mental Health Surveys* (14) arbeiten mit dem *WHO Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), das eine Reihe standardisierter Fragen über Auftreten, Zeitwahl, Methode(n) und medizinische Behandlung (sofern erfolgt) von Suizidversuchen enthält. Der vorliegende Bericht über die Prävalenz von Suizidversuchen bei Personen im Alter von mindestens 18 Jahren (Grundlage dafür sind Studien, die von 2001 bis 2007 durchgeführt wurden) basiert auf Daten aus 10 Ländern mit hohem Einkommen (9 von ihnen verwendeten landesweit repräsentative Stichproben) mit einer kombinierten Stichprobe von 52.484 Personen, 6 Ländern mit mittlerem Einkommen (4 von ihnen verwendeten landesweit repräsentative Stichproben) mit einer kombinierten Stichprobe von 25.666 Personen sowie 5 Ländern mit niedrigem Einkommen (eines davon verwendete eine landesweit repräsentative Stichprobe) mit einer kombinierten Stichprobe von 31.227 Personen (19). Die gemeldete Prävalenz der berichteten Suizidversuche im letzten Jahr betrug 3 pro 1000 Personen (d. h. 0,3 %) bei Männern und Frauen in Ländern mit hohem Einkommen, 3 pro 1000 bei Männern und 6 pro 1000 bei Frauen in Ländern mit mittlerem Einkommen sowie 4 pro 1000 bei Männern und Frauen in Ländern mit niedrigem Einkommen. Bei Anwendung der Prävalenz in Ländern mit hohem, mittlerem und niedrigem Einkommen auf die erwachsene Bevölkerung (d. h. ab 18 Jahren) sämtlicher Länder in jedem Einkommensstratum der Weltbank beträgt die geschätzte globale jährliche Prävalenz selbstberichteter Suizidversuche ca. 4 pro 1000 Erwachsene. Angesichts der für 2012 geschätzten globalen Suizidrate von 15,4 pro 100.000 Erwachsene ab 18 Jahren würde dies bedeuten, dass auf jeden Erwachsenen, der durch Suizid starb, vermutlich mehr

als 20 weitere kommen, die einen oder mehrere Suizidversuche unternommen hatten. Jedoch besteht wie bei den Raten von Suiziden und Suizidversuchen eine große Spannweite im Verhältnis von versuchten zu vollendeten Suiziden sowie in der Letalitätsrate suizidalen Verhaltens nach Region, Geschlecht, Alter und Methode.

Krankenhausbasierte Daten zu medizinisch behandelten Suizidversuchen

Die andere Quelle für Informationen über die Raten von Suizidversuchen sind Aufzeichnungen über die medizinische Behandlung von Selbstverletzungen aus Notfall- und ambulanten Abteilungen von Krankenhäusern sowie aus anderen Gesundheitseinrichtungen. Im Gegensatz zu Aufzeichnungen über Todesfälle gibt es keine international akzeptierten Methoden zur Standardisierung der Sammlung von Informationen über Suizidversuche, so dass beim Vergleich der Raten in verschiedenen Rechtsgebieten diverse methodologische Probleme berücksichtigt werden müssen. Die Schätzungen der Raten von medizinisch behandelten Suizidversuchen auf Basis von Krankenhausberichten sind u. U. ungenau, wenn die ausgewählten Krankenhäuser nicht repräsentativ für alle Krankenhäuser in der Kommune sind oder wenn ein bedeutender Teil der Suizidversuche nur in örtlichen Versorgungszentren behandelt wird und deshalb keine Informationen zum Krankenhaus gelangen. Darüber hinaus werden die berichteten Raten medizinisch behandelter Suizidversuche stark durch die Erfassungsverfahren in den Krankenhäusern beeinflusst. Diese Verfahren sind möglicherweise nicht absolut zuverlässig, weil sie u.U.:

- Personen und Behandlungsepisoden nicht einander zuordnen (Personen mit mehreren Suizidversuchen innerhalb eines Jahres werden mehrfach gezählt);
- Personen nicht ausschließen, die im Krankenhaus an den Folgen der Suizidhandlung sterben oder entlassen werden und dann zu Hause sterben (dies wird nicht als Suizidversuch gewertet);
- Personen mit Selbstverletzungen aus nicht-suizidalen Gründen nicht von denjenigen mit Selbstverletzungen aus suizidalen Gründen unterscheiden;
- Personen nicht einbeziehen, die in Notfallabteilungen des Krankenhauses behandelt und vor einer formalen stationären Aufnahme wieder entlassen wurden;
- Personen nicht einbeziehen, die direkt auf einer Krankenhausstation aufgenommen wurden, ohne vorher in der Notfallabteilung gewesen zu sein;

- die Methode des Suizidversuchs nicht registrieren (wodurch es unmöglich ist, die methodenspezifischen Letalitätsraten zu beurteilen) sowie (Hauptgrund)
- Suizidversuche wegen Stigmatisierung, fehlendem Versicherungsschutz bei suizidalem Verhalten oder aufgrund von Bedenken wegen möglicher rechtlicher Komplikationen systematisch als „Unfälle“ registrieren.

Die Standardisierung dieser Erfassungsverfahren innerhalb der Länder und in der Folge zwischen den Ländern ist eine der Hauptaufgaben bei den Bemühungen der Länder um Verständnis für Suizidversuche und ihre eventuelle Reduzierung (siehe Box 2).

Nur wenige Suizidversuche führen zu Verletzungen, die medizinisch behandelt werden, so dass die Schätzungen der Letalität auf Basis medizinisch behandelter Suizidversuche notwendigerweise höher liegen als die Schätzungen auf Basis selbstberichteter Raten von Suizidversuchen aus

Box 2.

Das nationale Register für vorsätzliche Selbstverletzung in Irland

Das *National Registry of Deliberate Self-Harm* (nationale Register für vorsätzliche Selbstverletzung, NRDSH) ist ein nationales Erfassungssystem für das Auftreten absichtlicher Selbstverletzung in der Bevölkerung. Das Register wurde im Auftrag des *Department of Health and Children* (Ministerium für Gesundheit und Kinder) durch die *National Suicide Research Foundation* (nationale Stiftung für Suizidforschung) eingerichtet und wird vom *Health Service Executive's National Office for Suicide Prevention* (nationales Büro für Suizidprävention der Direktion für Gesundheitsdienstleistungen) finanziert. Zweck dieses nationalen Registers ist die Erkennung und Überwachung von Inzidenz und Wiederholung von Vorstellungen in Notfallabteilungen der Krankenhäuser wegen Selbstverletzung. Es können so Gruppen und Bereiche mit hoher Inzidenz ermittelt werden sowie Gesundheitsdienste und praktische Ärzte, die sich mit der Prävention suizidalen Verhaltens befassen, informiert werden (20, 21).

Bevölkerungsumfragen. Nur sehr wenige Länder haben nationale oder landesweit repräsentative Registrierungssysteme für medizinisch behandelte Suizidversuche entwickelt, so dass Krankenhausdaten nur selten mit landesweiten Suizidraten integriert werden können. Letalitätswerte können berechnet werden, wenn landesweit repräsentative Daten über medizinisch behandelte Suizidversuche vorliegen. Leider liegen keine Beispiele aus LMIC vor, so dass sich die Beispiele auf vier Länder mit hohem Einkommen beschränken: die Flämische Region in Belgien (22), Irland (20), Schweden (23) und die USA (24). Die Gesamtletalität „medizinisch ernstesten suizidalen Verhaltens“ (operativ definiert als suizidales Verhalten, das zu einer medizinischen Behandlung oder zum Tode führt), schwankt in den vier Ländern um das Vierfache – von 4,2 % in Irland bis 17,8 % in Flandern. Das Letalitätsmuster nach Geschlecht und Alter ist in den vier Ländern identisch: die Wahrscheinlichkeit, dass im medizinischen Sinne ernstzunehmendes suizidales Verhalten tödlich endet, ist bei Männern höher als bei Frauen, und es gibt eine eindeutige schrittweise Zunahme in der Letalität medizinisch ernstzunehmenden suizidalen Verhaltens nach Alter. Diese Erkenntnis stimmt mit früheren subnationalen Berichten der Letalität medizinisch ernstzunehmenden suizidalen Verhaltens überein (25, 26).

Eine weiterer potenziell nützlicher Wert – der auch für bestimmte Standorte in mehreren LMIC vorliegt – ist die stationäre Letalität bei verschiedenen Methoden (d. h. die Zahl der Todesfälle im Krankenhaus durch eine Methode geteilt durch die Zahl der im Krankenhaus behandelten Personen, welche die Methode für einen Suizidversuch angewendet haben). Durch die Bestimmung der methodenspezifischen stationären Letalität können hochletale Methoden identifiziert werden, die ein Schwerpunkt sowohl der gemeindebasierten Präventivbemühungen durch Einschränkung des Zugangs zu Suizid-Hilfsmitteln als auch der krankenhausbasierten Bemühungen um Verbesserung des medizinischen Managements von selbstverletzendem Verhalten sein sollten. Beispielsweise ist das medizinische Management von Suizidversuchen durch Einnahme von Pestiziden oft technisch schwierig und erfordert u. U. moderne Geräte, die in ländlichen Krankenhäusern vieler LMIC nicht vorhanden sind. Unter solchen Bedingungen sind Schulung und Ausrüstung des medizinischen Personals eine wesentliche Komponente der Bemühungen um Suizidprävention (27). Daten zur stationären Letalität verschiedener Pestizide – die von 0 % bis 42 % reichen kann – sind wesentlich für die Festlegung der Art von Schulung und der am dringendsten benötigten Ausrüstung (28).

Risiko- und Schutzfaktoren sowie entsprechende Interventionen

Mythen über Suizid

Mythos:

~~Die meisten Suizide passieren plötzlich,
ohne Vorwarnung.~~

Tatsache:

Den meisten Suiziden gehen Warnsignale voraus, verbal oder durch entsprechendes Verhalten. Selbstverständlich gibt es auch Suizide ohne Vorwarnung. Es ist jedoch wichtig, die Warnsignale zu verstehen und darauf zu achten.

Das Fundament jeder effektiven Strategie zur Suizidprävention ist die Erkennung von Suizid-Risikofaktoren im entsprechenden Kontext und deren Abbau durch Umsetzung geeigneter Interventionen. Suizidale Verhaltensweisen sind komplex. Es gibt viele mittragende Faktoren und ursächliche Wege bei Suiziden und diverse Optionen für deren Prävention. Gewöhnlich ist eine einzige Ursache bzw. ein einziger Stressor nicht ausreichend, um eine suizidale Handlung zu erklären. Meist summieren sich verschiedene Risikofaktoren und erhöhen die Vulnerabilität eines Menschen gegenüber suizidalem Verhalten. Gleichzeitig führt das Vorhandensein von Risikofaktoren nicht zwangsläufig zu suizidalem Verhalten – beispielsweise stirbt nicht jeder Mensch mit einer psychischen Erkrankung durch Suizid. Effektive Interventionen sind zwingend notwendig, da sie die identifizierten Risikofaktoren abschwächen können. Schutzfaktoren sind gleichermaßen wichtig und erhöhen nachweislich die Resilienz. Deshalb ist die Erweiterung und Stärkung der Schutzfaktoren ebenfalls ein wichtiges Ziel einer umfassenden Strategie zur Suizidprävention.

Risikofaktoren

Es ist inzwischen ein breites Spektrum an Risikofaktoren bekannt. Die wichtigsten davon sind in Abbildung 7 dargestellt. Das Diagramm enthält eine breite Palette an Risikofaktoren. Um die Navigation zu erleichtern, wurden sie in Bereiche unterteilt, die von systemischen, gesellschaftlichen, kommunalen, beziehungsbezogenen (soziale Verbundenheit mit direkten Familienangehörigen und Freunden) bis hin zu individuellen Risikofaktoren reichen, die ein ökologisches Modell widerspiegeln.

Zuerst muss betont werden, dass die aufgeführten Risikofaktoren bei Weitem nicht vollständig sind. Es gibt viele weitere Faktoren, die unterschiedlich klassifiziert und kategorisiert werden könnten. Die Bedeutung jedes Risikofaktors und die Art seiner Klassifizierung hängen vom jeweiligen Kontext ab. Diese Faktoren können direkt zu suizidalem Verhalten beitragen, aber auch indirekt durch Beeinflussung der Vulnerabilität einer Person gegenüber psychischen Erkrankungen. Es wäre ein Fehler, die identifizierten Bereiche klar voneinander abzugrenzen. So, wie jeder einzelne Risikofaktor mit den anderen in Wechselbeziehung steht, schließen sich die Bereiche nicht gegenseitig aus. Es ist weitaus nützlicher, die Bereiche vom systemischen zum individuellen Aspekt als veränderlich zu betrachten. Spezielle Risikofakto-

ren können zu einem bestimmten Zeitpunkt in mehreren Bereichen gleichzeitig vorhanden sein. So könnte beispielsweise der Verlust einer Arbeitsstelle oder finanzieller Unterstützung einen individuellen Einfluss auf eine Person haben und zur Verschlechterung unmittelbarer Beziehungen führen. Er könnte aber auch mit einer wirtschaftlichen Rezession auf systemischer Ebene verbunden sein. Die Kategorisierung der vielen vorhandenen Risikofaktoren hilft, entsprechende Interventionen leichter zu identifizieren.

Interventionen

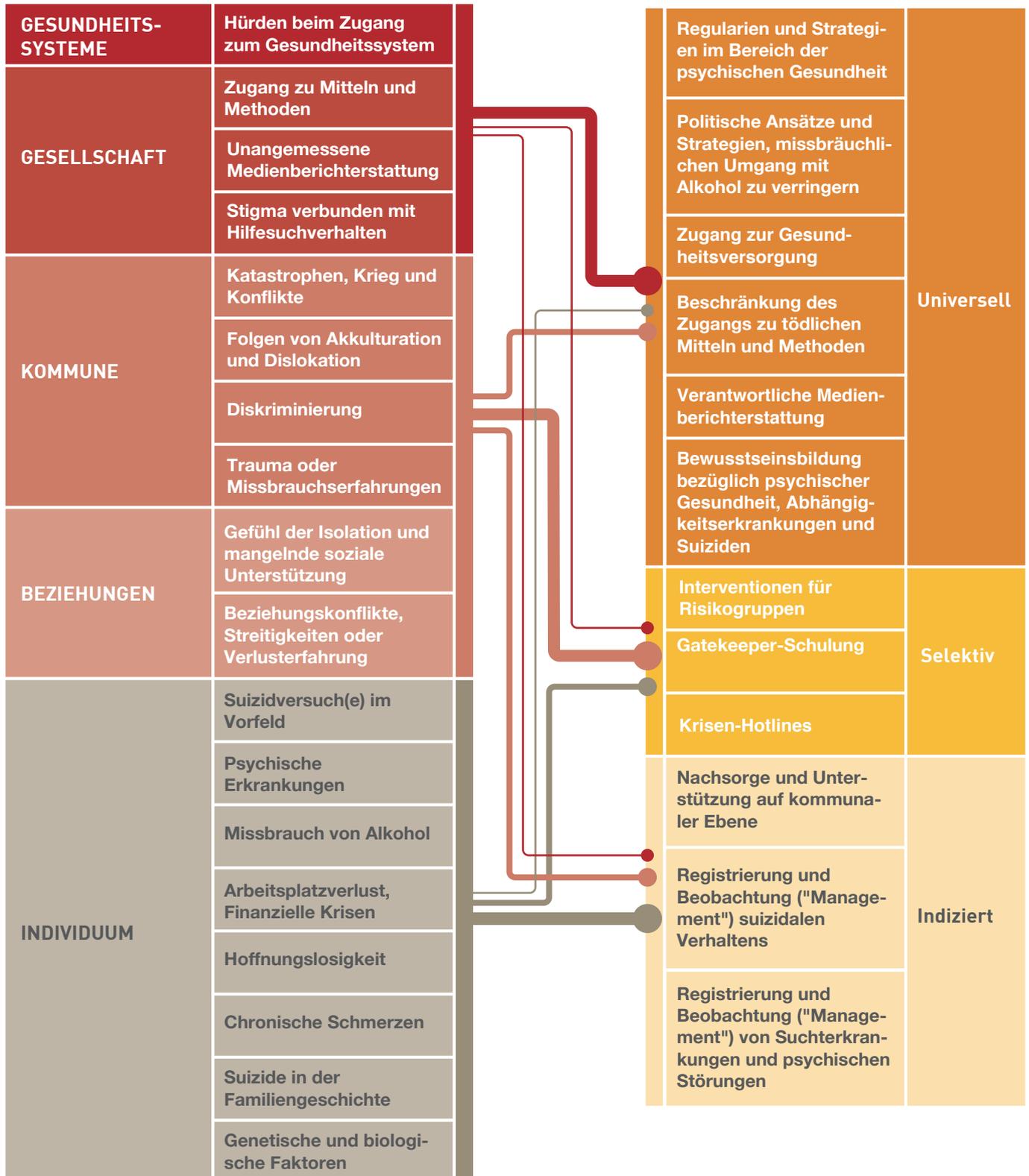
Evidenzbasierte Interventionen zur Suizidprävention sind in einen theoretischen Rahmen eingebunden, der zwischen universellen, selektiven und indizierten Interventionen unterscheidet (29, 30). In Abbildung 7 werden diese Interventionen mit den zugehörigen Risikofaktoren verknüpft. Diese Verknüpfungen sind nicht endgültig und sollten in der Praxis im jeweiligen Kontext betrachtet werden. Es gibt drei Arten von Interventionen:

- 1. Universelle Präventionsstrategien (Universell)** sollen die gesamte Bevölkerung erreichen in dem Bemühen, die Gesundheit zu maximieren und das Suizidrisiko zu minimieren. Mittel sind die Entfernung von Versorgungsbarrieren und die Verbesserung des Zugangs zu Hilfsmöglichkeiten sowie die Verstärkung von Schutzverfahren wie soziale Unterstützung und Veränderung der äußeren Umgebung.
- 2. Selektive Präventionsstrategien (Selektiv)** zielen auf vulnerable Gruppen innerhalb einer Bevölkerung ab, basierend auf Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Beschäftigungsstatus oder Familiengeschichte. Obwohl Personen zu einem bestimmten Zeitpunkt kein suizidales Verhalten zeigen, können sie ein erhöhtes biologisches, psychologisches oder sozioökonomisches Risiko aufweisen.
- 3. Indizierte Präventionsstrategien (Indiziert)** zielen auf bereits betroffene, bestimmte vulnerable Personen innerhalb der Bevölkerungsgruppe ab, d. h. diejenigen, die frühzeitig Anzeichen eines Suizidrisikos zeigen oder einen Suizidversuch unternommen haben.

Angesichts der zahlreichen beteiligten Faktoren und der vielen Wege, die zu suizidalem Verhalten führen, erfordern Präventionsbemühungen einen breiten sektorübergreifenden Ansatz, der auf die verschiedensten Bevölkerungs- und Risikogruppen und Kontexte im Verlauf des Lebens ausgerichtet ist.

Abbildung 7. Hauptrisikofaktoren für Suizid und entsprechende Interventionen

(Linien entsprechen der relativierten Bedeutung von Interventionen auf verschiedenen Ebenen für verschiedene Risikofaktoren)



Gesundheitssystem und gesellschaftliche Risikofaktoren

Tabuisierung, Stigmatisierung sowie Scham- und Schuldgefühle verschleiern suizidales Verhalten. Durch proaktives Vorgehen können unterstützende Gesundheitssysteme und Gesellschaften dazu beitragen, Suizide zu verhindern. Einige der Hauptrisikofaktoren in Bezug auf Gesundheitssysteme und die Gesellschaft werden im Folgenden dargestellt.

Hindernisse für den Zugang zur Gesundheitsversorgung

Das Suizidrisiko steigt bei Komorbidität beträchtlich, deshalb ist ein zeitnahe und effektiver Zugang zur Gesundheitsversorgung wesentlich, um das Suizidrisiko zu reduzieren (37). In vielen Ländern sind die Gesundheitssysteme jedoch komplex oder verfügen nur über begrenzte Ressourcen; sich in diesen Systemen zurechtzufinden, ist eine Herausforderung für Menschen mit geringem Wissen über Gesundheit im Allgemeinen und psychische Gesundheit im Besonderen (38). Das Stigma, das mit der Suche nach Hilfe bei Suizidversuchen und psychischen Erkrankungen verbunden ist, verschärft das Problem noch und führt zu einem unzureichenden Zugang zur Versorgung und einem höheren Suizidrisiko.

Zugang zu Suizid-Hilfsmitteln

Der Zugang zu Suizid-Hilfsmitteln ist ein Hauptrisikofaktor für Suizid. Der direkte Zugang zu oder die Nähe von Hilfsmitteln (z. B. Pestizide, Schusswaffen, hohe Gebäude, Eisenbahnschienen, Gifte, Medikamente, Kohlenmonoxidquellen wie Abgase oder Kohle sowie andere hypoxisch wirkende oder giftige Gase) erhöhen das Suizidrisiko. Die Verfügbarkeit von speziellen Suizid-Hilfsmitteln und deren Gebrauchspräferenzen hängen vom geographischen und kulturellen Kontext ab (39).

Unangemessene Berichterstattung durch die Medien und Nutzung sozialer Medien

Durch unangemessene Berichterstattung durch die Medien können Suizide sensationalisiert und glorifiziert und das Risiko der Nachahmung von Suiziden unter vulnerablen Personen erhöht werden. Unangemessene Praktiken der Medien sind ausschweifende Berichte über Suizide bekannter Persönlichkeiten, über ungewöhnliche Suizidmethoden oder -häufungen, die Veröffentlichung von Bildern oder Informationen über die verwendete Methode oder die Darstellung des Suizids als akzeptable Reaktion auf eine Krise oder Notlage.

Das Aufzeigen von Suizidmodellen erhöht nachweislich das Risiko suizidalen Verhaltens bei vulnerablen Personen (31, 32, 33). Es steigt auch die Besorgnis über die zusätzliche Rolle, die das Internet und soziale Medien bei der Kommunikation über Suizid spielen. Das Internet ist inzwischen eine führende Informationsquelle zu Suiziden und enthält leicht zugängliche Websites, die durch ihre Suiziddarstellungen unangemessen sein können (34). Websites und soziale Medien werden inzwischen mit der Förderung und Erleichterung suizidalen Verhaltens in Verbindung gebracht. Privatpersonen können zudem ohne Weiteres unzensuriert suizidale Handlungen zeigen und Informationen verbreiten, auf die über beide Medien problemlos zugegriffen werden kann.

Stigma im Zusammenhang mit Hilfesuchverhalten

Das Stigma im Zusammenhang mit Hilfesuchverhalten bei suizidalem Verhalten, mit Problemen der psychischen Gesundheit oder des Substanzmissbrauchs sowie weiteren emotionalen Stressoren ist nach wie vor in vielen Gesellschaften vorhanden und kann eine wesentliche Barriere dafür sein, dass Menschen die Hilfe bekommen, die sie brauchen. Die Stigmatisierung kann auch Freunde und die Familie vulnerabler Personen davon abhalten, ihnen die benötigte Unterstützung entgegenzubringen oder ihre Situation zu akzeptieren. Stigmatisierung spielt eine Schlüsselrolle beim Widerstand gegen Veränderungen und die Umsetzung von Strategien zur Suizidprävention.

Wichtige Interventionen in Bezug auf Risikofaktoren für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft

1. Richtlinien zur psychischen Gesundheit

Im Jahr 2013 veröffentlichte die WHO den umfassenden *Mental Health Action Plan 2013–2020* (1). Der Plan ermutigt Länder, für die Umsetzung ihrer eigenen Richtlinien zur psychischen Gesundheit zu arbeiten und sich dabei auf vier Hauptziele zu konzentrieren:

1. Stärkung einer effektiven Regulierung und Führung im Bereich der psychischen Gesundheit
2. Umfassende, integrierte und verantwortungsvolle Dienste für psychische Gesundheit und soziale Betreuung im gemeindebasierten Umfeld
3. Umsetzung von Strategien zur Förderung der psychischen Gesundheit sowie von Präventionsmaßnahmen
4. Stärkung von Informationssystemen, Evidenzbasis und Forschung zur psychischen Gesundheit

In diesem Aktionsplan ist die Suizidrate ein Indikator und ihre Reduzierung ein Ziel.

2. Richtlinien zur Reduzierung des Alkoholmissbrauchs

Richtlinienoptionen und Interventionen zur Reduzierung des Alkoholmissbrauchs wurden in der Globalen Strategie der WHO zur Reduzierung des Alkoholmissbrauchs veröffentlicht (35). Gleichzeitig bieten diese Dokumente Maßnahmen zur effektiven Suizidprävention, zu denen folgende Aspekte gehören:

1. Führung, Bewusstsein und Engagement
2. Reaktion der Gesundheitsdienste
3. Kommunale Maßnahmen
4. Richtlinien zu Alkohol am Steuer und Gegenmaßnahmen
5. Verfügbarkeit von Alkohol
6. Marketing bei alkoholischen Getränken
7. Preispolitik
8. Reduzierung der negativen Folgen des Trinkens und von Alkoholvergiftungen
9. Reduzierung der Auswirkungen von illegalem und schwarz gebranntem Alkohol auf die öffentliche Gesundheit
10. Beobachtung und Überwachung

In Bevölkerungsgruppen mit einer geringen Prävalenz übermäßigen Alkoholkonsums können Strategien wie Schärfung des Bewusstseins über Kampagnen in der Allgemeinbevölkerung, gesundheitsfördernde Aktivitäten in den Schulen oder Informationen speziell für vulnerable Personen durch medizinische Fachkräfte umgesetzt werden (36). Die Alkoholkultur spezieller Regionen sollte vor der Auswahl von Strategien genau beachtet werden, um zu gewährleisten, dass die Strategien in dem betreffenden Kontext effektiv sind. Ein funktionierendes Rechtssystem ist ebenfalls eine Voraussetzung zur effektiven Durchsetzung dieser Strategien.

3. Zugang zur Gesundheitsversorgung

Eine adäquate, sofortige und zugängliche Behandlung von psychischen und Alkoholmissbrauchserkrankungen kann das Risiko suizidalen Verhaltens reduzieren (37) (siehe auch Box 6). Die Umsetzung von Richtlinien und Methoden der Gesundheitsaufklärung in sämtlichen Gesundheitssystemen und -einrichtungen, vor allem in den kommunalen Gesundheitszentren, ist ein Hauptweg zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung im Allgemeinen und der psychischen Gesundheitsfürsorge im Besonderen. Zu den Methoden gehören klare Informationen für die Benutzer zu verfügbaren Diensten, eine angemessene Sprache des Fachpersonals im Gesundheitswesen und eindeutige Wege für die Patienten durch das System. Insbesondere sollte die psychische Gesundheitsaufklärung in die Strategien und Richtlinien zur Gesundheitsaufklärung insgesamt eingebettet sein.

4. Beschränkung des Zugangs zu Suizid-Hilfsmitteln

Die gängigsten Suizidmethoden weltweit sind Selbstvergiftung mit Pestiziden, Erhängen und Sturz in die Tiefe (39, 40). Die Beschränkung des Zugangs zu Suizid-Hilfsmitteln ist effektiv bei der Verhinderung von Suiziden – vor allem impulsiven Suiziden – da sie Menschen, die einen Suizid ins Auge fassen, mehr Zeit zum Nachdenken gibt (41). Die Umsetzung von Strategien zur Beschränkung des Zugangs zu Suizid-Hilfsmitteln kann sowohl auf nationaler Ebene – über Gesetze und Vorschriften – als auch auf lokaler Ebene – beispielsweise durch Sicherung von Risikoumgebungen – erfolgen (42).

Zu den wichtigsten Interventionen bei der Beschränkung des Zugangs zu Suizid-Hilfsmitteln gehören folgende:

• Zugang zu Pestiziden

Die Intoxikation mit Pestiziden macht geschätzt ein Drittel der Suizide in der Welt aus (8). Suizide durch absichtliche Einnahme von Pestiziden ereignen sich hauptsächlich in ländlichen Gebieten von Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen in Afrika, Mittelamerika, Südostasien und der Region Westpazifik. Vorgeschlagene Maßnahmen zur Verhinderung von Suiziden durch Pestizide sind beispielsweise: Ratifizierung, Übernahme und Durchsetzung wichtiger internationaler Konventionen zu gefährlichen Chemikalien und Abfällen, gesetzliche Regelungen zur Beendigung der Verwendung lokal problematischer Pestizide in der Landwirtschaft, Durchsetzung von Vorschriften zum Verkauf von Pestiziden, Reduzierung des Zugangs zu Pestiziden durch sicherere Lagerung und Entsorgung durch Einzelpersonen oder die Kommune sowie Reduzierung der Toxizität von Pestiziden (43, 44). Außerdem sollte das medizinische Management von Personen, die einen Suizidversuch durch Einnahme von Pestiziden unternommen haben, verbessert werden. Spezielle Informationen zur Verhinderung von Suiziden durch Pestizide sind drei WHO-Broschüren zu entnehmen (27, 45, 46).

Fortsetzung: Wichtige Interventionen in Bezug auf Risikofaktoren

• Zugang zu Schusswaffen

Suizid durch Schusswaffen ist eine hochletale Methode und in manchen Ländern (z. B. den USA) für die meisten Suizide verantwortlich (47). In der Literatur verfügbare Daten zeigen eine enge Korrelation zwischen dem Anteil an Haushalten, die Schusswaffen besitzen, und dem Anteil an Suiziden durch Schusswaffen (48).

Gesetze zur Beschränkung des Besitzes von Schusswaffen sind in vielen Ländern mit einer Reduzierung der Raten an Suiziden durch Schusswaffen verbunden, z. B. in Australien, Kanada, Neuseeland, Norwegen und Großbritannien. Zu möglichen legislativen und regulatorischen Maßnahmen zur Reduzierung von Suiziden durch Schusswaffen gehören: strengere Vorschriften für die Registrierung und den Besitz von Schusswaffen in Privathaushalten sowie für den Erwerb von Lizenzen, Begrenzung des persönlichen Besitzes auf Handschusswaffen, längere Wartezeit auf den Kauf von Schusswaffen, verbindliche Vorschriften zur sicheren Aufbewahrung, Verfügen eines Mindestalters für den Erwerb von Schusswaffen sowie Einführung von strafrechtlichen und psychiatrischen Hintergrundprüfungen für den Erwerb von Schusswaffen. Öffentliche Aufklärung über die Vorschriften in Ländern, in denen Schusswaffen ein gewohntes Element in der Gesellschaft sind, ist ebenfalls zwingend erforderlich (49).

• Brücken, Gebäude und Gleise

Suizid durch Springen – von Brücken, hohen Gebäuden oder vor Züge – ist eine verbreitete Methode, da sie leicht zugänglich ist. Strukturelle Interventionen zur Beschränkung des Zugangs sind effektiv bei der Suizidprävention (50).

• Zugang zu giftigen Gasen

Historisch gesehen ist die absichtliche Vergiftung mit Kohlenmonoxid eine der gängigsten Suizidmethoden. Legislative und pragmatische Änderungen in Bezug auf den Zugang zu Haushaltsgas auf nationaler und regionaler Ebene haben zu einer deutlichen Reduzierung von Suiziden durch diese Methode geführt (51). Insgesamt gesehen hat die Reduzierung der Letalität von Kohlenmonoxid nachweislich eine direkte Wirkung auf die Abnahme der Gesamtsuizidraten.

Vergiftung durch Holzkohleverbrennung ist eine neuere Methode des Suizids durch toxisches Gas. In einigen asiatischen Ländern ist sie schnell zu einer gängigen Methode geworden (9). Durch die Umlagerung von Kohlepaketen von offenen Regalen in einen kontrollierten Bereich in großen Verkaufslagern in der Sonderverwaltungszone Hongkong, China wurde die Zahl der Suizidfälle durch Kohle bedeutend reduziert (52).

• Zugang zu pharmakologischen Wirkstoffen

In den meisten europäischen Ländern ist die Selbstvergiftung mit Medikamenten die zweit- oder dritthäufigste Methode bei Suiziden und Suizidversuchen (53). Die Beschränkung des Zugangs zu und der Verfügbarkeit von Medikamenten, die oft bei Suiziden verwendet werden, hat sich als effektive Präventionsmaßnahme erwiesen (54). Gesundheitsdienstleister können eine wesentliche Rolle spielen bei der Beschränkung der abgegebenen Menge an Medikamenten, der Aufklärung von Patienten und ihrer Familien über die Risiken einer Behandlung mit Medikamenten sowie der Betonung der Bedeutung, welche die Einhaltung der verschriebenen Dosis und die Entsorgung übrig gebliebener, nicht verbrauchter Tabletten besitzt.

Abbildung 8. Etwa 20 %ige Reduzierung der Suizid-Todesfälle durch 2010 in den USA vorgeschlagene Interventionen (55)

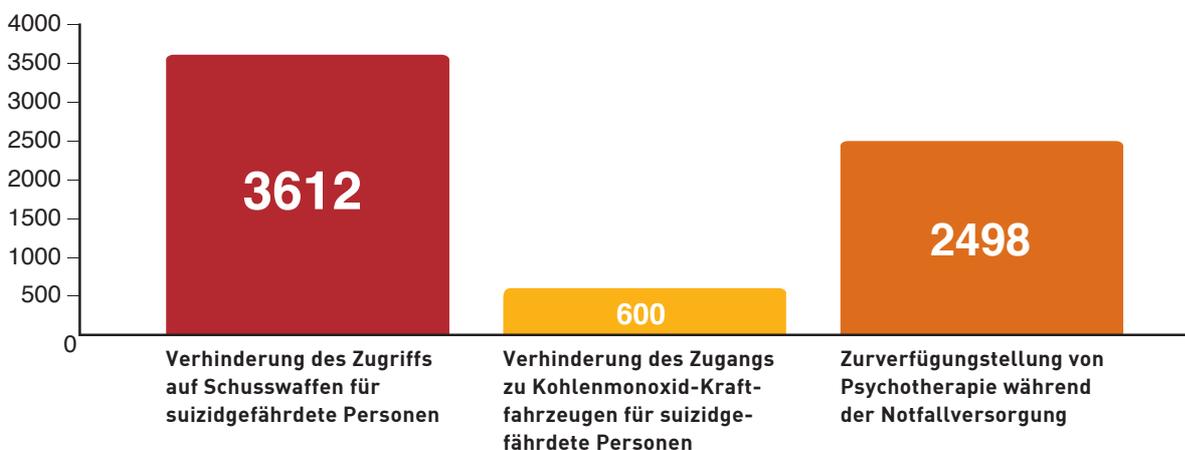


Abbildung 8 zeigt eine Kombination von drei Ansätzen, die bei vollständiger Umsetzung viele tausend Leben in nur einem Jahr in den USA retten könnten. Es ist jedoch zu beachten, dass die Abbildung aus der Modellierung der optimalen Umsetzung nur einiger weniger Ansätze stammt (55).

5. Verantwortungsvolle Berichterstattung durch die Medien

Eine verantwortungsvolle Berichterstattung in den Medien führt nachweislich zur Reduzierung der Suizidraten (40). Wichtige Aspekte einer verantwortungsvollen Berichterstattung sind z. B.: Vermeiden detaillierter Beschreibungen von suizidalen Handlungen, Vermeiden von Sensationsmacherei und Verherrlichung, Verwenden einer angemessenen Sprache, Minimieren der Herausstellung von Suizidberichten, Vermeiden von zu starken Vereinfachungen, Aufklären der Öffentlichkeit über Suizide und mögliche Behandlungen sowie Bereitstellen von Informationen über Hilfsmöglichkeiten (56). Zusammenarbeit mit den Medien sowie Teilnahme an der Entwicklung, Verbreitung und Aufklärung über verantwortungsvolle Berichtspraktiken sind für eine erfolgreiche Verbesserung der Berichterstattung über Suizide und eine Verringerung der Suizidnachahmung ebenfalls wesentlich (57). Diese Verbesserungen traten in Australien und Österreich bereits zutage, wo die Medien aktiv in die Verbreitung von entsprechenden Leitlinien einbezogen wurden (58).

Das Internet und soziale Medien spielen eine mögliche Rolle als universelle Strategie zur Suizidprävention. Einige Websites, die psychische Gesundheit propagieren, zeigen bereits vielversprechende Ergebnisse bei der Förderung hilfeschuchenden Verhaltens. Es gibt jedoch bisher nur wenig Nachweise zur Effektivität bei der Suizidprävention (59). Die besten Beispiele für Online-Strategien zur Suizidprävention sind Online-Chats mit Fachleuten für suizidale Menschen sowie Selbsthilfeprogramme und Online-Therapien (60). Auf einer Website in Großbritannien

gibt es Clips, in denen junge Menschen über Suizidversuche sprechen. Dadurch können junge Menschen mit anderen mitfühlen, die sich in ähnlichen Situationen befinden (61). Wenn Computer nicht zur Verfügung stehen, gibt es Alternativen um individuelle Unterstützung und Therapie zu erhalten: Textnachrichten und die zunehmende Nutzung sozialer Mediendienste auf Mobilgeräten.

6. Bewusstseinsbildung über psychische Gesundheit, Substanzmissbrauchserkrankungen und Suizid

Psychische Erkrankungen und die Suche nach Hilfe treffen in der Öffentlichkeit auf Stigmatisierung und negative Einstellungen. Aufklärungskampagnen (siehe auch Box 3 und 6) sollen diese reduzieren und den Zugang zu Betreuungsmöglichkeiten erhöhen. Es gibt bisher nur wenig Belege, dass Aufklärungskampagnen zu einer Reduzierung der Suizidraten führen. Sie haben inzwischen jedoch eine positive Auswirkung auf gesellschaftliche Haltungen und erhöhen somit die Möglichkeit zum öffentlichen Dialog zu diesen Themen. Effektive Aufklärungskampagnen über psychische Gesundheit konzentrieren sich nur auf eine oder zwei Erkrankung(en) und nutzen verschiedene Verbreitungsmöglichkeiten (z. B. Fernsehen, Druckmedien, Internet, soziale Medien, Poster), um die Botschaften zu verstärken. Dazu werden Botschaften entsprechend angepasst, verschiedene Strategien kombiniert und Programme auf lokaler Ebene für bestimmte Zielpopulationen organisiert (62, 63).

Box 3.

Rettung und Stärkung des Lebens junger Menschen in einer europäischen Studie

Ein Mehr-Ebenen-Aufklärungsprogramm für junge Menschen über psychische Gesundheit wurde im Projekt *Saving and Empowering Young Lives in Europe* (SEYLE) entwickelt und getestet. SEYLE ist ein Präventivprogramm, das in 11 europäischen Ländern getestet wurde und die psychische Gesundheit Jugendlicher in europäischen Schulen fördern soll (64). Jedes Land führte eine randomisierte kontrollierte Studie durch, die aus drei aktiven Interventionen und einer Minimalintervention bestand, die als Kontrolle diente. Die aktiven Interventionen enthielten Gatekeeper-Schulung (Lehr- und Schulpersonal), ein Aufklärungsprogramm zur psychischen Gesundheit

und ein professionelles Screening für Risikopersonen unter den Jugendlichen (65).

Im Vergleich zu den Jugendlichen im Rahmen der Minimalintervention traten bei den Jugendlichen, die am Aufklärungsprogramm zur psychischen Gesundheit teilnahmen, signifikant niedrigere Raten von schweren suizidalen Gedanken/Plänen und von Suizidversuchen bis zum Follow-Up nach 12 Monaten auf. Für eine optimale Umsetzung von Aufklärungsprogrammen ist die Hilfe und Unterstützung lokaler Politiker, Schulen, Lehrer und anderer Akteure wichtig (66).

Kommunale und beziehungsbezogene Risikofaktoren

Die Kommunen, in denen die Menschen leben, stehen in einem wichtigen Zusammenhang mit Suizid-Risikofaktoren. Weltweit haben verschiedene kulturelle, religiöse, rechtliche und geschichtliche Faktoren den Status und das Verständnis von Suizid geformt. Sie führen zur Identifizierung einer breiten Palette von kommunalen Faktoren, die das Suizidrisiko beeinflussen. Die direkten Beziehungen einer Person zu Familie, engen Freunden und wichtigen anderen Menschen können ebenfalls Auswirkung auf suizidales Verhalten haben. Einige Hauptfaktoren in Bezug auf diese Bereiche werden im Folgenden beschrieben.

Katastrophen, Krieg und Konflikte

Erfahrungen im Zusammenhang mit Naturkatastrophen, Krieg und zivilen Konflikten können wegen ihrer negativen Auswirkungen auf das soziale Wohl, die Gesundheit, die Wohnverhältnisse, die Beschäftigung und die finanzielle Sicherheit das Suizidrisiko erhöhen. Paradoxiereise sinken u. U. die Suizidraten während und unmittelbar nach einer Katastrophe oder einem Konflikt – dies variiert jedoch zwischen verschiedenen Menschengruppen. Dieses unmittelbare Absinken kann mit dem auftauchenden Bedürfnis nach intensiviertem sozialen Zusammenhalt zusammenhängen. Im Großen und Ganzen scheint es keine klare Richtung bei der Suizidmortalität nach Naturkatastrophen zu geben, da verschiedene Studien unterschiedliche Muster zeigen (67).

Belastungen durch kulturelle Anpassung und Umsiedlung

Die Belastungen durch kulturelle Anpassung und Umsiedlung stellen ein bedeutendes Suizidrisiko dar, das eine Auswirkung auf bestimmte vulnerable Gruppen hat, z. B. indigene Völker, Asylsuchende, Flüchtlinge, Menschen in Gefangenenlagern, Vertriebene und neu eingetroffene Migranten.

Suizid ist häufig bei indigenen Völkern: Nordamerikanische Indianer in den USA, Erste Nationen und Inuit in Kanada, Aborigines in Australien und Maori als Ureinwohner Neuseelands weisen bedeutend höhere Suizidraten als die übrige Bevölkerung auf (68, 69). Dies trifft besonders auf junge Menschen zu, vor allem auf junge Männer, die eine der vulnerabelsten Gruppen in der Welt darstellen (70). Suizidales Verhalten nimmt auch unter Gemeinschaften von Ureinwohnern zu, die sich im Wandel befinden (71). Bei indigenen Gruppen wird die territoriale, politische und wirtschaftliche Autonomie häufig verletzt, und die einheimische Kultur und Sprache sind im Untergang begriffen. Diese Umstände können Gefühle von Depression, Isolation und Diskriminierung

hervorrufen, begleitet von Ressentiments und Argwohn gegenüber staatlichen Sozial- und Gesundheitsdiensten, vor allem wenn diese Dienste nicht in kulturell angemessener Weise angeboten werden.

Diskriminierung

Diskriminierung von Subgruppen innerhalb der Bevölkerung kann laufend, endemisch und systemisch erfolgen. Dies kann zur ständigen Erfahrung belastender Lebensereignisse führen wie Freiheitsverlust, Zurückweisung, Stigmatisierung und Gewalt. Dies wiederum kann suizidales Verhalten hervorrufen.

Einige Beispiele für den Zusammenhang zwischen Diskriminierung und Suizid:

- eingesperrte oder in Gewahrsam genommene Menschen (72)
- Menschen, die sich selbst als lesbisch, schwul, bisexuell, transsexuell oder zwischengeschlechtlich fühlen (73)
- Menschen, die Opfer von Mobbing, Cyber-Mobbing und Schikanen durch Peers sind (74)
- Flüchtlinge, Asylsuchende und Migranten (75)

Traumata oder Missbrauch

Traumata oder Missbrauch erhöhen emotionale Belastungen und können Depression und suizidales Verhalten bei Menschen auslösen, die bereits vulnerabel sind. Mit Suizid assoziierte psychosoziale Stressoren können von verschiedenen Traumtypen (z. B. Folter, vor allem bei Asylsuchenden und Flüchtlingen), disziplinarischen oder juristischen Krisen, finanziellen Problemen, akademischen oder arbeitsbezogenen Problemen sowie Mobbing herrühren (76). Außerdem haben junge Menschen, die in der Kindheit und der Familie Nachteile erlitten (physische Gewalt, sexueller oder emotionaler Missbrauch, Vernachlässigung, Misshandlung, familiäre Gewalt, Trennung oder Scheidung der Eltern, Heimunterbringung), ein bedeutend höheres Suizidrisiko als andere (77). Die Wirkungen nachteiliger Faktoren in der Kindheit stehen häufig in Wechselbeziehung und erhöhen kumulativ das Risiko für psychische Erkrankungen und Suizid (78).

Gefühl der Isolation und Mangel an sozialer Unterstützung

Isolation tritt auf, wenn sich ein Mensch von seinem engsten sozialen Kreis abgetrennt fühlt: von Partnern, Familienmitgliedern, Peers, Freunden und wichtigen anderen Menschen. Isolation ist oft verbunden mit Depression sowie dem Gefühl von Einsamkeit und Hoffnungslosigkeit. Ein Gefühl der Isolation kann häufig auftreten, wenn eine Person ein negatives Lebensereignis oder eine andere psychologische Belastung erfährt und sich keinem Nahestehenden mitteilt.

Zusammen mit anderen Faktoren kann dies zu einem erhöhten Risiko für suizidales Verhalten führen – vor allem bei älteren Menschen, die allein leben, denn soziale Isolierung und Einsamkeit sind wichtige beitragende Faktoren für Suizid (71).

Suizidales Verhalten ist oft eine Reaktion auf persönliche psychologische Belastungen in einem sozialen Kontext, in dem keine Quellen für Unterstützung vorhanden sind. Es zeigt u. U., dass Wohlbefinden und soziale Zusammengehörigkeit in großem Maße fehlen. Soziale Zusammengehörigkeit ist das Strukturelement, das Menschen auf mehreren Ebenen in einer Gesellschaft miteinander verbindet – Einzelpersonen, Familien, Nachbarn, lokale Gemeinschaften, kulturelle Gruppen sowie die Gesellschaft als Ganzes. Menschen, die enge, persönliche und dauerhafte Beziehungen und Werte haben, zeichnen sich meist durch Entschlusskraft sowie ein Sicherheits- und Verbundenheitsgefühl aus (134, 135).

Beziehungskonflikt, Unstimmigkeiten oder Verlust

Ein Beziehungskonflikt (z. B. Trennung), Unstimmigkeiten (z. B. Sorgerechtsstreit) oder ein Verlust (z. B. Tod des Partners) können Trauer- und situative psychologische Belastung verursachen und sind mit einem gesteigerten Suizidrisiko verbunden (79). Ungesunde Beziehungen können ebenfalls ein Risikofaktor sein. Gewalt, darunter auch sexuelle Gewalt, gegen Frauen tritt häufig auf und wird oft durch einen Intimpartner verübt. Gewalt durch einen Intimpartner ist mit einem Ansteigen der Zahl von Suizidversuchen und einem zunehmenden Suizidrisiko verbunden. Global haben 35 % der Frauen physische oder sexuelle Gewalt durch einen Intimpartner oder sexuelle Gewalt durch eine andere Person erlebt (80, 81).

Wichtige Interventionen für kommunale und beziehungsbezogene Faktoren

1. Interventionen bei vulnerablen Gruppen

Es wurde eine Reihe von vulnerablen Gruppen (siehe auch Box 4 und 6) mit erhöhtem Suizidrisiko identifiziert. Auch wenn eine gründliche Evaluation noch aussteht, sind im Folgenden einige Beispiele für gezielte Interventionen aufgeführt:

- Personen mit Missbrauchs-, Trauma-, Konflikt- oder Katastrophenerfahrung: Auf der Grundlage von Belegen aus Studien, welche diese Beziehungen untersucht haben, sollten Interventionen auf die vulnerabelsten Gruppen nach einem Konflikt oder einer schweren Naturkatastrophe abzielen. Entscheidungsträger sollten die Erhaltung vorhandener sozialer Bindungen in den betroffenen Kommunen fördern (82, 83).
- Flüchtlinge und Migranten: Die Risikofaktoren variieren zwischen den Gruppen, so dass es effektiver sein könnte, auf bestimmte kulturelle Gruppen ausgerichtete Interventionen zu entwickeln und nicht alle Immigranten gleich zu behandeln (84).
- Indigene Völker: Eine Prüfung von Interventionsstrategien in Australien, Kanada, Neuseeland und den USA zeigte, dass Präventionsinitiativen in den Gemeinden, Gatekeeper-Schulung (siehe nächste Seite) und kultursensitive, gezielte Aufklärungsinterventionen bei der Reduzierung von Hoffnungslosigkeitsgefühlen und suizidaler Vulnerabilität effektiv waren. Am effektivsten waren Interventionen mit einem hohen Grad an lokaler Steuerung und Einbeziehung der indigenen Gemeinschaft, um zu gewährleisten, dass die Interventionen kulturell angemessen waren (85).
- Gefängnisinsassen: Eine Prüfung der Risikofaktoren bei Gefängnisinsassen in Australien, Europa, Neuseeland und den USA zeigte, dass Präventionsinitiativen auf die Verbesserung der psychischen Gesundheit, die Verringerung des Alkohol- und Substanzmissbrauchs sowie die Vermeidung der Unterbringung von vulnerablen Personen in isolierten Unterkünften abzielen sollten. Sämtliche Personen sollten auf aktuelles oder früheres suizidales Verhalten gescreent werden (86).
- Lesbische, schwule, bisexuelle, transsexuelle oder zwischengeschlechtliche Personen (LGBTI): Die Bemühungen um Reduzierung des Suizidrisikos bei LGBTI sollten sich auf Risikofaktoren wie psychische Erkrankungen, Substanzmissbrauch, Stigmatisierung, Vorurteile sowie individuelle und institutionelle Diskriminierung konzentrieren (87).
- Postventionelle Unterstützung für Suizid-Hinterbliebene oder -Betroffene: Interventionsbemühungen für Personen, die nach einem Suizid zurückbleiben oder davon betroffen sind, sollen den Trauerprozess unterstützen und die Möglichkeit der Nachahmung des suizidalen Verhaltens reduzieren. Diese Interventionen können schulbasierte, familienfokussierte oder kommunale Postventionen sein. Eine Kontaktaufnahme zu Familie und Freunden nach einem Suizid hat zu einer zunehmenden Nutzung von Hilfegruppen und Trauerbewältigungsgruppen geführt und die unmittelbaren seelischen Belastungen wie Depression, Ängste und Verzweiflung reduziert (88).

Box 4.

Interventionen bei Militär- und Veteranenpopulationen

Es gibt zunehmend Belege dafür, dass das Suizidrisiko bei bestimmten Militär- und Veteranenpopulationen erhöht ist (89). Epidemiologische Studien wie die *Army Study To Assess Risk and Resilience in Service members* (Army STARRS), die in den USA durchgeführt wurde, brachte verschiedene Faktoren zutage, die das Suizidrisiko bei Personen erhöhen, die gegenwärtig beim Militär dienen oder früher gedient haben. Dazu zählten z.B. Diagnose einer psychischen Erkrankung, Rang und Geschlecht (90, 91).

Im Jahre 2007 führte das *Department of Veteran Affairs* der USA eine nationale gebührenfreie Hotline, die *Veterans Crisis Line*, für Militärveteranen der USA und ihre Familien ein. 2009 wurde der Krisen-Hotline-Dienst erweitert, um die militärische Gemeinschaft weiter einzubeziehen.

In den letzten Jahren zeigten das *Department of Veteran Affairs* und das Verteidigungsministerium der USA ein starkes Engagement, um die Merkmale zu identifizieren, die mit einem erhöhten Suizidrisiko in Verbindung stehen, und setzen Interventionen um,

die das Risiko bei vulnerablen Personengruppen senken sollen. Durch diese Bemühungen konnten verschiedene Faktoren identifiziert werden, die mit einem erhöhten Suizidrisiko verbunden sind, sowie Strategien zur Identifizierung und Betreuung von Risikopersonen. Beispiele für diese Maßnahmen sind Strategien für ein verbessertes Fallmanagement, Förderung der Resilienz, Unterstützung durch Gleichbetroffene sowie eine patientenzentrierte Planung zur Erhöhung der Sicherheit in und außerhalb der Klinikumgebung.

Zu den aktuellen Maßnahmen gehören 1) Bemühungen um Identifizierung individueller und bevölkerungsbezogener Merkmale, die mit einem erhöhten Suizidrisiko in Verbindung stehen (welches häufiger bei Personen auftreten kann, die freiwillig ihren Militärdienst für die USA ableisten), 2) Methoden zur Betreuung von Risikopersonen mittels einer evidenzbasierten Behandlung von zugrunde liegenden Erkrankungen sowie 3) Management von Phasen erhöhten Risikos – vor allem, wenn diese mit Übergangsperioden zusammenhängen (92).

2. Gatekeeper-Schulung

Menschen mit Suizidrisiko suchen selten Hilfe. Trotzdem können sie Risikofaktoren und Verhaltensweisen zeigen, die sie als vulnerabel identifizieren. Ein „Gatekeeper“ ist jemand, der in der Lage ist zu erkennen, ob jemand Suizid begehen könnte. Zu den wichtigsten potenziellen Gatekeepern gehören (93):

- Hausärzte, Psychiater/Psychologen und Notfallärzte
- Lehrer und andere Schulmitarbeiter
- führende Kräfte in der Gemeinde
- Polizisten, Feuerwehrmänner und andere Ersthelfer
- Militärangehörige
- Sozialarbeiter

Schulungsprogramme für Gatekeeper sollen bei den Teilnehmern Wissen, Haltungen und Kompetenzen zur Erkennung von Risikopersonen, zur Bestimmung des

Risikogrades und zur anschließenden Überweisung von Risikopersonen zur Behandlung trainieren (siehe auch Box 6). Der gesamte Schulungsinhalt sollte kulturell angepasst sein und Informationen über Zugangsmöglichkeiten zur Gesundheitsversorgung vor Ort enthalten. Programme zeigten bereits vielversprechende Ergebnisse, wenn sie auf spezielle Bevölkerungsgruppen zugeschnitten waren, z. B. Gruppen von Ureinwohnern (85). Studien zeigen, dass 25–50 % der Frauen mit suizidalem Verhalten in den vergangenen vier Wochen einen Arzt aufsuchten. Deshalb bietet Gatekeeper-Schulung eine Möglichkeit, Interventionen bei diesen Personen zu beginnen.

Gatekeeper-Schulung ist ein bewährtes Verfahren, das allerdings bisher noch nicht nachweislich mit reduzierten Raten von Suiziden oder Suizidversuchen in Verbindung steht (95). Ein Programm, das auf Gatekeeper und deren eigene Gesundheit abzielt, ist in Box 5 dargestellt.

Box 5.

Ein Arbeitsplatz-Programm zur Suizidprävention, das die Zahl der Suizide reduziert hat

Ein facettenreiches umfassendes Programm zur Suizidprävention für die Polizei in Montreal (Kanada) führte zu einer signifikanten Abnahme der Suizidraten (um 79 %). Das Programm bestand aus einer halbtägigen Schulung zum Thema Suizid für alle Polizeibeamten mit Schwerpunkt auf Risikoerkennung und Hilfemöglichkeiten. Vorgesetzte und Bundesvertreter erhielten eine ganztägige Schulung zur Risikobewertung und Hilfeleistung. Eine von speziell ausgebildeten Beamten besetzte ehrenamtliche

Telefonauskunftsstelle wurde eingerichtet. Außerdem wurde eine Aufklärungskampagne zu Hilfsangeboten und zur Bedeutung der Zusammenarbeit bei der Suizidprävention durchgeführt (96).

Umfassende, auf die Arbeitsumgebung zugeschnittene Suizidpräventionsprogramme könnten effektiv dazu beitragen, Einstellungen, Wissen und Verhaltensweisen zu verbessern und die Suizidraten signifikant zu beeinflussen.

3. Krisentelefone

Krisentelefone sind öffentliche Auskunftsstellen, an die sich Menschen wenden können, wenn andere soziale Unterstützung oder professionelle Betreuung nicht verfügbar ist oder nicht gewünscht wird. Krisentelefone können für die breite Bevölkerung oder spezielle vulnerable Gruppen eingerichtet werden. Letzteres kann vorteilhaft sein, insbesondere wenn die Unterstützung durch Gleichbetroffene eingebunden wird.

In den USA konnte gezeigt werden, dass Krisentelefone erfolgreich darin sind, Anrufende in ein Gespräch zu involvieren und ihr Suizidrisiko während des Anrufs und in den Folgewochen zu reduzieren (97). Eine Studie zu Krisentelefonen und Chat-Hilfediensten in Belgien lässt vermuten, dass diese Strategien auch kostengünstig für die Suizidprävention sein könnten (98). Krisendienste sind nachweislich ein nützliches, breit eingesetztes und bewährtes Verfahren. Jedoch liegen trotz der Reduzierung des Suizidrisikos noch keine Beurteilungen vor, ob eine nachweisbare Verbindung zur Reduzierung der Suizidraten besteht.

Individuelle Risikofaktoren

Das Suizidrisiko kann durch die individuelle Vulnerabilität oder Resilienz beeinflusst werden. Individuelle Risikofaktoren stehen mit der Wahrscheinlichkeit in Verbindung, mit der eine Person suizidales Verhalten entwickelt.

Frühere Suizidversuche

Mit Abstand der stärkste Indikator für ein künftiges Suizidrisiko sind ein oder mehrere frühere Suizidversuche (99). Selbst ein Jahr nach einem Suizidversuch bleibt das Risiko eines Suizids und vorzeitigen Todes aus anderen Ursachen hoch (100).

Psychische Erkrankungen

In Ländern mit hohem Einkommen sind psychische Erkrankungen bei bis zu 90 % der Menschen vorhanden, die durch Suizid sterben (101), und unter den 10 % ohne eindeutige Diagnose ähneln die psychiatrischen Symptomen von Menschen, die durch Suizid sterben. In einigen asiatischen Ländern – nachgewiesen durch Studien aus China und Indien – scheinen psychische Erkrankungen jedoch weniger häufig (bei ca. 60 %) der Menschen aufzutreten, die durch Suizid sterben (12, 202).

Dieser Risikofaktor sollte mit gewisser Vorsicht betrachtet werden. Depression, Substanzmissbrauchserkrankungen und antisoziales Verhalten sind relativ verbreitet, und die meisten Menschen, die daran leiden, zeigen kein suizidales Verhalten. Menschen, die durch Suizid sterben oder Suizidversuche unternehmen, weisen u. U. eine signifikante psychiatrische Komorbidität auf. Das Suizidrisiko variiert je nach Art der Erkrankung. Die häufigsten Erkrankungen, die mit suizidalem Verhalten in Verbindung stehen, sind Depression und Alkoholmissbrauch. Das Lebenszeit-Suizidrisiko wird auf 4 % bei Patienten mit psychischen Erkrankungen (103), auf 7 % bei Menschen mit Alkoholabhängigkeit (104), auf 8 % bei Menschen mit bipolarer Störung (105, 106) sowie auf 5 % bei Menschen mit Schizophrenie (107) geschätzt. Es ist zu beachten, dass das Risiko für suizidales Verhalten bei Komorbidität steigt; Personen mit mehr als einer psychischen Erkrankung haben ein bedeutend höheres Risiko (101).

Missbrauch von Alkohol und anderen Substanzen

Alle Substanzmissbrauchserkrankungen erhöhen das Suizidrisiko (108). Alkohol- und andere Substanzmissbrauchserkrankungen sind bei 25–50 % sämtlicher Suizide anzutreffen (104), und das Suizidrisiko nimmt weiter zu, wenn

der Alkohol- oder Substanzmissbrauch mit anderen psychischen Erkrankungen komorbid ist. Von sämtlichen Todesfällen durch Suizid sind 22 % auf Alkohol zurückzuführen. Das heißt, jeder fünfte Suizid würde nicht geschehen, wenn kein Alkohol in der Bevölkerung konsumiert würde (109). Abhängigkeit von anderen Substanzen, z. B. Cannabis, Heroin oder Nikotin, ist ebenfalls ein Risikofaktor für Suizid.

Job- oder finanzieller Verlust

Jobverlust, Zwangsversteigerung des Hauses und finanzielle Unsicherheit führen über Komorbiditäten mit anderen Risikofaktoren wie Depression, Ängste, Gewalt und Alkoholmissbrauch zu einem steigenden Suizidrisiko (111). Folglich können wirtschaftliche Rezessionen, sofern sie durch Job- oder finanziellen Verlust mit persönlichen Nachteilen verbunden sind, mit dem individuellen Suizidrisiko im Zusammenhang stehen (112).

Hoffnungslosigkeit

Hoffnungslosigkeit als kognitiver Aspekt der psychologischen Funktionen dient häufig als Indikator für Suizidrisiko, wenn sie mit psychischen Erkrankungen oder vorherigen Suizidversuchen gekoppelt ist (113). Die drei Hauptaspekte von Hoffnungslosigkeit beziehen sich auf die Gefühle eines Menschen über die Zukunft sowie den Verlust von Motivation und Erwartungen. Hoffnungslosigkeit kann oft als Vorhandensein von Gedanken wie „Es wird nie besser.“ oder „Ich merke nicht, dass es besser wird.“ verstanden werden und ist in den meisten Fällen von Depressionen begleitet (114).

Chronische Schmerzen und Krankheiten

Chronische Schmerzen und Krankheiten sind wichtige Risikofaktoren für suizidales Verhalten. Suizidales Verhalten tritt zwei- bis dreimal häufiger bei Personen mit chronischen Schmerzen als bei der Allgemeinbevölkerung (115) auf. Sämtliche Krankheiten, die mit Schmerzen, Körperbehinderung, neurologischen Entwicklungsstörungen und seelischer Belastung verbunden sind, erhöhen das Suizidrisiko (116). Dazu gehören Krebs, Diabetes und HIV/AIDS.

Suizid in der Familiengeschichte

Suizid eines Familienmitglieds oder innerhalb der Kommune kann einen besonders zerstörerischen Einfluss auf das Leben eines Menschen haben. Der Verlust eines nahestehenden Menschen ist für die meisten Menschen verheerend; außer der Trauer kann die Todesursache Stress, Schuld- und Schamgefühle, Ärger, Ängste und Verzweiflung bei

Familienmitgliedern und Freunden hervorrufen. Möglicherweise ändert sich die Familiendynamik, gewohnte Hilfsquellen sind zersprengt, und das Stigma kann verhindern, dass die Betroffenen Hilfe suchen und andere Menschen ihre Unterstützung anbieten (117). Der Suizid eines Familienmitglieds oder Freundes kann für einen Trauernden die Suizidschwelle herabsetzen (118). Aus all diesen Gründen haben die Suizid-Hinterbliebenen oder -Betroffenen selbst ein erhöhtes Risiko für Suizid oder eine psychische Erkrankung (119).

Genetische und biologische Faktoren

Genetische oder entwicklungsbedingte Änderungen bei verschiedenen neurobiologischen Systemen sind mit suizidalem Verhalten verbunden. So wird beispielsweise ein niedriger Serotoninspiegel mit ernsthaften Suizidversuchen bei Patienten mit psychischen Erkrankungen, Schizophrenie und Persönlichkeitsstörungen assoziiert. Suizid in der Familiengeschichte ist ein starker Risikofaktor für Suizid und Suizidversuche (120).

Wichtige Interventionen für individuelle Risikofaktoren

1. Nachsorge und Unterstützung durch die Kommune

Kürzlich entlassene Patienten erhalten oft nicht ausreichend soziale Unterstützung und können sich nach Verlassen des Krankenhauses isoliert fühlen. Nachsorge und Unterstützung durch die Kommune sind wirksam bei der Reduzierung von suizidbedingten Todesfällen und Suizidversuchen von Patienten, die gerade erst entlassen wurden (121). Wiederholte Follow-Ups sind eine empfohlene kostengünstige Intervention, die sich leicht umsetzen lässt. Das vorhandene Behandlungspersonal, einschließlich geschulter nicht-spezialisierter medizinischer Fachkräfte, kann die Intervention umsetzen und benötigt dafür nur wenige Ressourcen (122). Dies ist besonders nützlich in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen. Die Intervention kann Postkarten, Telefongespräche oder kurze persönliche Termine (informell oder formell) beinhalten, um Kontakt herzustellen und möglichst aufrecht zu erhalten (123, 124). Die Einbeziehung möglicher Unterstützung bei der Nachsorge durch die Gemeinschaft – z. B. Familie, Freunde, Kollegen, Krisenzentren oder örtliche Zentren für psychische Gesundheit – ist wichtig, da der erwähnte Personenkreis die Betroffenen regelmäßig beobachten und ihre Compliance fördern kann (122).

2. Beurteilung und Management suizidaler Verhaltensweisen

Es ist wichtig, effektive Strategien für Beurteilung und Management suizidaler Verhaltensweisen zu entwickeln. Der *mhGAP Intervention Guide* der WHO empfiehlt, jeden, der mit Gedanken, Plänen oder Handlungen zu Selbstverletzung bzw. Suizid vorstellig wird, umfassend zu beurteilen. Der Leitfaden empfiehlt außerdem, jede Person über 10 Jahren, die eine andere vordergründige Beschwerde, chronische Schmerzen oder akute seelische Belastung erlebt, zu ihren Gedanken, Plänen oder Handlungen zu Selbstverletzung bzw. Suizid zu befragen (122). Eine genaue Beurteilung sollte über klinische Interviews vorgenommen und durch zusätzliche Informationen erhärtet werden (125).

Ausbildung und Schulung medizinischer Fachkräfte mit Schwerpunkt auf das Notfallpersonal sind erforderlich, um zu gewährleisten, dass die Betroffenen psychosoziale Unterstützung erhalten und systematische Nachsorge und Unterstützung durch die Kommune erfolgen. Außer dem Beitrag zum Management individueller Risikofaktoren richten sich Beurteilung und Management suizidaler Verhaltensweisen auch auf Risikofaktoren in Beziehungen.

3. Beurteilung und Management von psychischen und Substanzmissbrauchserkrankungen

Schulung der medizinischen Fachkräfte in Beurteilung und Management von psychischen und Substanzmissbrauchserkrankungen ist ein Hauptweg in Richtung Suizidprävention. Eine große Zahl derjenigen, die durch Suizid sterben, hatte innerhalb eines Monats vor dem Suizid Kontakt zum Hausarzt. Die Unterweisung von Hausärzten in der Erkennung von Depressionen und anderen psychischen und Substanzmissbrauchserkrankungen sowie der genauen Beurteilung des Suizidrisikos ist wichtig, um Suizide zu verhindern. Die Schulung sollte kontinuierlich oder wiederholt über Jahre durchgeführt werden und die Mehrheit der Ärzte in einer Region oder einem Land einbinden (42). Damit das Schulungsprogramm innerhalb von Ländern und Kulturen erfolgreich ist, müssen unbedingt Risikofaktoren im lokalen Kontext berücksichtigt und das Programm muss auf diesen Personenkreis zugeschnitten werden.

Der *WHO mhGAP Intervention Guide*, der vornehmlich auf die Schulung nicht-spezialisierter medizinischer Fachkräfte ausgerichtet ist, enthält eine Anleitung zu Beurteilung und Management der folgenden wichtigen Erkrankungen: Depression, Psychose, Epilepsie/Krampfanfälle, Entwicklungsstörungen, Verhaltensstörungen, Demenz, Alkoholmissbrauchsstörungen, Medikamentenmissbrauchsstörungen sowie Selbstverletzung/Suizid (122).

Fortsetzung: Wichtige Interventionen in Bezug auf Risikofaktoren

Es muss jedoch die Tatsache berücksichtigt werden, dass viele Faktoren mit dem schlechten Beurteilungs- und Managementvermögen der medizinischen Fachkräfte zusammenhängen, z. B. geringe Kenntnisse über und Erfahrung mit psychischer Gesundheit, Stigmatisierung, mangelnde

Zusammenarbeit mit Psychiatern/Psychologen sowie ungünstige Fragetechniken. Die Lösung dieser Probleme, beispielsweise über Weiterbildung und Schulungen, kann daher wichtig für die Verbesserung von Beurteilung und Management sein.

Box 6.

Mehr-Ebenen-Interventionen

Es gibt multiple Ursachen und vielfältige Beweggründe für Suizide. Interventionen, die mehr als eine Präventionsstrategie enthalten, könnten daher besonders nützlich für die Verhinderung von Suiziden sein. Laut Forschungsergebnissen sind Mehr-Ebenen-Programme tatsächlich mit einer erfolgreichen Reduktion der Suizidraten verbunden. So hat sich beispielsweise das Programm für die *United States Air Force*, das aus 11 Komponenten für Kommune und Gesundheitswesen besteht, als hocheffektiv bei der Verhinderung von Suiziden in der Air Force erwiesen (127).

Ein Mehr-Ebenen-Programm mit Zielsetzung auf depressive Erkrankungen in Nürnberg (Deutschland) bewirkte eine deutliche Senkung der Raten von Suiziden und Suizidversuchen (128). Das Programm bestand aus vier verschiedenen Interventionen: einer PR-Kampagne für die allgemeine Öffentlichkeit; einer Schulung für Multiplikatoren in der Kommune wie Lehrer, Journalisten und

Polizisten; einer Schulung für Hausärzte sowie der Unterstützung der Patienten und ihrer Familien. Die facettenreiche Intervention wurde von der *European Alliance Against Depression* übernommen, zu der Partner aus 17 Ländern gehören (129).

Mehr-Ebenen-Interventionen für Hochrisikopersonen scheinen ebenfalls effektiv zu sein. In einer Studie in Großbritannien wurde die Wirkung von neun Komponenten einer Gesundheitsreform auf die Suizidalität (130) untersucht und gezeigt, dass Krankenhausbetreiber, die mehr Servicereformen umsetzten, stärkere Reduktionen der Zahl von Suiziden erreichten. Mit einer Reduktion von Suiziden waren besonders drei Programme verbunden: ein 24-Stunden-Krisendienst, duale Diagnoserichtlinien und eine multidisziplinäre Prüfung nach einem Todesfall durch Suizid. Diese Studien bewiesen insgesamt, dass die Integration mehrerer Interventionen additive und synergistische Effekte haben kann.

Mythen über Suizid

Mythos:

~~Ein Mensch, der suizidal ist,
stirbt auf jeden Fall.~~

Tatsache:

Im Gegenteil - suizidale Menschen stehen dem Sterben oder Leben oft ambivalent gegenüber.

Manche handeln impulsiv und trinken beispielsweise Pestizide; sie sterben einige Tage später, obwohl sie dann gern am Leben geblieben wären. Zugang zu emotionaler Unterstützung zum richtigen Zeitpunkt kann Suizide verhindern.

Was schützt die Menschen vor Suizidrisiken?

Im Gegensatz zu Risikofaktoren bewahren Schutzfaktoren Menschen vor dem Suizidrisiko. Während viele Interventionen bei der Suizidprävention auf die Reduzierung von Risikofaktoren zielen, ist es gleichermaßen wichtig, Faktoren zu berücksichtigen und zu stärken, die nachweislich Resilienz und Zugehörigkeit erhöhen und vor suizidalem Verhalten schützen. Resilienz hat eine Pufferwirkung auf das Suizidrisiko; bei hochresilienten Menschen besteht ein weniger starker Zusammenhang zwischen Suizidrisiko und suizidalem Verhalten (131). Manche Schutzfaktoren wirken bestimmten Risikofaktoren entgegen, wogegen andere Faktoren die Menschen vor einer Reihe verschiedener Suizidrisiken schützen.

Starke persönliche Beziehungen

Das Risiko suizidalen Verhaltens steigt, wenn Menschen unter einem Beziehungskonflikt, einem Verlust oder Unstimmigkeiten leiden. Im Gegensatz dazu können Aufbau und Pflege gesunder enger Beziehungen die individuelle Resilienz erhöhen und als Schutzfaktor wirken. Das engste Umfeld eines Menschen – Partner, Familienmitglieder, Peers, Freunde und wichtige andere Personen – hat den meisten Einfluss und kann in Krisenzeiten unterstützend wirken. Freunde und Familie können eine wichtige Quelle sozialer, emotionaler und finanzieller Unterstützung sein und die Auswirkungen externer Stressoren abpuffern. Insbesondere verringert die aus dieser Unterstützung gewonnene Resilienz das aus einem Kindheitstrauma resultierende Suizidrisiko (51). Beziehungen haben eine besonders starke Schutzwirkung bei Jugendlichen und älteren Personen, die einen höheren Grad von Abhängigkeit besitzen.

Religiöse oder spirituelle Überzeugungen

Wenn man religiösen oder spirituellen Überzeugungen Schutz vor Suizid zuspricht, sollte man vorsichtig sein. Glaube an sich könnte ein Schutzfaktor sein, da er typischerweise ein strukturiertes Denksystem liefert und ein Verhalten fördern kann, das als physisch und psychisch vorteilhaft gilt (132). Jedoch können viele religiöse und kulturelle Überzeugungen wegen ihrer moralischen Einstellung zum Suizid zur Stigmatisierung von Suiziden beitragen und Betroffene davon abhalten, Hilfe zu suchen. Der Schutzwert von Religion und Spiritualität könnte daher rühren, dass sie Zugang zu einer von sozialem Zusammenhalt und Hilfsbereitschaft geprägten Gemeinschaft mit gemeinsamen Werten verschaffen. In vielen religiösen Gruppen sind außerdem Suizid-Risikofaktoren wie Alkoholkonsum verboten. Jedoch fördern die sozialen Praktiken gewisser Religionen die Selbstverbrennung bei speziellen Gruppen, z. B. bei Frauen

in Südasien, die ihren Mann verloren haben (133). Deshalb können Religion und spirituelle Überzeugungen zwar einen gewissen Schutz vor Suizid bieten, dies hängt jedoch von speziellen kulturellen und kontextuellen Praktiken und Auslegungen ab.

Lebensführung mit positiven Bewältigungsstrategien und Wohlbefinden

Das subjektive Wohlbefinden einer Person und effektive positive Bewältigungsstrategien schützen vor suizidalem Verhalten (134). Wohlbefinden wird teilweise durch Persönlichkeitsmerkmale bestimmt, welche für die Vulnerabilität und Resilienz gegenüber Belastungen und Traumata verantwortlich sind. Emotionale Stabilität, eine optimistische Zukunftseinstellung und eine entwickelte Selbstwahrnehmung helfen dabei, die Schwierigkeiten des Lebens zu meistern. Ein hohes Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen und Fähigkeiten zur effektiven Problemlösung, wozu auch die Fähigkeit gehört, erforderlichenfalls Hilfe zu suchen, können die Auswirkungen von Stressoren und ungünstigen Bedingungen der Kindheit mildern (135). Die Bereitschaft, bei psychischen Gesundheitsproblemen Hilfe zu suchen, könnte besonders durch die persönliche Einstellung bestimmt werden. Da psychische Erkrankungen weithin stigmatisiert sind, suchen Betroffene (und insbesondere Männer) nur ungern Hilfe. Bei Menschen, die nicht bereit sind, Hilfe zu suchen, können sich die psychischen Gesundheitsprobleme verschlimmern. Dann erhöht sich die Gefahr eines Suizids, der sonst durch frühzeitige Intervention effektiv hätte verhindert werden können. Zu einer gesunden Lebensweise, die zu psychischem und physischem Wohlbefinden beiträgt, gehören regelmäßige Bewegung und Sport, genügend Schlaf und eine angemessene Ernährung, Berücksichtigung der Auswirkungen von Alkohol und Drogen auf die Gesundheit, gesunde Beziehungen und soziale Kontakte sowie effektives Stressmanagement (136, 137).

„Vorgeschaltete Ansätze“ wie die Berücksichtigung von Risiko- und Schutzfaktoren bereits im frühen Lebensalter haben das Potenzial, im Laufe der Zeit zu angepassten und günstigen Verhaltensweisen zu führen. Außerdem können sie gleichzeitig auf eine breite Palette von gesundheitlichen und gesellschaftlichen Problemen Einfluss nehmen, z. B. Substanzmissbrauch, Gewalt und Kriminalität (138) (siehe Box 7).

Box 7.

Theoretisch stichhaltige vorgeschaltete Präventionsansätze

Nachteilige Erfahrungen in der Kindheit (z. B. Kindesmisshandlung, häusliche Gewalt, psychische Erkrankungen der Eltern) und andere in den frühen Lebensjahren auftretenden Risikofaktoren (z. B. Mobbing, Kriminalität) sind mit späterer Morbidität und Mortalität verbunden, einschließlich Suizid (139). In gleicher Weise können in der Kindheit erworbene Schutzfaktoren (z. B. Zugehörigkeitsgefühl) das spätere Suizidrisiko verringern. Obwohl effektive vorgeschaltete Strategien existieren, gibt es bisher hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf Suizide und Suizidversuche kaum Einschätzungen; sie sind jedoch theoretisch stichhaltig und geben vielversprechende Richtungen für künftige Suizidprävention und -evaluation vor.

Beispiele für vorgeschaltete Strategien:

- Hausbesuche in der frühen Kindheit zur Aufklärung geringverdienender Schwangerer/junger Mütter durch geschulte Personen (z. B. Hebammen) (140, 141)
- Mentorenprogramme zur Verbesserung der Verbundenheit zwischen vulnerablen jungen Menschen und hilfreichen, stabilen und erziehenden Erwachsenen (142)
- Sozialgesellschaftliche Präventionssysteme für die Befähigung ganzer Gemeinschaften zur Lösung von Gesundheits- und Verhaltensproblemen bei Jugendlichen durch Zusammenarbeit und Engagement (143)
- Schulbasierte Gewaltprävention und kompetenzerweiternde Programme zur Beteiligung von Lehrern/Schulmitarbeitern, Schülern und Eltern an der Förderung sozialen Verantwortungsgefühls und sozial-emotionaler Kompetenzerweiterung (z. B. Bewältigung von Schwierigkeiten, Problemlösefähigkeiten, Hilfesuchverhalten) (144)

Aktuelle Situation bei der Suizidprävention

Mythen über Suizid

Mythos:

~~**Wenn ein Mensch einmal suizidal ist,
bleibt er immer suizidal.**~~

Tatsache:

Ein erhöhtes Suizidrisiko besteht häufig kurzfristig und ist situationsspezifisch. Obwohl Suizidgedanken zurückkehren können, sind sie nicht permanent vorhanden, und ein Mensch mit früheren Suizidgedanken und -versuchen kann noch lange leben.

Suizide sind weltweit ein zentrales Problem der öffentlichen Gesundheit, doch sie sind vermeidbar. Es ist zwingend erforderlich, dass noch mehr Regierungen – über ihren Gesundheits-, Sozialsektor und andere wichtige Sektoren – Human- und Finanzressourcen in die Suizidprävention investieren (145). Die Gesundheitsministerien spielen eine zentrale Rolle in den Bemühungen der Regierungen um Reduzierung der Suizidzahlen. Um die Zahl von Suiziden auf nationaler Ebene zu reduzieren, sind jedoch sektorenübergreifende effektive Bemühungen erforderlich. Deshalb tragen die Gesundheitsministerien die Verantwortung für die Steuerung des Engagements anderer Ministerien sowie von Akteuren außerhalb des Regierungssektors als Teil umfassender landesweiter Bemühungen.

Was ist bekannt, und was wurde bereits erreicht?

Das Wissen über suizidales Verhalten ist in den letzten Jahrzehnten enorm gewachsen. Deshalb lohnt es sich, einige Erfolge bei Forschung, Politik und Praxis zum Thema Suizid zu beleuchten.

Forschungsergebnisse

1. Erkenntnis der Multikausalität: Das Wechselspiel von biologischen, psychologischen, sozialen, milieubezogenen und kulturellen Faktoren beim Determinismus suizidalen Verhaltens ist inzwischen gut bekannt. Dass Komorbiditäten (z. B. psychische und Alkoholmissbrauchserkrankungen) zu erhöhtem Suizidrisiko beitragen, ist jetzt sowohl Wissenschaftlern als auch Klinikern bewusst.

2. Identifizierung von Risiko- und Schutzfaktoren: Viele Risiko- und Schutzfaktoren für suizidales Verhalten wurden durch epidemiologische Forschung sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch in vulnerablen Gruppen identifiziert (146). Das Wissen um psychologische Faktoren und verschiedene kognitive Mechanismen im Zusammenhang mit suizidalem Verhalten, z. B. Hoffnungslosigkeit, kognitive Starre, Gefühle der Ausweglosigkeit, eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit oder Impulsivität, sowie über die schützende Rolle sozialer Unterstützung und guter Bewältigungsmechanismen ist gestiegen.

3. Erkenntnis kultureller Unterschiede: Kulturelle Unterschiede bei den Suizid-Risikofaktoren sind inzwischen augenscheinlich. Dies zeigt sich besonders in der weniger starken Rolle psychischer Erkrankungen in Ländern wie China (12) und Indien (13). Es wächst

zunehmend die Erkenntnis, dass psychosoziale und kulturelle/traditionelle Faktoren eine sehr wichtige Rolle bei Suiziden spielen. Kultur kann jedoch auch ein Schutzfaktor sein; beispielsweise ist kulturelle Kontinuität (d. h. die Bewahrung traditioneller Identitäten) inzwischen ein wichtiger Schutzfaktor bei den Ersten Nationen und indigenen Gemeinschaften in Nordamerika (147).

Politische Ergebnisse

1. Nationale Strategien zur Suizidprävention: In den letzten Jahrzehnten und insbesondere seit dem Jahr 2000 wurde eine Reihe von nationalen Strategien zur Suizidprävention entwickelt. In 28 Ländern existieren bekanntermaßen nationale Strategien, die das Engagement dieser Länder für Suizidprävention demonstrieren.

2. Welttag der Suizidprävention: Die weltweite Anerkennung des Suizids als ein bedeutendes Problem der öffentlichen Gesundheit führte zur Einführung des *World Suicide Prevention Day* (Welttag der Suizidprävention) am 10. September 2003. Dieser Tag wird jedes Jahr am gleichen Tag begangen und von der *International Association for Suicide Prevention* (IASP, Internationale Vereinigung für Suizidprävention) organisiert und von der WHO gefördert. Dieser Tag hat zur Entwicklung von Kampagnen auf nationaler und lokaler Ebene als auch weltweit zur Sensibilisierung und Reduzierung des Stigmas beigetragen.

3. Weiterbildung zu suizidalem Verhalten und Suizidprävention: Auf akademischer Ebene wurden viele Suizidforschungsgruppen geschaffen sowie Kurse für Studenten und Doktoranden eingerichtet. In den letzten 15 Jahren fanden Schulungspakete zur Suizidprävention ebenfalls starke Verbreitung, mit speziellen Modulen für unterschiedliche Einrichtungen wie Schulen, Militäreinheiten und Gefängnisse.

Praktische Ergebnisse

1. Einsatz nicht-spezialisierter medizinischer Fachkräfte: Es wurden Leitlinien zur Erweiterung der Kapazitäten in der medizinischen Grundversorgung entwickelt, um Management und Beurteilung suizidalen Verhaltens durch Einbeziehung nicht-spezialisierter medizinischer Fachkräfte zu verbessern. Dies ist inzwischen ein wichtiger Faktor in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen, in denen die Ressourcen begrenzt sind (122, 148).

2. Selbsthilfegruppen: Die Gründung von Selbsthilfegruppen für Überlebende, sowohl Überlebende von Suizidversuchen als auch Hinterbliebene, hat seit 2000 in

bedeutendem Maße zugenommen (149).

3. Geschulte ehrenamtlich Tätige: Geschulte ehrenamtlich Tätige, die Online- und telefonische Beratung anbieten, sind eine wertvolle Quelle emotionaler Hilfe für Menschen in Krisensituationen (150). Besonders Krisentelefone haben internationale Anerkennung für ihren wichtigen Beitrag zur Unterstützung von Menschen in suizidalen Krisen erworben (151).

Was tun die Länder gegenwärtig im Hinblick auf Suizidprävention?

Im Jahr 2013 initiierten die IASP (*International Association for Suicide Prevention*, Internationale Vereinigung für Suizidprävention) und das Department of Mental Health and Substance Abuse (Abteilung für Psychische Gesundheit und Substanzmissbrauch) der WHO die IASP- und WHO-weite Umfrage zur Suizidprävention, um zu ermitteln, welche Informationen zu nationalen Strategien und Aktivitäten in diesem Bereich existieren. Es wurden Fragebögen

vorwiegend an Mitglieder der IASP in 157 Ländern gesendet, von denen aus 90 Ländern Antworten eintrafen (globale Antwortquote: 57 %). Nach WHO-Regionen gruppiert trafen Antworten aus 18 Ländern der Region Afrika, 17 der Region Nord-, Mittel- und Südamerika, 11 der Region Östliches Mittelmeer, 26 der Region Europa, 7 der Region Südostasien und 11 der Region Westpazifik ein. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist allerdings Vorsicht geboten, da sie nicht für alle Länder verallgemeinert werden können.

Nationale Reaktionen auf Suizid

In 55 (61 %) der Länder, von denen Antworten eintrafen, wurden Suizide als großes Problem der öffentlichen Gesundheit wahrgenommen. Innerhalb der verschiedenen WHO-Regionen variierte dies zwischen 20 (77 %) in der Region Europa und 2 (29 %) in der Region Südostasien.

In 28 (31 %) der Länder, von denen Antworten eintrafen, wurde von der Regierung eine umfassende nationale Strategie oder ein Aktionsplan verabschiedet (Tabelle 2). In der überwiegenden Mehrheit der Länder gibt es diese Entwicklung seit dem Jahre 2000.

Tabelle 2. Anzahl der Länder, von denen Antworten eintrafen, mit einer nationalen (bereits verabschiedeten oder in Entwicklung befindlichen) Strategie zur Suizidprävention

	Anzahl der Länder mit einer nationalen Strategie oder einem Aktionsplan	Anzahl der Länder, in denen eine nationale Strategie oder ein Aktionsplan derzeit entwickelt wird
Region Afrika	0	3
Region Nord-, Mittel- und Südamerika	8	2
Region Östliches Mittelmeer	0	1
Region Europa	13	5
Region Südostasien	2	0
Region Westpazifik	5	2
Gesamtzahl der Länder	28	13

In 48 Ländern (53 %) wurden Nichtregierungsorganisationen (NRO) als im Rahmen der Suizidprävention aktiv genannt. Innerhalb der Regionen schwankt dies zwischen 22 in der Region Europa und 1 in der Region Östliches Mittelmeer. In 20 (22 %) der Länder, von denen Antworten eintrafen, widmet sich ein nationales Zentrum oder ein Institut speziell der Suizidforschung und/oder -prävention. Nationale Zentren

sind am häufigsten in der Region Europa (10) und am seltensten in den Regionen Afrika und Östliches Mittelmeer (jeweils 1) anzutreffen.

Unter den Ländern, die nicht über eine nationale Strategie verfügen, wurden eine Reihe von Maßnahmen zur Suizidprävention in den 47 Ländern (52 %) durchgeführt, die diese spezielle Frage beantworteten (Tabelle 3).

Tabelle 3. Aktivitäten von Ländern, von denen Antworten eintrafen, die keine nationale Strategie zur Suizidprävention besitzen

Programmtyp	Merkmale	Anzahl der Länder
Nationales Programm	Ein Programm oder eine Initiative, das bzw. die mindestens einen Hauptbereich für Suizidprävention auf nationaler Ebene unter Leitung einer NRO oder akademischen Einrichtung adressiert.	7
Kontextspezifisches Programm	Mindestens eine umfassende facettenreiche Initiative zur Suizidprävention unter der Leitung einer Einrichtung, des privaten Sektors oder sonstiger Akteure.	9
Gestreutes Programm	Isolierte/gestreute Programme oder Aktivitäten, die mindestens einen Hauptbereich zur Suizidprävention auf subnationaler Ebene unter der Leitung von bundesstaatlichen, regionalen oder örtlichen Behörden angehen.	26
Integriertes Programm	Kein(e) spezifische(s) Einzelstrategie oder -programm; Suizidprävention ist jedoch in die Gesundheitsrichtlinien als Unterthema in einem anderen Bereich integriert (z. B. psychische Gesundheit, Alkohol, nichtübertragbare Krankheiten).	8

Schulung zur Beurteilung des Suizidrisikos und entsprechende Interventionen

In 34 (38 %) der Länder, von denen Antworten eintrafen, hatten große Teile der Fachleute für psychische Gesundheit die Gelegenheit zu einer Schulung über Suizidbeurteilung und entsprechende Interventionen. Dies reichte von 14 Ländern in der Region Europa bis zu 3 Ländern in der Region Afrika.

Allgemeinmediziner hatten Schulungsmöglichkeiten in 23 (26 %) der Länder, von denen Antworten eintrafen. Innerhalb dieser Regionen reichte dies von 9 Ländern in der Region Europa bis zu jeweils 1 Land in den Regionen Afrika und Westpazifik.

Eine Schulung über Suizidprävention für Angehörige von Nicht-Gesundheitsberufen – Ersthelfer, Lehrer oder Journalisten – war in 33 (37 %) der Länder, von denen Antworten eintrafen, möglich. Innerhalb der Regionen reichte dies von 15 Ländern in der Region Europa bis 0 in der Region Afrika.

Hilfegruppen für Suizid-Hinterbliebene

In 38 (42 %) der 90 Länder, von denen Antworten eintrafen, gab es Selbsthilfegruppen für Suizid-Hinterbliebene. Die Verfügbarkeit reichte von 20 Ländern in der Region Europa bis 0 in der Region Östliches Mittelmeer. In 25 (66 %) der 38 Länder wurden einige, jedoch nicht alle, Hilfegruppen von ausgebildeten Fachleuten geleitet, und in 9 (24 %) der 38 Länder wurden sämtliche Hilfegruppen von ausgebildeten Fachleuten geleitet.

Aktueller Gesetzesstatus von Suiziden in der gesamten Welt und Änderungsperspektiven

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts gab es in den meisten Ländern der Welt Gesetze, nach denen Personen, die einen Suizidversuch unternommen hatten, bestraft wurden, bis hin zur Gefängnisstrafe. In den letzten 50 Jahren hat sich jedoch die Situation bedeutend geändert. In den meisten, jedoch noch nicht in allen Ländern, wurde Suizid entkriminalisiert.

Von 192 unabhängigen Ländern und untersuchten Staaten (152) gibt es gegenwärtig noch in 25 spezielle Gesetze und Strafen für Suizidversuche. In weiteren 10 Ländern gilt die Scharia – in diesen Ländern stehen Suizidversuche

ebenfalls unter Strafe. Die gesetzlich festgelegten Strafen reichen von einer geringen Geldstrafe oder kurzzeitiger Festnahme bis zu lebenslanger Haft. Jedoch werden zurzeit in vielen Ländern, in denen solche Gesetze existieren, Menschen, die einen Suizidversuch unternommen haben, nicht strafrechtlich verfolgt. Die Komplexität der Situation wird durch die folgenden Beispiele aus verschiedenen Ländern illustriert:

- Personen, die einen Suizidversuch unternommen haben, werden durchweg festgenommen, jedoch beim ersten Versuch im Allgemeinen nicht strafrechtlich verfolgt und verlassen die Polizeistation, nachdem sie ernsthaft über die Folgen eines weiteren Versuches verwarnt wurden. Nach einem zweiten Versuch wird meist eine Haftstrafe verhängt.
- Personen, die einen Suizidversuch unternommen haben, werden durchweg festgenommen; eine Gruppe ehrenamtlicher Anwälte gibt ihnen Ratschläge, hilft ihnen, wieder freizukommen, und überweist sie zur Behandlung.
- Die Polizei nimmt Personen, die einen Suizidversuch unternommen haben, fallweise fest, die Richter lassen sie danach jedoch wieder frei.

Welche Auswirkungen hat die Entkriminalisierung?

Aus keinen Daten oder Fallberichten geht hervor, dass Entkriminalisierung zu einer höheren Zahl von Suiziden führt – das Gegenteil ist der Fall: Die Suizidrate nimmt nach der Entkriminalisierung in den entsprechenden Ländern tendenziell ab. Möglicherweise nimmt die Berichterstattung über Suizide nach der Entkriminalisierung zu, sobald die Angst vor erneuten Anschuldigungen nicht mehr vorhanden ist. Dadurch kann das tatsächliche Ausmaß des Problems genauer geschätzt werden. Wenn Suizid als kriminelle Handlung gilt, werden Suizidversuche oft verheimlicht, und Todesfälle durch Suizid werden nicht gemeldet. Dadurch entsteht der falsche Eindruck, dass suizidales Verhalten weniger häufig auftritt. Alle Länder sollten ihre Rechtsvorschriften in Bezug auf Suizid überprüfen, um zu gewährleisten, dass sie Betroffene nicht davon abhalten, Hilfe zu suchen.

**Engagement für eine
umfassende nationale
Strategie zur Suizidprävention**

Mythen über Suizid

Mythos:

~~**Nur Menschen mit psychischen
Erkrankungen sind suizidal.**~~

Tatsache:

**Suizidales Verhalten weist auf tiefe
Verzweiflung hin, jedoch nicht unbedingt auf
eine psychische Erkrankung. Viele Menschen
mit psychischen Erkrankungen zeigen kein
suizidales Verhalten, und nicht alle Menschen,
die sich das Leben nehmen, haben eine
psychische Erkrankung.**

Der Aufbau einer nationalen Strategie zur Suizidprävention ist eine Möglichkeit, die Aufgabe der Suizidprävention in einer Art und Weise zu bewältigen, die im Kontext eines Landes sinnvoll ist. Egal, wo ein Land hinsichtlich des Engagements und der Ressourcen für Suizidprävention steht – schon der Prozess des Aufbaus einer nationalen Strategie an sich kann die Prävention verbessern. Die Schaffung einer nationalen Strategie bietet eine Plattform zum Austausch für verschiedene Akteure bei der Suizidprävention und für deren Fachwissen, das sie durch einen partizipatorischen Ansatz einbringen. Das Ergebnis ist eine Bündelung von Akteuren aus der Regierung, aus Nichtregierungsorganisationen, aus dem Gesundheitswesen und aus anderen Sektoren, die ihren Beitrag zu landesspezifischen nationalen Langzeitstrategien leisten können, welche einem Modell für die öffentliche Gesundheit folgen. Viele Akteure, von Hilfgemeinschaften bis zu Anwaltsgruppen für vulnerable Bevölkerungsgruppen, sind bereits bei Maßnahmen zur Suizidprävention innerhalb der Länder aktiv. Die Gesundheitsministerien und nationale Politiker spielen eine wesentliche Rolle bei der Koordinierung dieses Prozesses, da eine konsequente Führung eindeutig definierte Absichten und Ziele gewährleistet.

Um effektiv zu sein, könnten nationale Ziele für die Suizidprävention auf folgende Aspekte ausgerichtet sein:

- Optimierung von Registrierung und Forschung
- Identifizierung und Ansprache vulnerabler Gruppen
- Verbesserung von Diagnostik und Management suizidalen Verhaltens
- Förderung milieubezogener und individueller Schutzfaktoren
- Schärfung des Bewusstseins durch Aufklärung der Öffentlichkeit
- Verbesserung sozialer Haltungen und Einstellungen sowie Beseitigung der Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen oder suizidalem Verhalten
- Reduzierung des Zugangs zu Suizid-Hilfsmitteln
- Ermutigung der Medien zur Übernahme besserer Richtlinien und Praktiken bei der Berichterstattung über Suizide sowie
- Unterstützung von Suizid-Hinterbliebenen

Außerdem sollten alle Länder ihre gesetzlichen Vorschriften in Bezug auf Suizide überprüfen, um zu gewährleisten, dass diese Vorschriften keine Barriere für die Suche nach Hilfe darstellen.

Das Fehlen einer vollentwickelten umfassenden nationalen Strategie sollte kein Hindernis für die Umsetzung gezielter Programme zur Suizidprävention sein, da diese zu einer nationalen Strategie beitragen können. Solche Programme zielen erstens auf die Identifizierung von Gruppen ab, die vulnerabel gegenüber Suizidrisiken sind, und verbessern zweitens den Zugang zu Hilfen und Ressourcen für diese Gruppen. Die Programme sollen das psychische Wohlbefinden fördern und Suizidrisiken verringern. Bei der Konzipierung von gezielten Programmen zur Suizidprävention ist es wichtig, die kulturelle Vielfalt zu berücksichtigen, technologische Vorteile zu nutzen sowie Präventionsschulung und Aufklärung für Gruppen einzubeziehen (153).

Die Evaluation einer gesamtnationalen Strategie ist wichtig und muss in sämtliche gezielten Präventionsprogramme und Interventionen integriert werden. Sie bleibt jedoch eine Herausforderung (154). Ressourcen und Kompetenzen bei der Programmevaluation sind in allen in die Suizidprävention einbezogenen Programmen begrenzt. Der Aufbau einer Infrastruktur für Schulung und Ausbildung zur Bewältigung dieser Herausforderung ist eine vorrangige Aufgabe, genau wie die Schaffung und Unterstützung von Möglichkeiten zum Informationsaustausch über Evaluationsmethoden.

Fallbeispiel: Japan – Suizidprävention angesichts des sozioökonomischen Wandels

Kontext

Im Jahr 1998 stieg die Zahl der Suizide in Japan von 24.391 des Vorjahres auf beachtliche 32.863. Im Zeitraum von 1978 bis 1997 betrug die jährliche Zahl von Suiziden im Durchschnitt ca. 25.000. Die meisten Menschen schrieben diese schnelle Zunahme soziökonomischen Problemen des Landes zu. Die gestiegene

Suizidrate war in allen Altersstufen zu beobachten, vor allem jedoch bei Männern im mittleren Alter. Trotz der allgemein anerkannten Risikofaktoren waren Suizide in Japan nach wie vor ein soziales Tabu. Sie wurden als persönliches Problem betrachtet, das nicht weitreichend oder öffentlich diskutiert wurde.

Antriebsfaktoren der Veränderung

Im Jahr 2000 begann sich die Situation zu ändern, als Kinder, die ihre Eltern durch Suizid verloren hatten, angingen, mit dem Tabu zu brechen, indem sie in den Medien über ihre Erfahrungen sprachen. Im Jahr 2002 hielt das Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Soziales einen „runden Tisch mit Experten über Maßnahmen zur Suizidprävention“ ab. Im anschließenden Bericht hieß es, Richtlinien zur Suizidprävention dürften nicht nur Probleme der psychischen Gesundheit intensiv in Angriff nehmen, sondern müssten auch eine facettenreiche Prüfung von psychologischen, sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Faktoren beinhalten. Jedoch wurde dieser Bericht nur als Empfehlung von Experten behandelt und fand keinen Niederschlag in aktuellen Richtlinien.

2005–2006 begann man, Suizide als „soziales Problem“ in Japan zu betrachten, dies führte zu konkreten Aktionen. Im Mai 2005 arbeitete die Nichtregierungsorganisation (NRO) LIFELINK mit einem Mitglied des Parlaments zusammen, um die Durchführung des ersten Forums zum Thema Suizid zu veranlassen. Auf dem Forum unterbreiteten LIFELINK und andere NRO dringliche Vorschläge zur umfassenden Suizidprävention. Der Minister für Gesundheit, Arbeit und Soziales, der an dem Forum teilnahm, versprach im Namen der Regierung, das Suizidproblem in Angriff zu nehmen. Dieses Versprechen fand breite Beachtung in den Medien.

Gesetzgebung

In der Folge wurde eine parteienübergreifende parlamentarische Gruppe zur Unterstützung der Erarbeitung von Richtlinien zur Suizidprävention gebildet. Gestützt durch eine Petition mit mehr als 100 000 Unterschriften, in der Gesetze zur Suizidprävention gefordert wurden, erhielt im Juni 2006 das Grundlagendokument für Suizidprävention in Japan Gesetzeskraft. Anschließend wechselte die treibende Kraft für Suizidprävention vom Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Soziales zum Amt des Premierministers, und Suizidprävention wurde zu einem übergreifenden politischen Anliegen der Regierung, das nicht mehr auf ein einzelnes Ministerium beschränkt war. Im Jahr 2007 wurden die „Hauptprinzipien der Suizidprävention“ erlassen, die auf die Verhinderung von Suiziden und die Unterstützung für Überlebende zielten. Dem zugrunde lag die Philosophie, dass Richtlinien zur Suizidprävention beim Aufbau einer Gesellschaft helfen würden, in der die Bürger ein sinnvolles Leben leben, und der Staat wurde mehrfach in die Pflicht genommen. Die Prinzipien des Grundlagendokuments widerspiegeln die Vorstellung, dass Aktivitäten zur Suizidprävention die Komplexität der Suizidfaktoren berücksichtigen und den Schwerpunkt nicht nur auf psychische Erkrankungen setzen sollten. Deshalb sollten Aktivitäten zur Suizidprävention die Prävention, die Intervention

und die Postvention umfassen, und die Akteure sollten eng zusammenarbeiten. Nach der globalen Wirtschaftskrise im Jahr 2008 sicherte die japanische Regierung 2009 die Finanzierung über den „Regionalfonds zur dringenden Stärkung einer umfassenden Suizidprävention“, kurz: den Regionalfonds, zu. Der Regionalfonds wurde hauptsächlich zur Verstärkung lokaler Aktivitäten zur Suizidprävention verwendet, einschließlich intensiver Aufklärungskampagnen für die Öffentlichkeit während des kritischen Monats März, einer Zeit, in der die gestiegene Suizidrate erkannt wurde. Im Jahr 2010 erklärte die Regierung den März zum „Monat der landesweiten Suizidprävention“. Sie führte ebenfalls Reformen zur Datenerfassung ein und gab der nationalen Polizeibehörde den Auftrag, monatlich genaue Suizidstatistiken auf kommunaler Ebene zu veröffentlichen. Dies vereinfachte die Förderung von Maßnahmen zur Suizidprävention im Einklang mit den lokalen Erfordernissen.

Im Jahr 2012 wurden die „Hauptprinzipien der Suizidprävention“ überarbeitet, um den Schwerpunkt auf junge Menschen und Menschen zu setzen, die bereits einen Suizidversuch unternommen haben.

Ergebnisse

Nach einer allmählichen Abnahme, die im Jahr 2009 begann, fiel die Zahl der Suizidfälle in Japan 2012 erstmals seit 1998 unter 30.000. Die Suizidrate bei jungen Menschen stieg weiterhin an und signalisierte die Notwendigkeit neuer gezielter Interventionen. Jedoch haben die Suizidraten bei Menschen im mittleren

Alter und alten Menschen abgenommen und führen zur Gesamtreduzierung. Die Daten der nationalen Polizeibehörde zeigten ebenfalls eine deutliche Abnahme von Suizidfällen in Verbindung mit wirtschaftlichen und existenziellen Problemen.

Wie können die Länder eine umfassende nationale Strategie schaffen, und welchen Nutzen hat sie?

Ein systematischer Weg zur Entwicklung einer landesweiten Vorgehensweise ist der Weg über die Schaffung einer nationalen Strategie zur Suizidprävention. Eine nationale Strategie weist auf das eindeutige Engagement einer Regierung hin, die Suizidproblematik zu priorisieren und sich ihm anzunehmen. Sie zeigt auch auf, was wichtige evidenzbasierte Aktivitäten zur Suizidprävention sind und welche priorisiert werden sollten. Eine Strategie erlaubt die transparente Identifizierung von Akteuren, die für spezielle Aufgaben verantwortlich sind, und zeigt Wege auf, um ihre Arbeit effektiv zu koordinieren (145).

Die explizite Einbeziehung und durchgängige Berücksichtigung der Suizidprävention innerhalb von anderen vorrangigen Gesundheitsprogrammen und -partnerschaften (z. B. HIV/AIDS, Gesundheit von Frauen und Kindern, nichtübertragbare Krankheiten und Global Health Workforce Alliance) sowie innerhalb der Richtlinien und Gesetze anderer wichtiger Sektoren (z. B. Sektoren in Verbindung mit Ausbildung, Beschäftigung, Behinderung, Rechtssystem, Schutz der Menschenrechte, sozialem Schutz, Verringerung der Armut und Entwicklung) sind wichtige Möglichkeiten zur Erfüllung der mehrdimensionalen Anforderungen einer Strategie zur Suizidprävention und zur Gewährleistung der Nachhaltigkeit.

Eine nationale Strategie muss nicht der Startpunkt für Suizidprävention sein. In vielen Ländern gibt es bereits Aktivitäten und Strategien. Eine nationale Strategie kann jedoch bei der Bereitstellung eines umfassenden Planes hilfreich sein. Regionen innerhalb eines Landes können anschließend den Plan auf der entsprechenden Ebene umsetzen.

Leitprinzipien für die Entwicklung und Umsetzung nationaler Strategien

Nach Beratung mit verschiedenen Fachleuten und mit technischer Unterstützung durch die WHO veröffentlichten die Vereinten Nationen das Dokument „Suizidprävention: Leitlinien zur Erarbeitung und Umsetzung nationaler Strategien“ (155). Dieses bahnbrechende Dokument betonte die Notwendigkeit von sektorübergreifender Zusammenarbeit, multidisziplinären Ansätzen sowie weiterer Evaluation und Prüfung.

Das Dokument der Vereinten Nationen unterstrich einige Aktivitäten und Ansätze zum Erreichen des Ziels nationaler Strategien. Seitdem wurde eine Reihe typischer Komponenten nationaler Strategien zur Suizidprävention entwickelt (Tabelle 4).

Als man begann, die Leitlinien der Vereinten Nationen zu erarbeiten, gab es nur in Finnland eine von der Regierung geförderte Initiative zur Entwicklung eines nationalen Rahmens und Programms zur Suizidprävention. Fünfzehn Jahre später arbeiten mehr als 25 Länder – mit hohen, mittleren und niedrigen Einkommen – nach nationalen (bzw. in einigen Fällen regionalen) Strategien zur Prävention suizidalen Verhaltens. Die meisten dieser Länder erkennen die Bedeutung der Leitlinien der Vereinten Nationen für die Entwicklung ihrer nationalen Strategien an.

Tabelle 4. Typische Komponenten nationaler Strategien

Komponente	Ziele
Überwachung	Erhöhung von Qualität und Aktualität nationaler Daten zu Suiziden und Suizidversuchen; Unterstützung des Aufbaus eines integrierten Datenerfassungssystems, mit dem vulnerable Gruppen, Personen und Situationen erkannt werden können.
Beschränkung des Zugangs zu Suizid-Hilfsmitteln	Reduzierung von Verfügbarkeit, Zugang und Reiz von Suizid-Hilfsmitteln (z. B. Pestiziden, Schusswaffen, hohen Bauwerken); Reduzierung der Toxizität/Letalität verfügbarer Hilfsmittel.
Medien	Förderung der Umsetzung von Medienleitlinien zur Unterstützung einer verantwortungsvollen Berichterstattung über Suizide in Druckmedien, Rundfunk und TV sowie sozialen Medien.
Zugang zu Diensten	Förderung des besseren Zugangs zu umfassenden Diensten für Personen, die vulnerabel für suizidales Verhalten sind; Entfernen von Barrieren für die Betreuung.
Schulung und Ausbildung	Weiterführung umfassender Schulungsprogramme für ermittelte Gatekeeper (z. B. medizinische Fachkräfte, Pädagogen, Polizisten): Verbesserung der Kompetenzen von Psychiatern/Psychologen und Hausärzten bei der Erkennung und Behandlung vulnerabler Personen.
Behandlung	Verbesserung der Qualität von klinischer Versorgung und evidenzbasierten klinischen Interventionen, vor allem bei Menschen, die nach einem Suizidversuch im Krankenhaus sind; Verbesserung von Erforschung und Evaluierung effektiver Interventionen.
Krisenintervention	Garantie, dass die Kommunen die Kapazitäten haben, mit entsprechenden Interventionen auf Krisen zu reagieren, und dass Menschen in einer Krisensituation Zugang zu psychischer Notfallversorgung haben, darunter per Krisentelefon oder Internet.
Postvention	Verbesserte Reaktion auf und Betreuung von Personen, die durch Suizid und Suizidversuche betroffen sind; Bereitstellung unterstützender und rehabilitativer Dienste für Personen, die einen Suizidversuch unternommen haben.
Bewusstsein	Durchführung von Aufklärungskampagnen für die Öffentlichkeit zur Unterstützung der Erkenntnis, dass Suizide vermeidbar sind; Verbesserung des öffentlichen und professionellen Zugangs zu Informationen über sämtliche Aspekte der Prävention suizidalen Verhaltens.
Reduzierung der Stigmatisierung	Förderung der Nutzung von Diensten zur psychischen Gesundheit und Diensten zur Verhinderung von Substanzmissbrauch und Suizid; Reduzierung der Diskriminierung von Menschen, die diese Dienste nutzen.
Aufsicht und Koordinierung	Einrichtung von Institutionen oder Vertretungen zur Förderung und Koordinierung von Forschung, Ausbildung und Versorgung in Hinsicht auf suizidales Verhalten. Stärken der Resonanz des Gesundheits- und Sozialsystems auf suizidales Verhalten.

Zu beachtende Schlüsselemente bei der Schaffung einer nationalen Strategie:

a) Suizidprävention zu einer sektorübergreifenden Priorität machen, unabhängig von den Ressourcen

Das übergreifende Ziel einer nationalen Strategie zur Suizidprävention ist die Förderung, Koordinierung und Unterstützung geeigneter sektorübergreifender Aktionspläne und Programme zur Verhinderung suizidalen Verhaltens auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene. Es sind Partnerschaften mit mehreren öffentlichen Sektoren (z. B. Gesundheit, Bildung, Beschäftigung, Rechtswesen, Unterbringung, Sozialfürsorge) und anderen Sektoren, einschließlich des privaten Sektors, entsprechend der speziellen Situation eines Landes erforderlich.

b) Auf Vielfalt ausgerichtet

Obwohl die vorhandenen nationalen Strategien ähnliche Komponenten besitzen, sind niemals zwei nationale Strategien identisch, zum Teil deshalb, weil sich das Suizidproblem in jedem Land anders darstellt. Suizide hängen von einer Reihe von Faktoren ab, und ihre Ausprägung wird vom sozialen und kulturellen Kontext beeinflusst. Während gemeinsame Risikofaktoren global ermittelt wurden, müssen die Ziele und Interventionen auf den speziellen Kontext zugeschnitten sein.

c) Anwendung bewährter Verfahren

Wenn man die Komponenten vorhandener nationaler Strategien näher betrachtet, zeigt sich, dass sie Zusammenstellungen einzelner evidenzbasierter Interventionen und bewährter Verfahren sind. Sie stellen insgesamt einen umfassenden Ansatz zur Thematisierung einer breiten Palette von Risiko- und Schutzfaktoren dar, welche in einem speziellen Land wirken. Entwicklung, Umsetzung und Evaluation von Pilotprojekten, gezielten Programmen und Aktionsschritten sind eine wesentliche Grundlage für die Entwicklung einer Strategie zur Suizidprävention.

d) Bereitstellung von Ressourcen (Geldmittel, Zeit, Arbeitskräfte)

Damit eine Strategie zur Suizidprävention koordiniert und umfassend ist, sollte sie spezielle Finanz- und Human-Ressourcen, einen Zeitrahmen für die Umsetzung sowie kurz- bis mittelfristige und langfristige Ziele besitzen. Die Entwicklung einer nationalen Strategie zur Suizidprävention erfordert ein finanziell nachhaltiges Modell zur Erfüllung der gewünschten Ziele. Ein logischer Rahmen ist eines von vielen Programmplanungs- und Evaluationswerkzeugen, das helfen kann, die Zusammenhänge zwischen dem zu lösenden Problem, den umzusetzenden Maßnahmen und den erwarteten Ergebnissen anzuzeigen.

e) Effektive Planung und Zusammenarbeit

Unabhängig von den Methoden, für die sich die Länder entscheiden, sollten Planung und Evaluation gemeinschaftlich erfolgen. Die Bildung einer nationalen Planungsgruppe ermöglicht den Akteuren, ihre zugrunde liegenden Annahmen anzusprechen, die benötigten Ressourcen und Investitionen zu ermitteln und die Aktivitäten zu planen, die zu den gewünschten Ergebnissen führen.

f) Nutzung der Evaluationsergebnisse und gemeinsame Nutzung gewonnener Erkenntnisse

Die Strategie zur Suizidprävention und ihre Komponenten sollten evaluiert und die Ergebnisse und gewonnenen Erkenntnisse sollten den entsprechenden Akteuren mitgeteilt werden. Evaluationsergebnisse können vermutlich besser genutzt werden, wenn sie mit entsprechenden Empfehlungen versehen auf bestimmte Zielgruppen zugeschnitten sind. Alle an der Evaluation beteiligten Personen sollten Rückmeldungen erhalten und bei Änderungen in der Umsetzung nach Erhalt der Evaluationsergebnisse unterstützt werden. Zur Verbreitung gehört auch die gemeinsame Nutzung von Ergebnissen und gewonnenen Erkenntnissen aus der Evaluation mit entsprechenden Zielgruppen – zeitnah, unverfälscht und konsistent. Die Berichtsstrategie sollte die vorgesehenen Anwender und andere Akteure berücksichtigen, und die bereitgestellten Informationen (z. B. Stil, Ton, Format) sollten der Zielgruppe angemessen sein.

Fallbeispiel: Chile – Start eines neuen Systems

Kontext

In den vergangenen 20 Jahren, und vor allem seit 2000 sind die Suizidraten in Chile relativ schnell angestiegen. Am höchsten sind die Raten unter älteren Männern, am meisten gestiegen sind sie bei jungen Menschen. Um auf diese Trends zu reagieren, wurden verschiedene Maßnahmen ergriffen:

1. Der Zugang zu psychischer Gesundheitsversorgung hat sich durch das neue Gesetz „Universelle Garantien bei der Gesundheitsversorgung“, das 2005 verabschiedet wurde, deutlich verbessert. Das Gesetz verbessert den Zugang zur Gesundheitsversorgung und deckt vier psychische Erkrankungen mit ab, von denen jede einen bedeutender Suizid-Risikofaktor darstellt.

2. Ein nationaler Plan zur Suizidprävention, dessen erster Entwurf aus dem Jahr 2007 stammt und der vor Kurzem offiziell bestätigt wurde, enthält von der WHO vorgeschlagene evidenzbasierte Präventionsstrategien. Im Einzelnen sind dies:

- regionale und nationale Erfassung sämtlicher Suizidfälle und Suizidversuche zur Festlegung des regionalen Risikoprofils und zum Monitoring der medizinischen Versorgungsleistungen;
- 15 regionale sektorübergreifende Präventionspläne, koordiniert durch die regionale Gesundheitsbehörde;
- Schulung der medizinischen Fachkräfte, vor allem der Hausärzte und Mitarbeiter in Notaufnahmen;
- Präventionsprogramme in Schulen mit Schwerpunkt auf Schutz des sozialen Umfeldes, Training des Selbstwertgefühls, lebenspraktische Fähigkeiten, Bewältigung von Krisensituationen sowie Entscheidungsfähigkeit;
- ein Krisenhilfesystem mit Krisentelefon, Website und einem Interventionsprogramm in jedem der 29 allgemeinen Gesundheitsdienste des Landes sowie
- ein Bildungsprogramm für die Medien, mit dem unangemessene Berichterstattung reduziert und das Bewusstsein der möglichen Schutzrolle der Medien gefördert werden soll.

Künftige Ziele

Die nationale Gesundheitsstrategie Chiles für 2001–2020 hat eine 10 %ige Verringerung der Suizidrate unter jungen Menschen zum Ziel.

Quelle: Mitteilung des Gesundheitsministeriums von Chile

Umsetzung einer nationalen Strategie zur Suizidprävention

Bei der Umsetzung einer nationalen Strategie zur Suizidprävention müssen Input, Output und damit im Zusammenhang stehende Ergebnisse bekannt sein, um die weiteren Schritte festzulegen. Je nach Schwerpunkt kann die Strategie landesweit geführt, aber auch lokal in die Tat umgesetzt werden. Beispiele für die ersten drei Elemente (Input, Output und Ergebnisse) des logischen Rahmens werden nachfolgend aufgeführt. Die Evaluation des Inputs, Outputs und der Ergebnisse wird ausführlicher im nächsten Abschnitt betrachtet.

Inputs

Ressourcen, Beiträge und Investitionen, die zur Ausführung von Maßnahmen benötigt werden, beispielsweise:

- eine Finanzierungsquelle und nachhaltige Finanzierung
- eine ausreichend Anzahl geschulter Mitarbeiter oder entsprechende Qualifizierung
- nachhaltige Führung und Zusammenarbeit
- kulturell relevante, evidenzbasierte Präventionsprogramme
- Datenzugriff
- feststehende Partner für die Umsetzung sowie
- politischer Wille

Outputs

Maßnahmen, Produkte und Dienste, welche die Zielgruppen erreichen, beispielsweise:

- Schulungsprogramme für Gatekeeper
- öffentliche Aufklärungskampagnen
- Zugang zur medizinischen Versorgung
- kommunale Programme und Krisentelefone
- Behandlungsprogramme und Programme zur kontinuierlichen medizinischen Versorgung
- Nachsorge
- Interventionen zur Beschränkung des Zugangs zu Suizid-Hilfsmitteln
- Medienleitlinien sowie
- Umsetzung von Richtlinien

Endergebnisse

Veränderungen, Ergebnisse und Vorteile oder andere Outputs, die infolge der durchgeführten Aktivitäten für Individuen, Gruppen, Organisationen, Kommunen und/oder Systeme, erreicht wurden. Spezielle Endergebnisse sollten als kurzfristig, mittelfristig oder langfristig kategorisiert werden und messbar sein, beispielsweise:

- Anzahl von Suiziden und Suizidversuchen
- Anzahl der geschulten oder anderweitig individuell beeinflussten Aktivitäten
- Öffnungszeiten verfügbarer Dienste
- Anzahl behandelter Personen
- Maßnahmen, die eine Abnahme spürbarer Stigmatisierung von Hilfesuchenden widerspiegeln
- Verbesserung bei der Bereitstellung von Diensten für psychische Gesundheit
- psychische Gesundheit, Wohlbefinden oder Verbundenheit
- Maßnahmen, die eine Kosteneffizienz widerspiegeln, sowie
- reduzierte Raten von Krankenhauseinweisungen aufgrund von Suizidversuchen

Die Bedeutung von Daten

Bei der Umsetzung einer nationalen Strategie muss das Problem, das gelöst, verringert, geändert oder verhindert werden soll, erst einmal erkannt werden. Erfassung bezieht sich auf die systematische Sammlung von endergebnisspezifischen Daten (vor allem zu Suiziden und Suizidversuchen) „... zur Nutzung bei der Planung, Umsetzung und Evaluation von Praktiken der öffentlichen Gesundheit“ (156). Viele Länder haben keine oder bestenfalls nur sehr einfache Erfassungssysteme, die regelmäßig erfasste Routinedaten zu Suiziden liefern. Diese können programmatische Ziele für Interventionen und die Entwicklung von politischen Zielen bedienen. Bezeichnenderweise kennen viele Länder nicht die bei Suiziden hauptsächlich verwendeten Methoden oder den Anteil aller Suizide, bei denen vorher ein Suizidversuch erfolgte. Die Messung (oder nicht erfolgende Messung) des Erfolgs von Bemühungen zur Reduzierung von Suiziden und Suizidversuchen oder die Auswirkung von Suiziden auf die Gesellschaft im Allgemeinen erfordert den Zugang zu reliablen und validen Daten (siehe auch Box 9). Eine Qualitätsverbesserung hängt davon ab, ob Daten zum Zeitpunkt einer notwendigen Verbesserung vorliegen.

Anpassung von Programmen für die Umsetzung

Häufig sind Programme vorhanden, die erweitert oder angepasst werden können, um den Zielgruppen und den in einer nationalen Strategie festgelegten Endergebnissen zu entsprechen. Bei anderen Gelegenheiten müssen neue Programme entwickelt und umgesetzt werden. Der Kontext jedes Landes und sein Herangehen an die Suizidprävention müssen berücksichtigt werden. Wenn beispielsweise die Daten hohe Suizidraten unter jungen Menschen spezieller kultureller Gruppen innerhalb eines Landes ausweisen, muss die nationale Strategie mit Schwerpunkt auf junge Menschen umgesetzt werden. Es gibt keine Patentlösung für Suizidprävention; es kann nicht erwartet werden, dass Interventionen, die in einem Land oder einer Region funktionieren, in einem

anderen Land ohne Berücksichtigung des Kontextes und Anpassung der Intervention an den entsprechenden Zweck ebenfalls effektiv funktionieren.

Priorisierung

Angesichts der finanziellen Situation in den meisten Ländern müssen die einzelnen Ebenen von Mehr-Ebenen-Strategien zur Suizidprävention vermutlich phasenweise umgesetzt werden. Es ist wichtig, die Prioritäten eines Landes zu definieren, um die begrenzten Ressourcen, einschließlich Finanz- und Human-Ressourcen, bestmöglich zu nutzen. Eine Situationsanalyse des Bedarfs der Sektoren an Personal, Führung und/oder Zusammenarbeit ist für die Umsetzung einer Strategie unerlässlich. Insbesondere für Länder mit eingeschränkten Ressourcen ist es zwingend erforderlich, die besten Möglichkeiten für sofortige Maßnahmen auf der Grundlage vorhandener Programme oder von Programmen, die leicht angepasst werden können, zu erkennen. Länder, die kurzfristige Ziele bei der Suizidprävention erreicht haben, besitzen möglicherweise die Ressourcen, um sich allmählich auf langfristige systemische Änderungen zu konzentrieren.

Herausforderungen bei der Umsetzung

Die Umsetzung einer nationalen Strategie zur Suizidprävention erfordert oftmals Änderungen in der Vorgehensweise von Einzelpersonen und ihren Organisationen. Herausforderungen beim Erreichen von Änderungen hängen vom Kontext ab, können jedoch folgende Aspekte beinhalten (157):

- begrenztes Wissen der Akteure, wie sie anders arbeiten müssten, um evidenzbasiert zu agieren;
- persönliche Einstellungen, Haltungen und Erkenntnisse in Hinblick auf die Veränderung sowie erkannte Risiken und Nutzen;
- individuelle Kompetenzen und Kapazitäten zu praktischen Änderungen;
- schlechte Führung und Zusammenarbeit;
- praktische Hindernisse, z. B. Fehlen von Ressourcen, Geräten oder Personal;
- politisches oder soziales Umfeld.

Potenzielle Hindernisse müssen erkannt und beseitigt werden. Ein partizipatives, konsultatives Herangehen mit Beteiligung der und Rückmeldung an die Akteure verringert die Hindernisse auf individueller Ebene. Schulung in neuen Fertigkeiten und Kompetenzen sollte ein wesentlicher Teil jeder nationalen Strategie sein.

Fallbeispiel: Schweiz – Reflexion der Vielfalt

Hintergrund

Die Suizidraten in der Schweiz liegen im mittleren Bereich, verglichen mit anderen europäischen Ländern: Im Jahr 2011 starben in der Schweiz 1034 Menschen durch Suizid. Die Schweiz hat eine föderale Struktur, wobei sich das Schweizer Bundesamt für Gesundheit um übergreifende Aspekte wie Krankenversicherung und Gesundheitsinformationen kümmert. Für die Suizidprävention sind in erster Linie die 26 Kantone verantwortlich, wodurch die Koordinierung einer nationalen Gesamtstrategie zu einer Herausforderung wird. Trotzdem hatten Aktivitäten auf dem Gebiet der Suizidprävention, z. B. die Strategie zur Suizidprävention 2010 – 2015 im Kanton Zug, auf Kantonebene Erfolg. Beispiele für Fortschritte bei der Suizidprävention in den Schweizer Kantonen:

- Projekte zur Reduzierung des Zugangs zu Suizid-Hilfsmitteln
- Beobachtung der Medienberichterstattung
- Registrierung
- kurzfristige Interventionen und Nachbetreuung von Menschen, die einen Suizidversuch unternommen haben
- Schulung von Gatekeepern
- Maßnahmen zur Steigerung des Bewusstseins anlässlich des Welttags für Suizidprävention
- Selbsthilfegruppen für Hinterbliebene
- Krisentelefone

Herausforderungen eines föderalen Staates

Trotz des Erfolges der Maßnahmen zur Suizidprävention und der Strategien auf lokaler Ebene bleibt die mangelnde nationale Koordinierung eine Herausforderung für die Kantone. Dies kann zu folgenden Problemen führen:

- fehlende Möglichkeit der gemeinsamen Nutzung bewährter Verfahren und der Möglichkeit für die Kantone, voneinander zu lernen;
- mangelnde nationale Koordinierung bei der Vergabe von Ressourcen und Kontrolle ihres Einsatzes;
- Ungleichgewicht zwischen den Kantonen, da sie möglicherweise nicht über die gleichen Ressourcen und Maßnahmen verfügen, weil Interventionen zur Suizidprävention von der Motivation jedes Kantons gesteuert werden.

Herausforderungen eines föderalen Staates

Seit 2011 ist der politische Druck, bei der Suizidprävention aktiv zu werden, auf nationaler Ebene gewachsen. Durch das Parlament wurde ein Antrag angenommen, die Föderation (bzw. das Schweizer Bundesbüro für Gesundheit) mit der Entwicklung eines Aktionsplans zur Suizidprävention zu beauftragen. Alle Akteure (Kantone, Nichtregierungsorganisationen usw.) müssen in diesen Prozess einbezogen und die gesetzliche Grundlage muss geschaffen werden.

Quelle: Mitteilung des Bundesamtes für Gesundheit, Schweiz

Wie kann der Fortschritt bei der Evaluation einer nationalen Strategie zur Suizidprävention verfolgt werden?

Die Evaluation ist integraler Bestandteil jeder nationalen Strategie zur Suizidprävention und kann folgendermaßen einen Beitrag leisten:

Wissensvermittlung: Durch die Evaluation erhalten die Akteure wichtige Informationen über den Fortschritt der Strategie sowie über ihre Stärken und Schwächen. Diese Informationen können zur Überprüfung der Strategie beim Erreichen kurz-, mittel- und langfristiger Ziele verwendet werden und sind eine Grundlage für erforderliche Veränderungen sowie für die Lenkung der künftigen Planung und Ressourcenvergabe (158).

Planung und Management: Die Evaluation bietet Möglichkeiten zur Verbesserung von Planung und Management von Maßnahmen der nationalen Strategie und ihrer Komponenten. Sie ermöglicht die Entwicklung eindeutiger ergebnisorientierter Pläne und integrativer Partnerschaften sowie von Systemen zur Datenerfassung und Rückmeldung, die den Lernprozess und die ständige Verbesserung stimulieren (154).

Rechenschaftspflicht: Die Evaluation ist ein Werkzeug zum Nachweis der Rechenschaftspflicht gegenüber Geldgebern, dem Gesetzgeber und der allgemeinen Öffentlichkeit. Sie trägt dazu

bei, dass die effektivste Herangehensweise definitiv beibehalten wird und keine Ressourcen für ineffektive Programme verschwendet werden (158).

Viele nationale Strategien umfassen einen festgelegten Zeitrahmen von 5 bis 10 Jahren und enthalten eine Vielzahl von Zielen und Maßnahmen. Es ist möglich, dass im Laufe dieser Jahre bestimmte geplante und vorgesehene Interventionen nicht umgesetzt werden oder nicht nachhaltig sind. Wenn eine nationale Strategie nicht zur Reduzierung von suizidalem Verhalten, Abschwächung von Risikofaktoren und Stärkung von Schutzfaktoren führt, muss unbedingt ermittelt werden, ob dies auf Fehler bei der Umsetzung zurückzuführen ist.

Während die Zahl der Länder steigt, die nationale Strategien zur Suizidprävention entwickeln und umsetzen, sind systematische und umfassende Evaluationen begrenzt (159, 160, 161). Evaluationen der Effektivität nationaler Strategien zur Suizidprävention ergeben inkonsistente Ergebnisse. In einigen Ländern zeigt sich eine deutliche Reduzierung der Suizidraten bei der Gesamtbevölkerung (z. B. Finnland, Schottland), bei anderen Ländern (z. B. Australien, Norwegen, Schweden) ist die Wirkung begrenzt (159, 162). Bei der Interpretation der Evaluationsergebnisse ist jedoch Vorsicht geboten, da die Qualität der Informationen zur Umsetzung von Maßnahmen eingeschränkt ist. Analysen von Veränderungen der Suizidraten bzw. der Risiko- und Schutzfaktoren variieren zwischen den Ländern ebenfalls stark und erschweren Vergleiche.

Fallbeispiel: Schottland – eine umfassende sektorübergreifende Strategie

Initiative

Im Jahre 2002 wurden eine nationale Strategie und ein Aktionsplan zur Suizidprävention unter der Bezeichnung *Choose Life* mit dem Ziel gestartet, die Suizidrate in Schottland bis 2013 um 20 % zu senken. In Schottland war die Suizidrate gestiegen, vor allem bei Männern, und betrug 2001 27 pro 100.000 Personen (die Rate bei Frauen betrug 9 pro 100.000 Personen). Entwicklung und Umsetzung von *Choose Life* erfolgten im Rahmen eines nationalen Programms für öffentliche psychische Gesundheit, das Teil eines umfangreicheren politischen Engagements in Schottland zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, zur Förderung sozialer Gerechtigkeit und zur Beseitigung von Ungleichheiten war. Dadurch war es möglich, Maßnahmen zur Suizidprävention in einem breiteren Rahmen politischer Ziele und Initiativen durchzuführen, die alle das übergreifende Ziel einer Verbesserung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung verfolgten.

Es wurde ein nationales Netzwerk geschaffen mit Vertretern von örtlichen Räten, der Polizei, ambulanten Behandlungsstellen,

Unfall- und Notfalldiensten, Gefängnisdiensten sowie wichtigen Nichtregierungsorganisationen. Außerdem wurde ein nationales Schulungs- und Qualifizierungsprogramm eingeführt. Es wurde ein Umsetzungsplan entwickelt, der sich auf die Bereiche von 32 Verwaltungsbezirken konzentrierte, wobei der Schwerpunkt jedes lokalen Plans auf drei Hauptzielen lag:

- Ausführung einer koordinierten Aktion zur Suizidprävention übergreifend über Gesundheitsdienste, Sozialdienste, Bildungsträger, Wohnungsverwaltungen sowie Fürsorge- und Beschäftigungsdienste;
- Entwicklung multiprofessioneller Schulungsprogramme zur Qualifizierung der Teilnehmer für die Unterstützung der Suizidprävention;
- Finanzielle Unterstützung für kommunale und nachbarschaftliche Interventionen.

Zwischen 2002 und 2006 investierte die schottische Regierung 20,4 Mio. GBP in die Umsetzung der Strategie *Choose Life*.

Ergebnisse

Im Jahr 2006 erfolgte eine unabhängige Prozessevaluation und Bewertung der Zwischenergebnisse für die erste Phase der Strategieumsetzung. Die Evaluation ergab, dass bei vielen wichtigen Punkten bedeutende Fortschritte erzielt wurden, jedoch noch mehr Akzent auf Nachhaltigkeit durch weitere Einbeziehung von Zielen der Strategie *Choose Life* in andere nationale politische Strömungen gesetzt werden muss. Die Evaluation betonte auch die Notwendigkeit gezielter Maßnah-

men, z. B. verbesserte Integration klinischer Dienste, einschließlich Diensten zur Behandlung von Substanzmissbrauch, auf nationaler Ebene. Über den Zeitraum 2000–2002 bis 2010–2012 fiel die Suizidrate in Schottland um 18 %. Die Evaluation von *Choose Life* wurde 2012 abgeschlossen; es lässt sich jedoch schwer bestimmen, ob die Abnahme auf das Programm als Ganzes oder nur auf einzelne Elemente davon zurückzuführen ist.

Quelle: Strategie zur Suizidprävention 2013–2016 der schottischen Regierung (2013)

Herausforderungen bei der Evaluation

Die Evaluation einer nationalen Strategie zur Suizidprävention findet nicht in einem Vakuum statt, sondern wird durch Einschränkungen der realen Welt beeinflusst (158). Evaluationen müssen praktisch und machbar sein und in den ressourcenmäßigen und zeitlichen Grenzen sowie im politischen, sozialen und ökonomischen Kontext eines Landes erfolgen. So etwas wie die einzig richtige Evaluation gibt es nicht, sondern im Verlauf einer Strategie können mehrere Evaluationen angemessen sein. Die suizidpräventiven Bemühungen verschiedener Staaten/Gebiete und Kommunen hinsichtlich ihrer regionalen Unterschiede miteinander zu vergleichen, kann wertvolle Erkenntnisse über die effizientesten und effektivsten Implementierungsstrukturen liefern (163). In Ländern, in denen suizidales Verhalten immer noch als illegal gilt und vom sozialen und religiösen Standpunkt nicht akzeptiert wird, werden Umsetzung und Evaluation von Strategien zur Suizidprävention durch ein hohes Maß an Stigmatisierung suizidalen Verhaltens und das Fehlen von genauen Suizid-Mortalitätsdaten erschwert (164, 165).

Eine Hauptsorge bei der Konzipierung eines Evaluationsplans ist die Schwierigkeit, festgestellte Endergebnisse oder Auswirkungen der Präventionsstrategie zuzuschreiben, da viele andere Faktoren die Suizidraten und anderen Indikatoren beeinflussen könnten (166). So können beispielsweise ein gestiegenes Bewusstsein und verbesserte Daten zu mehr und

genaueren Informationen über Suizide führen, die früher nicht vorlagen. Dies wiederum könnte zu scheinbar höheren Suizidraten führen (159, 167). Außerdem können große Veränderungen wie eine Wirtschaftskrise negative Auswirkungen auf Gesundheit und Suizidverhalten der Bevölkerung haben, weil beispielsweise weniger finanzielle Kapazitäten vorhanden sind, um diese Probleme zu lösen. Folglich ist das Verständnis des Kontextes einer Strategie (Geschichte, Organisation sowie das breitere politische und soziale Umfeld) wesentlich und verbessert die Erarbeitung und Durchführung von Evaluationen (154).

Bei der gründlichen Evaluation vielversprechender Strategien zur Suizidprävention besteht noch eine Lücke. Viele neue und innovative Interventionen werden zwar international zur Kenntnis genommen und umgesetzt, müssen jedoch noch evaluiert werden. Dies ist schwierig besonders für Länder mit niedrigem Einkommen, die u. U. wertvolle Erkenntnisse bei der Umsetzung der Suizidprävention gewonnen haben, welche wegen fehlender Daten wieder verloren gehen. Das Ergebnis ist eine Abweichung von Interventionen und Empfehlungen von Ländern mit einem aktiven akademischen Sektor. Zunehmende Evaluationen, vor allem in Ländern mit niedrigem Einkommen, könnten diese entscheidende Lücke schließen.

Kosten und Kosteneffizienz von Bemühungen um Suizidprävention

Es ist wichtig, in die Evaluation eine Bewertung der Kosten und Ressourcen einzubauen, die für die Umsetzung von Interventionen in verschiedenen Umfeldern, Kulturen und Kontexten erforderlich sind, sowie qualitative Informationen einzubeziehen. Dies bezieht sich sowohl auf Erfolgsfaktoren als auch Hindernisse, die bei der Umsetzung eine Rolle spielen (168). Ökonomische Evaluationen, die Probleme von Kontext und Umsetzung berücksichtigen, können hilfreich sein bei der Bestimmung, ob Interventionen, die in einem Land effektiv und kosteneffizient sind, auch in anderen Ländern umsetzbar sind. In Ländern mit beschränkten Ressourcen kann die Beurteilung der Kosteneffizienz bei der bestmöglichen Vergabe der Ressourcen hilfreich sein.

Außer dem Nachweis der Effizienz oder Auswirkung von Suizidpräventionsstrategien benötigen Gesundheitsplaner und Entscheidungsträger Informationen zu den erwarteten Kosten der Umsetzung sowie zur Kosteneffizienz, damit diese Strategien tatsächlich ein gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis besitzen. So ließ eine Wirtschaftsstudie zur Autointoxikation in Sri Lanka die Schätzung zu, dass die zur Behandlung benötigten Ressourcen in diesem Land im Jahr 2004 866.000 USD betragen würden (jeder Behandlungsfall würde im Durchschnitt 32 USD kosten) (169).

Global besteht ein Mangel an soliden Wirtschaftsstudien, um Strategen und Politiker über die Budgetanforderungen und Renditen im Zusammenhang mit Suizidpräventionsbemühungen zu informieren (168). Eine kürzlich erfolgte WHO-Prüfung von Strategien zur Suizidprävention, welche die Kosten als Interessenparameter enthielt, ergab, dass zwei Drittel der als effektiv oder vielversprechend eingeschätzten Strategien als kostengünstig kategorisiert wurden und die niedrigen Kosten außerdem in enger Verbindung zu universellen oder selektiven (allerdings nicht zu indizierten) Präventionsansätzen standen (40).

Die Aufnahme einer ökonomischen Komponente in finanzierte klinische Studien in einigen Ländern führte zum Nachweis der Kosteneffizienz bestimmter Strategien, z. B. die Online-Selbsthilfe zur Reduzierung von Suizidgedanken in den Niederlanden (170) oder die kognitive Verhaltenstherapie für Personen mit einer Vorgeschichte von Selbstverletzung in Großbritannien (171). Andere Wirtschaftsstudien verwendeten einen Modellansatz zur Einschätzung der im Verlauf der Zeit erwarteten Kosten und Vorteile, z. B. das australische Projekt Assessing Cost-Effectiveness (ACE) in Prevention

der Kosteneffizienz bei der Prävention, bei dem die Kosteneffizienz verschiedener Interventionen verglichen wurde, beispielsweise (172):

- Reduzierung des Zugangs zu Suizid-Hilfsmitteln durch überarbeitete Gesetzgebung zum Waffenbesitz (Kostensparnis von über 50.000 australischen Dollar für jedes zusätzliche gesunde Lebensjahr),
- Leitlinien für verantwortungsvollere Berichterstattung durch die Medien (Kostensparnis von 27.000 australischen Dollar für jedes zusätzliche gesunde Lebensjahr, solange mindestens ein Suizid verhindert wird)¹.

Solche Studien sind gute Beispiele dafür, wie Wirtschaftsanalysen durchgeführt werden und wie sie nationale Strategien zur Suizidprävention prägen können.

¹ Ein gesundes Lebensjahr entspricht einem Jahr in voller Gesundheit, frei von Behinderung oder Erkrankung.

Zukunftsaussichten der Suizidprävention

Mythen über Suizid

Mythos:

~~über Suizid zu sprechen, ist keine gute Idee und kann als Ermutigung verstanden werden.~~

Tatsache:

Angesichts der verbreiteten Stigmatisierung von Suiziden wissen die meisten Menschen, die einen Suizid in Erwägung ziehen, nicht, mit wem sie sprechen könnten. Offen über Suizid zu sprechen, ermutigt nicht zu suizidalem Verhalten, sondern kann einem anderen Menschen andere Möglichkeiten aufzeigen oder die Zeit geben, noch einmal über seinen Entschluss nachzudenken. So kann ein Suizid verhindert werden.

Was kann getan und wer muss einbezogen werden?

Damit Prävention möglich ist, muss gehandelt werden. Ansätze zur Suizidprävention wurden möglich, als Kommunen und Länder ihre Haltung zum Thema Suizid änderten. Die Stigmatisierung des Hilfesuchverhaltens bei Suiziden ist inzwischen in vielen Kontexten reduziert. Jetzt besteht die Herausforderung für Politiker und andere Akteure darin, sich des wachsenden öffentlichen Dialogs über das Thema Suizid anzunehmen und im entsprechenden Umfeld eine Strategie umzusetzen. Vor vielen Ländern liegt noch ein weiter Weg, und es sind immer noch bedeutende Hindernisse für die Umsetzung von Strategien zur Suizidprävention vorhanden. Dieser Abschnitt des Berichts soll diesen Ländern Wege aufzeigen, um weiter voranzukommen, unabhängig davon, wo sie sich gegenwärtig auf ihrem Weg in Richtung Suizidprävention befinden.

Auf dem Weg vorankommen

Die Gesundheitsminister müssen eine wichtige Rolle bei der Leitung und der Zusammenführung von Akteuren anderer Sektoren in ihrem Land spielen. Sie können die sektorenübergreifende Koordinierung unterstützen – z. B. der Bereiche Bildung, öffentliche Medien, Rechtswesen, Beschäftigung, Soziales, Religion, Verkehr und Landwirtschaft. Sie können Sektoren effektiv in Maßnahmen zur Suizidprävention einbeziehen, für welche die aktuelle Wissensbasis über Prävention genutzt wird. Auf dieser Beteiligung kann anschließend aufgebaut werden.

Die Maßnahmen, die ein Land als Nächstes ergreifen sollte, hängen davon ab, wo sich das Land auf dem Weg zur Suizidprävention befindet. Tabelle 5 enthält Beispiele für strategische Maßnahmen, welche die Länder ergreifen können, um bei der Suizidprävention auf Basis der besten vorhandenen Evidenz, wie im Bericht beschrieben, voranzukommen. Die Tabelle zeigt die Spannweite aktueller Maßnahmen und Optionen für präventive Maßnahmen, die in verschiedenen strategischen Bereichen berücksichtigt werden können.

Länder, die noch keine aktuellen Maßnahmen vorweisen können

In Ländern, in denen noch keine Maßnahmen zur Suizidprävention stattfinden, liegt der Schwerpunkt auf dem Handeln. Diese Länder können Akteure ausfindig machen und ggf. dort Maßnahmen entwickeln, wo sie am dringendsten

benötigt werden oder wo bereits Ressourcen vorhanden sind. Dabei sowie bei der Situationsanalyse könnten sie feststellen, dass bestimmte kommunale Gruppen bereits mit kleineren Aktivitäten zur Suizidprävention beschäftigt sind. Solche Gruppen benötigen häufig weitere Unterstützung, um ihre Aktivitäten auszuweiten. Dies kann durch weitere Kooperation erreicht werden. Außerdem muss in dieser Phase unbedingt die Erfassung verbessert werden. Dies können die Länder gleichzeitig mit, und nicht auf Kosten, der Initiierung wichtiger Interventionen zur Suizidprävention tun.

Länder, die einige Maßnahmen vorweisen können

Für Länder, in denen es bereits einige Maßnahmen zur Suizidprävention gibt, kann es sinnvoll sein, sich zuerst auf die Konsolidierung zu konzentrieren und dafür eine Situationsanalyse vorzunehmen. Diese Länder können Lücken in den Diensten erkennen und in Richtung einer umfassenden nationalen Strategie arbeiten, indem sie sämtliche Akteure identifizieren und zusammenführen sowie Rollen und Verantwortlichkeiten innerhalb der nationalen Strategie übertragen. Besondere Aufmerksamkeit kann dem Kontext und vulnerablen Gruppen gewidmet werden. Risikofaktoren können dabei entsprechend priorisiert werden.

Länder, die eine nationale Strategie vorweisen können

Bei Ländern, die bereits eine relativ umfassende nationale Strategie besitzen, kann der Schwerpunkt auf Evaluation und Verbesserung liegen. Während die Evaluation auch für die ständige Verbesserung in früheren Phasen wichtig ist, können in dieser Phase häufig mehr Ressourcen für tieferegehende Evaluationen vorhanden sein. Der Schwerpunkt für diese Länder liegt auf der rechtzeitigen Einbeziehung neuer Daten und der Gewährleistung einer Verbesserung der nationalen Strategie in Bezug auf Effektivität und Effizienz.

Wirksame Suizidprävention erfordert ständiges Lernen und Handeln. Die Gesundheitsminister und andere führende Akteure bei der Suizidprävention können von regelmäßigen Bemühungen um Darstellung der Fortschritte und Erwägung der nächsten Schritte profitieren. Die Messung des Fortschritts kann mittels SWOT-Analyse (Strengths [Stärken], Weaknesses [Schwächen], Opportunities [Chancen] und Threats [Gefahren]) oder einer anderen Situationsanalyse erfolgen (siehe Box 8). Gute Situationsanalysen können zur Identifizierung von Stärken dienen, die ausgebaut werden können, von Schwächen, die beseitigt werden müssen, von Chancen, die wahrgenommen werden sollten, und von Gefahren, denen begegnet werden muss.

Box 8.

Durchführung einer Situationsanalyse SWOT-Beispiel

Kontinuierlicher Fortschritt bei der Suizidprävention erfordert Engagement sowie laufende Berücksichtigung der vorliegenden Ergebnisse und der möglichen nächsten Schritte. Die Gesundheitsminister und andere führende Akteure bei der Suizidprävention können von regelmäßigen Situationsanalysen des Status der Bemühungen um Suizidprävention im Land profitieren. Es gibt verschiedene Modelle für Situationsanalysen, und es ist wichtig, eine Analyse auszuwählen, die bekannt ist und den lokalen Bedürfnissen entspricht. Ein relativ unkomplizierter Ansatz ist die SWOT-Analyse, ein

Planungswerkzeug, mit dem Ziele abgesteckt und Schritte festgelegt werden können, die notwendig sind, um diese Ziele zu erreichen. Die SWOT-Analyse beruht auf der Beantwortung von Fragen zu den Stärken (Strengths), Schwächen (Weaknesses), Chancen (Opportunities) und Gefahren (Threats) bei der Suizidprävention. Bei einer Situationsanalyse mit SWOT oder anderen Modellen ist es wichtig, die vorhandenen Ressourcen, den politischen Willen, die Möglichkeiten für Politik und Gesetzgebung sowie sektorenübergreifende Partnerschaften zu berücksichtigen.

Beispiel einer SWOT-Analyse für die Datenerfassung:

Stärken	Schwächen	Chancen	Gefahren
Vorliegen nationaler Daten zur Suizidmortalität	Fehlen von Daten zu Suizidversuchen	Bildungsminister schlägt vor, Fragen zu suizidalem Verhalten in der nächsten nationalen Untersuchung zum Drogenkonsum von Oberschülern hinzuzufügen	Benötigte Ressourcen für Analyse und Weiterleitung der Ergebnisse; Partnerschaften mit Wissenschaftlern und Medien sind begrenzt

Tabelle 5 zeigt Bereiche für strategische Maßnahmen. Diese erfassen das Engagement entsprechender Akteure, die innerhalb ihres eigenen Sektors oder sektorübergreifend arbeiten, um die Suizidraten zu reduzieren; Bemühungen um Beschränkung des Zugangs zu Suizidhilfsmitteln; Verbesserung der systematischen Datenerfassung, um Trends bei suizidalem Verhalten zu erkennen; Beobachtung der Wirkungen von Präventionsbemühungen im Zeitverlauf; Bemühungen um Beseitigung von Mythen und Vermittlung der Erkenntnis, dass Suizide ein vermeidbares Problem der öffentlichen Gesundheit sind, sowie Mobilisierung des Gesundheitssystems.

Die Spalten in der Tabelle enthalten Vorschläge für weitere Schritte bei jeder strategischen Maßnahme unabhängig davon, an welcher Stelle sich das Land bei seinen Fortschritten in Richtung der Umsetzung einer erfolgreichen Strategie zur Suizidprävention befindet. Die Partner sollen diese Informationen nutzen, um zu erwägen, welche strategischen Maßnahmen sie umsetzen müssen.

Entscheidungsträger sollten strategische Maßnahmen leiten. Sie können mithilfe der Liste zusätzliche Maßnahmen identifizieren, welche die gegenwärtigen Aktivitäten ergänzen und Lücken im nationalen Herangehen an die Suizidprävention schließen.

Die grundlegende Arbeit der Einbeziehung von Hauptakteuren ist wesentlich für die Gewährleistung der Beteiligung verschiedener Sektoren. Mithilfe dieser Tabelle kann eingeschätzt werden, inwieweit jeder Sektor gegenwärtig einen Beitrag zur Suizidprävention leistet. Es können Möglichkeiten zur Erweiterung oder Stimulierung des Beitrags dieser Sektoren ermittelt werden, um dadurch andere Partner zu gewinnen und das Voranschreiten zu weiteren Maßnahmen zur Suizidprävention zu erleichtern.

**Tabelle 5. Vorgeschlagene strategische Maßnahmen zur Suizidprävention
(kategorisiert nach aktuellen Umsetzungsebenen)**

Bereiche für strategische Maßnahmen	Führende Akteure	Keine Maßnahmen (gegenwärtig keine Strategie zur Suizidprävention auf nationaler oder lokaler Ebene)	Einige Maßnahmen (Beginn mit der Arbeit zur Suizidprävention in Schwerpunktbereichen auf nationaler oder lokaler Ebene)	Vorhandene Strategie zur Suizidprävention auf nationaler Ebene
Einbeziehung von Hauptakteuren	Gesundheitsministerium als Leiter oder anderes koordinierendes Gesundheitsgremium	Initiierung der Ermittlung und Einbeziehung von Hauptakteuren bei Landesschwerpunkten oder in bereits vorhandene Maßnahmen	Ermittlung sämtlicher Hauptakteure in allen Sektoren und ihre umfangreiche Einbeziehung in Maßnahmen zur Suizidprävention; Zuweisung von Verantwortlichkeiten	Regelmäßige Beurteilung von Rollen, Verantwortlichkeiten und Aktivitäten sämtlicher Hauptakteure; Nutzung der Ergebnisse zur Erweiterung der Sektorbeteiligung und stärkere Einbeziehung der Akteure
Beschränkung des Zugangs zu Suizid-Hilfsmitteln	Gesetzes- und Rechtssystem, Politiker, Landwirtschaft, Verkehr	Beginn der Bemühungen um Beschränkung des Zugangs zu Suizid-Hilfsmitteln über kommunale Interventionen	Koordinierung und Erweiterung bisheriger Bemühungen um Beschränkung des Zugangs zu Suizid-Hilfsmitteln (z. B. Gesetze, Polizei und Praktiken auf nationaler Ebene)	Evaluation der Bemühungen um Beschränkung des Zugangs zu Suizid-Hilfsmitteln; Nutzung der Evaluationsergebnisse für Verbesserungen
Datenerfassung und Verbesserung der Datenqualität	Gesundheitsministerium, Büro für Statistik, alle anderen Akteure sowie besonders die formellen und informellen Systeme zur Erfassung von Gesundheitsdaten	Beginn der Datenerfassung, Priorisierung von Mortalitätsdaten mit Kerninformationen zu Alter, Geschlecht und Suizidmethoden; Beginn der Ermittlung repräsentativer Standorte für die Entwicklung von Modellen	Einrichtung eines Registrierungssystems für Suizide und Suizidversuche auf nationaler Ebene (einschließlich Disaggregation) und Sicherstellung von Reliabilität, Validität und öffentlicher Verfügbarkeit der Daten; Einrichtung praktikabler, effektiver und erweiterbarer Datenmodelle	Rechtzeitige Kontrolle von Hauptmerkmalen wie Qualität, Repräsentativität, Aktualität, Nutzen und Kosten des Erfassungssystems; Nutzung der Ergebnisse zur Verbesserung des Systems; Erweiterung effektiver Modelle für umfassende Datenabdeckung und -qualität
Schärfen des Bewusstseins	Alle Sektoren unter Leitung des Gesundheitsministeriums und der Medien	Organisation von Maßnahmen zur Vermittlung der Erkenntnis, dass Suizide vermeidbar sind; Garantie, dass die Botschaften einige Zielregionen oder Bevölkerungsgruppen erreichen und über mindestens einen Kanal mit umfangreichem Zugriff verbreitet werden	Entwicklung von strategischen Kampagnen für das öffentliche Bewusstsein und ihre Umsetzung mittels evidenzbasierter Informationen auf nationaler Ebene; Verwendung von Methoden und Botschaften, die sich an spezielle Zielgruppen richten	Evaluation der Effektivität von Kampagnen für das öffentliche Bewusstsein; Nutzung der Ergebnisse zur Verbesserung künftiger Kampagnen
Einbeziehung der Medien	Medien und Gesundheitsministerium in Partnerschaft	Beginn des Dialogs mit den Medien zu verantwortungsvoller Berichterstattung über Suizide	Kontakt zu wichtigen Medienorganisationen innerhalb des Landes zur Unterstützung der Entwicklung von eigenen Standards und Praktiken zur Gewährleistung einer verantwortungsvollen Berichterstattung über Suizide; Arbeit mit Medienakteuren zur Förderung von Präventionsressourcen und entsprechenden Empfehlungen	Evaluation der Berichterstattung der Medien über Suizidereignisse; Einbeziehung und Schulung sämtlicher Medien über verantwortungsvolle Berichterstattung; rechtzeitige Schulung neuer Medienmitarbeiter
Mobilisierung des Gesundheitssystems und Schulung von dessen Mitarbeitern	Formelle und informelle Gesundheitssysteme, Bildungssektor	Beginn der Planung und Umsetzung der Versorgung von Menschen, die einen Suizidversuch unternommen haben, sowie Schulung der medizinischen Fachkräfte	Bereitstellung von evidenzbasierter, niedrigschwelliger Krisenversorgung, klinischer Versorgung und Postvention auf nationaler Ebene; Bereitstellung von Auffrischungsschulungen und Anpassung der Lehrinhalte für medizinische Fachkräfte	Regelmäßige Kontrolle und Evaluation vorhandener Dienste; Nutzung der Ergebnisse zur Verbesserung der laufenden Versorgung

Bereiche für strategische Maßnahmen	Führende Akteure	Keine Maßnahmen (gegenwärtig keine Strategie zur Suizidprävention auf nationaler oder lokaler Ebene)	Einige Maßnahmen (Beginn mit der Arbeit zur Suizidprävention in Schwerpunktbereichen auf nationaler oder lokaler Ebene)	Vorhandene Strategie zur Suizidprävention auf nationaler Ebene
Änderung von Haltungen und Einstellungen	Medien, Gesundheitssektor, Bildungssektor, kommunale Organisationen	Beginn der Umsetzung von Maßnahmen zur Reduzierung der Stigmatisierung im Zusammenhang mit der Suche nach Hilfe bei Suiziden; Zunahme von Hilfesuchverhalten	Änderung der Haltungen zur Nutzung von psychischen Gesundheitsdiensten sowie Reduzierung der Diskriminierung von Nutzern dieser Dienste	Regelmäßige Evaluation zum Beobachten von Einstellungsänderungen der Öffentlichkeit zu Suiziden, psychischen Erkrankungen und Substanzmissbrauchserkrankungen sowie Hilfesuchverhalten
Durchführung von Evaluation und Forschung	Relevante kommunale Gesundheitsdienste, Bildungssektor und Gesundheitsministerium	Beginn der Planung und Priorisierung der nötigen Forschung zu Suizidprävention sowie Abgleich der vorhandenen Daten (z. B. Zahl der Todesfälle durch Suizid)	Erweiterung der bisherigen Forschung, Vergabe von Ressourcen zur Förderung und Evaluation von Bemühungen um Suizidprävention auf regionaler und/oder nationaler Ebene	Regelmäßige Beurteilung des Forschungsportfolios zur Kontrolle des wissenschaftlichen Fortschritts und zur Ermittlung von Wissenslücken; Umleitung von Ressourcen auf Grundlage der Evaluation
Entwicklung und Umsetzung einer umfassenden nationalen Strategie zur Suizidprävention	Gesundheitsministerium	Beginn der Entwicklung einer nationalen Strategie zur Suizidprävention als Sammelpunkt, selbst wenn Daten und Ressourcen noch nicht vorliegen.	Weitere Entwicklung der nationalen Strategie, damit sie umfassend und sektorenübergreifend wird und sämtliche Lücken bei Diensten und Umsetzung schließt	Evaluation und Kontrolle von Umsetzung und Ergebnissen der Strategie zur Ermittlung der effektivsten Komponenten; Nutzung der Ergebnisse zur ständigen Aktualisierung der Strategie

Tabelle 5 ist keinesfalls vollständig und soll die ständige Verbesserung und weitere Gedanken für mögliche Maßnahmen stimulieren. Die Tabellenzellen enthalten Beispiele für strategische Maßnahmen oder Impulse zur Reflektion über das weitere Vorgehen. Die Tabelle soll keine Formel und keine Vorschrift für Suizidprävention sein.

Bei der weiteren Arbeit müssen zwei Hauptpunkte berücksichtigt werden. Erstens sollten Maßnahmen zur Suizidprävention gleichzeitig mit der Datenerfassung umgesetzt werden (siehe Box 9). Erfassung und Abgleich genauer Daten zu Suiziden und Suizidversuchen sind wichtig und eine der größten Herausforderungen in den meisten Ländern. Auf ein perfektes Erfassungssystem zu warten ist jedoch nicht die Lösung. Verbesserungen bei der Erfassung sollten vorgenommen werden, wenn das Land bei der Umsetzung von Interventionen zur Suizidprävention voranschreitet. Gegebenenfalls können dann Änderungen als Reaktion auf die Daten vorgenommen werden.

Zweitens könnten einige Länder feststellen, dass sie aus bestimmten Gründen noch nicht für eine nationale Suizidpräventionsstrategie bereit sind. Allein der Prozess, entsprechende Entscheidungsträger zu konsultieren und über eine mögliche nationale Strategie zu beraten, kann häufig die Rahmenbedingungen für eine Veränderung schaffen. Über den Prozess der Schaffung einer nationalen Suizidpräventionsstrategie zeigen die Akteure Engagement, der öffentliche Dialog zur Stigmatisierung wird angeregt, vulnerable Zielgruppen werden identifiziert, Forschungsprioritäten werden gesetzt, und das Bewusstsein von Öffentlichkeit und Medien wird verstärkt. Folglich sollte nicht die Schaffung einer nationalen Strategie als Endresultat, sondern vielmehr die Entwicklung einer nationalen Strategie als wichtiges Element auf dem Weg zu einer effektiven Suizidprävention betrachtet werden.

Box 9.

Hauptmaßnahmen bei der Erfassung

Für eine effektive Suizidprävention ist eine verbesserte Erfassung und Kontrolle von Suiziden und Suizidversuchen erforderlich. Da die Ressourcen für die Suizidprävention begrenzt sind, müssen Behördenleiter, Büros für öffentliche Gesundheit und andere Akteure entscheiden, welcher Anteil der Geldmittel und Ressourcen, die für die Suizidprävention zur Verfügung stehen, der Erfassung zugeteilt werden und wie die Mittel zwischen den verschiedenen Arten von Erfassungsmaßnahmen aufgeteilt werden sollen. Die Situation schwankt stark von Land zu Land, so dass es kein Universalhandbuch für diese Entscheidungen gibt. Es gibt jedoch einige allgemeine Prinzipien für Hauptmaßnahmen, die in den meisten Rechtssystemen nützlich sein könnten:

- **Bildung einer ständigen Arbeitsgruppe, die speziell für die Erfassung und Verbesserung der Qualität von Daten zu Suiziden als integraler Bestandteil der Gesamtbemühungen um Suizidprävention verantwortlich ist.**

Die Verbesserung der Qualität von Suiziddaten ist eine derart wichtige Komponente des Bemühens um Suizidprävention und jeder nationalen Strategie zur Suizidprävention, dass sich eine spezielle Arbeitsgruppe darauf konzentrieren sollte. Nach einer Situationsanalyse des aktuellen Status von Suiziddaten würde ein Plan zur Verbesserung der Datenverfügbarkeit, -vollständigkeit und -qualität entwickelt, seine Umsetzung kontrolliert und der Plan regelmäßig aktualisiert.

- **Regelmäßige Einschätzungen von Verfügbarkeit, Vollständigkeit und Qualität der Daten über Suizide und Suizidversuche.**

Die regelmäßige Bewertung und Verbesserung der Datenqualität ist wichtig bei jeder der drei Hauptdatenquellen:

- Verbesserung der Qualität von Meldedaten zu Suiziden. Die erforderlichen Maßnahmen zur Einrichtung oder Verbesserung der Erfassung von Todesfällen durch Suizid variiert je nach aktuellem Zustand der Personenstandsregister-Systeme in dem entsprechenden Land.
- Verbesserung der Qualität von Daten über medizinische Behandlung bei Suizidversuchen. Die Entwicklung eines krankenhausbasierten Erfassungssystems ist ein komplizierter Vorgang. Es kann jedoch durch Entwicklung einer praktikablen Methode zur Datenerfassung an einigen repräsentativen Standorten und der anschließenden Erweiterung für das ganze Land begonnen werden.
- Verbesserung der Qualität von Bevölkerungsumfragen über suizidales Verhalten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Stichprobengröße ausreichend sein muss, um repräsentativ für die Kommune oder das Land zu sein. Es sollten standardisierte Fragen verwendet werden, und zwar diejenigen, die im vergangenen Jahr die wichtigsten und nützlichsten Informationen über Suizidversuche lieferten.

- **Präferieren hochwertiger Daten von verschiedenen repräsentativen Standorten gegenüber landesweiten Daten niedriger Qualität**

In den meisten Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen sowie in einigen Ländern mit hohem Einkommen machen es finanzielle, personelle oder technische Einschränkungen unmöglich, nationale Erfassungssysteme für Suizide und Suizidversuche zu entwickeln oder regelmäßig landesweite Umfragen durchzuführen. In dieser Situation ist es besser, verschiedene repräsentative Zielstandorte zu ermitteln und anschließend auf Landesebene zu übertragen.

- **Bestmögliche Integration des Bemühens um Suizidregistrierung mit anderen Aktivitäten anstelle der Durchführung von Einzelmaßnahmen**

Todesfälle durch Suizid werden meist als Teil des Gesamtmeldesystems über Sterbefälle registriert und nicht in einem einzelnen Erfassungssystem. Die Erfassung der Behandlung von Suizidversuchen in der Notaufnahme ist am besten als Teil eines Gesamterfassungssystems für Verletzungen organisiert. Bevölkerungsumfragen zu suizidalem Verhalten können problemlos in andere Befragungen zu körperlicher oder psychischer Gesundheit integriert werden.

- **Einschluss von Bemühungen um Reduzierung der Stigmatisierung in den Gesamtplan zur Verbesserung der Datenqualität**

Das größte Hindernis für hochwertige Daten über Suizide ist vermutlich das mit suizidalem Verhalten verbundene Stigma. Die Arbeit mit den Medien zur Änderung der öffentlichen Wahrnehmung sowie mit medizinischen und Krankenpflegeschulen zur Änderung der Haltung von medizinischen Fachkräften (z. B. durch Darstellung von Suiziden als wichtiges behandelbares Problem der öffentlichen Gesundheit) ist ein wichtiger Schritt zum Erreichen des langfristigen Ziels: Reduzierung der mit Suiziden verbundenen Stigmatisierung.

- **Finden einer Balance zwischen der Notwendigkeit landesweiter Daten und der Notwendigkeit kommunenspezifischer Daten**

Landesweite Daten haben bei der Konzipierung und Evaluation lokaler Präventionsstrategien mitunter nur einen begrenzten Nutzen, weil es bedeutende demographische, wirtschaftliche oder kulturelle Unterschiede zwischen verschiedenen Regionen des Landes geben kann. Es ist wichtig, das Ausmaß festzulegen, in dem das lokale Profil vom nationalen Profil abweicht.

- **Garantie der Nutzung des Erfassungssystems zur Unterstützung der Entwicklung und Beurteilung von Maßnahmen zur Suizidprävention**

Alle großen von der Regierung finanzierten Studien zur Suizidprävention sollten Suizide oder Suizidversuche als Hauptendpunkt einfordern und einen angemessenen Teil des Budgets zur Erfassung dieser Endpunkte aufwenden.

Wie sieht Erfolg aus?

Außer der Hilfe für die Länder bei ihren Investitionen und Maßnahmen kann ein logischer Rahmen wie der in Abbildung 9 dargestellte zusammen mit anderen Erfassungs- und Evaluationswerkzeugen verwendet werden, um den Fortschritt zu verfolgen und den Erfolg zu messen. Nach der Untersuchung möglicher Investitionen, Ergebnisse und Maßnahmen zur Planung einer nationalen Strategie zur Suizidprävention ist es wichtig, die Endergebnisse zu überdenken und die bisherigen Auswirkungen näher zu betrachten, um bei der Evaluation voranzukommen.

Abbildung 9. Logischer Rahmen angewandt auf die Suizidprävention



Endergebnisse

Quantitative Indikatoren zur Messung der Hauptergebnisse einer nationalen Strategie sind sinnvolle Indikatoren für den Fortschritt. Dies sind beispielsweise:

- eine prozentuale Reduzierung der Suizidrate;
- die Anzahl der erfolgreich umgesetzten Interventionen zur Suizidprävention;
- eine Verringerung der Anzahl stationärer Patienten nach Suizidversuchen.

Länder, die sich am *Mental Health Action Plan 2013–2020* (1) orientieren, können sich eine 10 %ige Reduzierung der Suizidrate zum Ziel setzen. Einige Länder können darüber noch hinausgehen – beispielsweise setzte sich England in seiner vorherigen nationalen Gesundheitsstrategie *Saving lives: our healthier nation*, 1999 (173) im Bereich der psychischen Gesundheit das Ziel, die Sterberate durch Suizid und Verletzungen unklarer Ursache bis 2010 um mindestens 20 % zu reduzieren. Dieses Ziel wurde Ende 2008 erfüllt (174). Quantitative Indikatoren zu den Hauptmaßnahmen liefern wichtige Meilensteine für die koordinierte nationale Strategie in allen Sektoren.

Auswirkungen

Die Hauptergebnisse sind zwar wichtig und können den Fortschritt verdeutlichen, in ihnen fehlen jedoch u. U. andere wichtige qualitative Informationen. Mitunter sinken die Suizidraten nicht wegen zunehmender Berichterstattung oder anderer kontextueller Faktoren. Die Länder sollten über die Haupt-Outputs und Endergebnisse hinausschauen zu weitergehenden Auswirkungen, um ein komplettes Verständnis von Fortschritt und Erfolg zu erzielen. Messgrößen für eine weitergehende Auswirkung können quantitative und qualitative Indikatoren umfassen, z. B.:

- Kommunen, in denen Organisationen (Schulen, religiöse Organisationen, Arbeitsstätten usw.) die Bevölkerung unterstützen und ausreichend vernetzt sind, um Hilfebedürftige an entsprechende Stellen im Gesundheitssystem weiterzuleiten;
- Familien und das soziale Umfeld, die soziale Unterstützung leisten, die Resilienz erhöhen, Suizid-Risikofaktoren erkennen und effektiv intervenieren, um Nahestehenden zu helfen;
- ein soziales Klima, in dem die Suche nach Hilfe bei suizidalem Verhalten nicht länger ein Tabu ist und der öffentliche Dialog zu diesem Thema gefördert wird.

Diese Indikatoren sind oftmals schwieriger zu messen, sind jedoch wichtig, weil sie einen bedeutenden Fortschritt bei der Suizidprävention signalisieren können. Sie sollten gleichermaßen als wesentlich betrachtet werden, wenn ein Land den erreichten Fortschritt und zukünftigen Erfolg beurteilt.

Schlüsselbotschaften

Suizide fordern ihren Tribut. Mehr als 800 000 Menschen sterben jährlich durch Suizid und unter den 15-29-Jährigen sind Suizide die zweithäufigste Todesursache. Es gibt Hinweise darauf, dass auf jeden Erwachsenen, der durch einen Suizid stirbt, mindestens 20 Personen kommen, die einen Suizidversuch begehen.

Suizide sind ein globales Phänomen. Alle Länder sind davon betroffen. Trotz der allgemeinen Meinung, dass Suizide häufiger in Ländern mit hohem Einkommen verübt werden, geschehen tatsächlich 75 % der Suizide in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen. Suizid ist während der gesamten Lebensdauer eine häufige und bedeutsame Todesursache. Außer den Auswirkungen auf Einzelpersonen, die Suizidversuche unternehmen und durch Suizid sterben, wirken sich Suizide auch weitreichend und wellenartig auf Familien, Freunde, Kommunen und Länder aus.

Suizide sind vermeidbar. Umfassende und multi-sektorielle Suizidpräventionsstrategien sind nötig, damit nationale Bemühungen erfolgreich sein können.

Damit eine nationale Strategie effektiv ist, sollte sie die Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitswesen und anderen Sektoren auf Regierungs- und Nichtregierungssebene beinhalten. Sie sollte die Kommunen und auch die Medien einbeziehen, um eine verantwortungsvolle Berichterstattung über Suizide anzuregen. Die Strategie sollte sowohl die Überwachung als auch die Richtlinien zu psychischer Gesundheit und insbesondere zu Alkohol verbessern. Eine frühzeitige Prävention sollte eine Kernkomponente jeder entwickelten Strategie sein.

Beschränkung des Zugangs zu tödlichen Mitteln und Methoden beispielsweise ist sehr vielversprechend und wirkt. Eine effektive Strategie zur Prävention von Suiziden und Suizidversuchen ist daher die Beschränkung des Zugangs zu den häufigsten Suizidmethoden- und -mitteln, wie Pestiziden, Schusswaffen und bestimmten Medikamenten.

Die Beschränkung des Zugangs zu Suizid-Hilfsmitteln spielt eine wichtige Rolle bei der Suizidprävention, vor allem bei impulsiv verübten Suiziden. Die Umsetzung wirksamer Richtlinien in Verbindung mit Interventionen durch die Kommune ist hilfreich bei der Reduzierung der Suizidrate durch Beschränkung des Zugangs zu Suizid-Hilfsmitteln,

Suizidprävention sollte als Kernkomponente in das nationale Gesundheitssystem integriert sein. Psychische Erkrankungen und Alkoholmissbrauch sind Ursachen für sehr viele Suizide weltweit. Frühe Erkennung und effektives Management sind der Schlüssel dafür, dass Betroffene die Hilfe erhalten, die sie benötigen.

Die Verbesserung der Versorgungsqualität für Menschen, die Hilfe suchen, kann gewährleisten, dass frühzeitige Interventionen effektiv sind. Eine verbesserte Versorgungsqualität ist der Schlüssel zur Reduzierung der Zahl von Suiziden, die infolge psychischer Erkrankungen und Alkoholmissbrauchserkrankungen sowie anderer Risikofaktoren begangen werden. Richtlinien zu psychischer Gesundheit und Alkohol sollten Prioritäten bei der Versorgung setzen, ihre erfolgreiche Integration in die gesamten Gesundheitsdienste fördern und eine ausreichende Finanzierung für die Verbesserung dieser Dienste unterstützen.

Darüber hinaus spielen Gemeinden eine entscheidende Rolle in der Suizidprävention. Sie können soziale Unterstützung für Betroffene bieten und sich in der Nachsorge, Stigma-Bekämpfung und bei der Unterstützung für Angehörige eines Suizidopfers engagieren.

In allen Ländern, vor allem aber in denen mit begrenzten Ressourcen, kann die Bedeutung der Kommunen und ihrer Hilfsprogramme bei der Suizidprävention nicht hoch genug bewertet werden. Eine effektive Unterstützung innerhalb der Kommunen und individuelle Resilienz können durch Aufbau und Verbesserung sozialer Beziehungen und Kompetenzen zur Bewältigung von Schwierigkeiten dabei helfen, vulnerable Personen vor Suizid zu schützen. Vor allem kann die Kommune Hilfe in Krisensituationen leisten, in regelmäßigem Kontakt mit Menschen bleiben, die einen Suizidversuch unternommen haben, und Hinterbliebene von Suizidopfern unterstützen.

LITERATUR

1. Mental health action plan 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf, accessed 23 April 2014).
2. WHO mortality database documentation: 1 May 2013 update. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_rawdata/en/, accessed 19 May 2014).
3. WHO methods and data sources for global causes of death 2000–2012. Global Health Estimates Technical Paper WHO/HIS/HSI/GHE/2014.7. Geneva: World Health Organization; 2014.
4. Värnik P, Sisask M, Värnik A, Yur'Yev A, Kõlves K, Leppik L et al. Massive increase in injury deaths of undetermined intent in ex-USSR Baltic and Slavic countries: Hidden suicides? *Scand J Public Health*. 2010;38(4):395–403.
5. Värnik P, Sisask M, Värnik A, Arensman E, Van Audenhove C, van der Feltz-Cornelis CM et al. Validity of suicide statistics in Europe in relation to undetermined deaths: developing the 2-20 benchmark. *Inj Prev*. 2012;18(5):321–5.
6. Höfer P, Rockett IR, Värnik P, Etzersdorfer E, Kapusta ND. Forty years of increasing suicide mortality in Poland: undercounting amidst a hanging epidemic? *BMC Public Health*. 2012;11(12):644.
7. Wu KCC, Chen YY, Yip PSF. Suicide methods in Asia: implications in suicide prevention. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9(4):1135–58.
8. Gunnell D, Eddleston M, Phillips MR, Konradsen F. The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: systematic review. *BMC public health*. 2007a;7:357. doi:10.1186/1471-2458-7-357.
9. Chang SS, Chen YY, Yip PSF, Lee WJ, Hagihara A, Gunnell D. Regional changes in charcoal-burning suicide rates in East/Southeast Asia from 1995 to 2011: a time trend analysis. *PLoS Medicine*. 2014;11(4):e1001622.
10. National Violent Death Reporting System (NVDRS) Coding manual, version 3. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2014. (http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/NVDRS_Coding_Manual_Version_3-a.pdf, accessed on 15 May 2014.)
11. Paulozzi LJ, Mercy J, Frazier L Jr., Annett JL. CDC's National Violent Death Reporting System: background and methodology. *Inj Prev*. 2004;10(1):47–52.
12. Phillips MR, Yang G, Zhang Y, Wang L, Ji H, Zhou M. Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *Lancet*. 2002;360:1728–36.
13. Patel V, Ramasundarahettige C, Vijayakumar L, Thakur J S, Gajalakshmi V, Gururaj G et al. Suicide mortality in India: a nationally representative survey. *Lancet*. 2012;379(9834):2343–51.
14. Kessler R, Ustun TB, editors. The WHO World Mental Health Surveys. New York (NY): Cambridge University Press; 2008.
15. STEPS optional module: mental health/suicide. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/chp/steps/riskfactor/modules/en/>, accessed 15 May 2014).
16. Preventing suicide: a resource for suicide case registration. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502665_eng.pdf?ua=1, accessed 5 May 2014).
17. Preventing suicide: a resource for non-fatal suicidal behaviour case registration. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112852/1/9789241506717_eng.pdf?ua=1, accessed 7 June 2014).
18. Methodology of the youth risk behavior surveillance system – 2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 62:1–20.
19. Borges G, Haro JM, Chiu WT, Hwang I, de Girolamo G, Medina-Mora ME et al. Prevalence and identification of groups at risk for 12-month suicidal behavior in the WHO World Mental Health Surveys. In: Nock MK, Borges G, Ono Y, editors. *Suicidality in the WHO World Mental Health Surveys*. New York (NY): Cambridge University Press; 2012:185–98.
20. Perry IJ, Corcoran P, Fitzgerald AP, Keeley HS, Reulbach U, Arensman E. The incidence and repetition of hospital-treated deliberate self-harm: findings from the world's first registry. *PLoS ONE*. 2012;7(2):1–7.
21. Arensman E, Larkin C, Corcoran P, Reulbach U, Perry IJ. Factors associated with self-cutting as a method of self-harm: findings from the Irish National Registry of Deliberate Self-Harm. *Eur J Public Health*. 2013;1–6.
22. Wittouck C, De Munck S, Portzky G, Van Rijsselberghe L, Van Autreve S, van Heeringen K. A comparative follow-up study of aftercare and compliance of suicide attempters following standardized psychosocial assessment. *Arch Suicide Res*. 2010;14(2):135–45.
23. Ludvigsson JF, Andersson E, Ekblom A, Feychting M, Kim JL, Reuterwall C et al. External review and validation of the Swedish national inpatient register. *BMC Public Health*. 2011;11:450. doi:10.1186/1471-2458-11-450.
24. Web-based injury statistics query and reporting system. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2014 (<http://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html>, accessed 15 May 2014).
25. Jansen E, Buster MCA, Zuur AL, Das C. Fatality of suicide attempts in Amsterdam 1996–2005. *Crisis*. 2009;30(4):180–5.
26. Miller M, Azraek D, Hemenway D. The epidemiology of case fatality rates for suicide in the Northeast. *Inj Prev Res*. 2004;43(6):723–30.
27. Clinical management of acute pesticide intoxication: prevention of suicidal behaviours. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241597456_eng.pdf, accessed 23 April 2014).
28. Dawson AH, Eddleston M, Senarathna L, Mohamed F, Gawarammana I, Bowe SJ et al. Acute human toxicity of agricultural pesticides: a prospective cohort study. *PLoS Medicine*. 2010;7(10):e1000357. doi:10.1371/journal.pmed.1000357.
29. Mrazek PB, Haggerty RJ, editors. Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research. Washington (DC): National Academies Press; 1994.

30. Gordon, RSJ. An operational classification of disease prevention. *Public Health Rep.* 1983;98(2):107–9.
31. Niederkrotenthaler T, Fu KW, Yip PS, Fong DY, Stack S, Cheng Q et al. Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health.* 2012;66(11):1037–42.
32. Sisask M, Värnik A. Media roles in suicide prevention: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2012;9:123–38.
33. Daine K, Hawton K, Singaravelu V, Stewart A, Simkin S, Montgomery P. The power of the web: a systematic review of studies of the influence of the internet on self-harm and suicide in young people. *PloS ONE.* 2013;8(10):e77555.
34. Westerlund M, Hadlaczky G, Wasserman D. The representation of suicide on the Internet: implications for clinicians. *J Med Internet Res.* 2012;14(5):122. doi:10.2196/jmir.1979p.
35. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhua/en/, accessed 23 April 2014).
36. Chisholm D, Rehm J, Van Ommeren M, Monteiro M. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *J Stud Alcohol.* 2004;65(6):782–93.
37. Cho J, Lee WJ, Moon KT, Suh M, Sohn J, Ha KH et al. Medical care utilization during 1 year prior to death in suicides motivated by physical illnesses. *J Prev Med Public Health.* 2013;46(3):147–54.
38. Health literacy: the solid facts. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf, accessed 23 April 2014).
39. Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, Hepp U, Bopp M, Gutzwiller F et al. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bull World Health Organ.* 2008;86(9):726–32.
40. Towards evidence-based suicide prevention programmes. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2010 (<http://www.wpro.who.int/mnh/TowardsEvidencebasedSPP.pdf?ua=1>, accessed 24 April 2014).
41. Yip PS, Caine E, Yousuf S, Chang SS, Wu KCC, Chen YY. Means restriction for suicide prevention. *Lancet.* 2012;379(9834):2393–9.
42. Du Roscoät E, Beck F. Efficient interventions on suicide prevention: a literature review. *Revue d'épidémiologie et de santé publique.* 2013;61(4):363–74. doi:10.1016/j.respe.2013.01.099.
43. Eddleston M, Karalliedde L, Buckley N, Fernando R, Hutchinson G, Isbister G et al. Pesticide poisoning in the developing world – a minimum pesticides list. *Lancet.* 2002;360(9340):1163–7.
44. Gunnell D, Fernando R, Hewagama M, Priyangika WDD, Konradsen F, Eddleston M. The impact of pesticide regulations on suicide in Sri Lanka. In *J Epid.* 2007b;36:1235–42.
45. Safer access to pesticides: community interventions. Geneva: World Health Organization; 2006 (http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/pesticides_safer_access.pdf, accessed 22 April 2014).
46. Guns, knives and pesticides: reducing access to lethal means. Geneva: World Health Organization; 2009 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence-4th_milestones_meeting/publications, accessed 23 April 2014).
47. Brent DA, Bridge J. Firearms availability and suicide: evidence, interventions, and future directions. *Am Behav Sci.* 2003;46(9):1192–210.
48. Anglemeyer A, Horvath T, Rutherford G. The accessibility of firearms and risk for suicide and homicide victimization among household members: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2014;160(2):101–10. doi:10.7326/M13-1301.
49. Ajdacic-Gross V, Killias M, Hepp U, Gadola E, Bopp M, Lauber C et al. Changing times: a longitudinal analysis of international firearm suicide data. *Am J Public Health.* 2006;96:1752–5.
50. Cox GR, Robinson J, Nicholas A, Lockley A, Williamson M, Pirkis J et al. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review. *BMC Public Health.* 2013;13(1):214. doi:10.1186/1471-2458-13-214.
51. Sarchiapone M, Mandelli L, Iosue M, Andrisano C, Roy A. Controlling access to suicide means. *Int J Environ Res Public Health.* 2011;8(12):4550–62. doi:10.3390/ijerph8124550.
52. Yip PSF, Law CK, Fu KW, Law YW, Wong PW, Xu Y. Restricting the means of suicide by charcoal burning. *Br J Psychiatry.* 2010;196:241–2.
53. Hegerl U, Wittenburg L. Focus on mental health care reforms in Europe: the European alliance against depression: a multilevel approach to the prevention of suicidal behaviour. *Psychiatr Serv.* 2009;60(5):596–9.
54. Hawton KL, Bergen H, Simkin S, Dodd S, Pocock P, Bernal W et al. Long term effect of reduced pack sizes of paracetamol on poisoning deaths and liver transplant activity in England and Wales: interrupted time series analyses. *BMJ.* 2013;346:f403.
55. A prioritized research agenda for suicide prevention: an action plan to save lives. Rockville (MD): National Institute of Mental Health and the Research Prioritization Task Force; 2014.
56. Preventing suicide: a resource for media professionals. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf, accessed 23 April 2014).
57. Pirkis J. Suicide and the media. *Psychiatry.* 2009;8:269–271.
58. Bohanna I, Wang X. Media guidelines for the responsible reporting of suicide. A review of effectiveness. *Crisis.* 2012;33(4):190–8.
59. Collin PJ, Metcalf AT, Stephens-Reicher JC, Blanchard ME, Herrman HE, Rahilly K et al. ReachOut.com: the role of an online service for promoting help-seeking in young people. *Advances in Mental Health.* 2011;10(1):39–51.
60. Mishara BL, Kerkhof JFM, editors. Suicide prevention and

new technologies: evidence based practice. Basingstoke: Palgrave MacMillan; 2013.

61. Youthhealthtalk (website). Oxford: University of Oxford (www.youthhealthtalk.org, accessed 14 April 2014).

62. Matsubayashi T, Sawada Y, Ueda M. The effect of public awareness campaigns on suicides: evidence from Nagoya, Japan. *J Affect Disord*. 2014;152-154:526-9. doi: 10.1016/j.jad.2013.09.007.

63. Reynders A, Kerkhof AJ, Molenberghs G, Van Audenhove C. Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49(2):231-9. doi:10.1007/s00127-013-0745-4.

64. Carli V, Wasserman C, Wasserman D, Sarchiapone M, Apter A, Balazs J et al. The saving and empowering young lives in Europe (SEYLE) randomized controlled trial (RCT): methodological issues and participant characteristics. *BMC Public Health*. 2013;13(1):479. doi:10.1186/1471-2458-13-479

65. Wasserman C, Hoven CW, Wasserman D, Carli V, Sarchiapone M, Al-Halabi S et al. Suicide prevention for youth – a mental health awareness program: lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study. *BMC Public Health*. 2012;12:776. doi:10.1186/1471-2458-12-776.

66. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G et al. A randomized controlled trial of school-based suicide preventive programmes: the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) study. *Lancet*. 2014 (in press).

67. Kölves K, Kölves KE, De Leo D. Natural disasters and suicidal behaviours: a systematic literature review. *J Affect Disord*. 2013;146(1):1-14.

68. Fortune S, Hawton K. Culture and mental disorders: suicidal behaviour. In: Bhugra D, Bhui K, editors. *Textbook of cultural psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press; 2007:255-71.

69. Oliver LN, Peters PA, Kohen DE. Mortality rates among children and teenagers living in Inuit Nunangat, 1994 to 2008. Ottawa: Statistics Canada; 2012.

70. Goldston DB, Molock SD, Whitbeck LB, Murakami JL, Zayas LH, Hall GCN. Cultural considerations in adolescent suicide prevention and psychosocial treatment. *Am Psychol*. 2008;63(1):14-31.

71. Casiano H, Katz LY, Globerman D, Sareen J. Suicide and deliberate self-injurious behaviour in juvenile correctional facilities: a review. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;22(2):118-24.

72. Fazel S, Grann M, Kling B, Hawton K. Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003-2007. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011;46:191-5. doi: 10.1007/s00127-010-0184-4.

73. Haas AP, Eliason M, Mays VM, Mathy RM, Cochran SD, D'Augelli AR. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *J Homosex*. 2011;58(1):10-51.

doi:10.1080/00918369.2011.534038.

74. Brunstein Klomek A, Sourander A, Gould M. The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: a review of cross-sectional and longitudinal research findings. *Can J Psychiatry*. 2010;55(5):282-8.

75. Kalt A, Hossain M, Kiss L, Zimmerman C. Asylum seekers, violence and health: a systematic review of research in high-income host countries. *Am J Public Health*. 2013;103(3):30-42.

76. Foster T. Adverse life events proximal to adult suicide: a synthesis of findings from psychological autopsy studies. *Arch Suicide Res*. 2011;15(1):1-15.

77. Johnson JG, Cohen P, Gould MS, Kasen S, Brown J, Brook JS. Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(8):741-9.

78. Ben-Efraim YJ, Wasserman D, Wasserman J, Sokolowski M. Family-based study of HTR2A in suicide attempts: observed gene, gene x environment and parent-of-origin associations. *Mol Psychiatry*. 2013;18(7):758-66. doi:10.1038/mp.2012.86.

79. Kposowa AJ. Divorce and suicide risk. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57(12):993.

80. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/> accessed 14 April 2014).

81. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006;368:1260-9.

82. Matsubayashi T, Sawada Y, Ueda M. Natural disasters and suicide: evidence from Japan. *Soc Sci Med*. 2013;82:126-33. doi:10.1016/j.socscimed.2012.12.021.

83. Jankovic J, Bremner S, Bogic M, Lecic-Tosevski D, Ajdukovic D, Franciskovic T. Trauma and suicidality in war affected communities. *Eur Psychiatry*. 2013;28(8):514-20. doi:10.1016/j.eurpsy.2012.06.001.

84. Ratkowska KA, De Leo D. Suicide in immigrants: an overview. *Open J Med Psychol*. 2013;2:124-33.

85. Clifford AC, Doran CM, Tsey K. A systematic review of suicide prevention interventions targeting indigenous peoples in Australia, United States, Canada and New Zealand. *BMC public health*. 2013;13(1):463. doi:10.1186/1471-2458-13-463

86. Fazel S, Cartwright J, Norman-Nott A, Hawton K. Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(11):1721-31.

87. Marshal MP, Dietz LJ, Friedman MS, Stall R, Smith HA, McGinley J et al. Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: a meta-analytic review. *J Adolesc Health*. 2011;49(2):115-23. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.02.005.

88. Szumilas M, Kutcher S. Post-suicide intervention programmes: a systematic review. *Can J Public Health*.

- 2011;102(1):18–29.
89. Kang HK, Bullman TA. Is there an epidemic of suicides among current and former U.S. military personnel? *Ann Epidemiol.* 2009;19(10):757–60.
 90. Kang HK, Bullman TA. Risk of suicide among US veterans after returning from the Iraq or Afghanistan war zones. *JAMA.* 2008;300(6):652–3.
 91. Schoenbaum M, Kessler RC, Gilman SE, Colpe LJ, Heeringa SG, Stein MB et al. Predictors of suicide and accident death in the Army Study to Assess Risk and Resilience in Service members (Army STARRS). *JAMA Psychiatry.* 2014;71(5):493–503.
doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.4417.
 92. Kemp J. Suicide rates in VHA patients through 2011 with comparisons with other Americans and other veterans through 2010 (PowerPoint slides). Washington (DC): Department of Veterans Affairs; 2014
(http://www.mentalhealth.va.gov/docs/Suicide_Data_Report_Update_January_2014.pdf, accessed 7 June 2014).
 93. Matthieu M, Hensley M. Gatekeeper training outcomes: enhancing the capacity of staff in substance abuse treatment programmes to prevent suicide in a high risk population. *Ment Health Subst Use.* 2013;6(4):274–86.
doi:10.1080/17523281.2012.744342.
 94. Devries KM, Child JC, Bacchus LJ, Mak J, Falder G, Graham K et al. Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: a systematic review and meta-analysis. *Addiction.* 2014 ;109(3):379–91.
doi:10.1111/add.12393.
 95. Tompkins TL, Witt J, Abraibesh N. Does a gatekeeper suicide prevention program work in a school setting? Evaluating training outcome and moderators of effectiveness. *Suicide Life Threat Behav.* 2010;40(5):506–15.
doi:10.1521/suli.2010.40.5.506.
 96. Mishara BL, Martin N. Effects of a comprehensive police suicide prevention program. *Crisis.* 2011;33(3):162–8.
 97. Gould MS, Kalafat J, Harrismunfakh JL, Kleinman M. An evaluation of crisis hotline outcomes. Part 2: Suicidal callers. *Suicide Life Threat Behav.* 2007;37(3):338–52.
doi:10.1521/suli.2007.37.3.338.
 98. Pil L, Pauwels K, Muijzers E, Portzky G, Annemans L. Cost-effectiveness of a helpline for suicide prevention. *J Telemed Telecare.* 2013;19(5):273–81.
doi:10.1177/1357633X13495487.
 99. Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K. Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environ Health Prev Med.* 2008;13(5):243–56.
 100. Beautrais AL. Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: a 5 year follow-up. *Aust NZ J Psychiatry.* 2003;37(5):595–9.
 101. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol med.* 2003;33(3):395–405.
 102. Radhakrishnan R, Andrade C. Suicide: an Indian perspective. *Indian J Psychiatry.* 2012;54(4):304–19.
 103. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a re-examination. *Am J Psychiatry.* 2000; 157(12):1925–32.
 104. Schneider B. Substance use disorders and risk for completed suicide. *Arch Suicide Res.* 2009;13(4):303–16.
 105. Hawton KL, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry.* 2005; 66(6):693–704.
 106. Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68(10):1058–64.
 107. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(3):247–53.
 108. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightingale SK. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry.* 1996; 153(8):1009–14.
 109. Global status report on alcohol and health 2014 Geneva: World Health Organization; 2014
(http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/, accessed 7 July 2014).
 110. Bohnert KM, Ilgen MA, McCarthy JF, Ignacio RV, Blow FC, Katz IR. Tobacco use disorder and the risk of suicide mortality. *Addiction.* 2014;109(1):155–62.
 111. Chang SS, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ.* 2013;347:f5239.
 112. Stuckler D, Basu S. *The body economic: why austerity kills: recession, budget battles, and the politics of life and death.* London: Penguin Press; 2013.
 113. O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry.* 2014;1(1):73–85.
doi:10.1016/S2215-0366(14)70222-6
 114. Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry.* 1990;147(2):190–5.
 115. Tang NK, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med.* 2006;36(5):575–86.
 116. Stenager E, Stenager E. Somatic diseases and suicidal behaviour. In: Wasserman D, Wasserman C, editors. *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective.* Oxford: Oxford University Press; 2009:293–9.
 117. Jordan JR, McIntosh JL, editors. *Grief after suicide: understanding the consequences and caring for the survivors (Series in Death, Dying, and Bereavement).* New York (NY): Routledge; 2011.
 118. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner Jr TE. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev.* 2010;117(2):575–600.
 119. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet.* 2002;360(9340):1126–30.

120. Mann JJ, Currier DM. Stress, genetics and epigenetic effects on the neurobiology of suicidal behaviour and depression. *Eur Psychiatry*. 2010;25(5):268–71.
121. Luxton DD, June JD, Comtois KA. Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behaviour? A review of the evidence. *Crisis*. 2013;34(1):32–41. doi:10.1027/0227-5910/a000158.
122. mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: version 1.0. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf, accessed 23 April 2014).
123. Fleischmann A. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ*. 2008;86(9):703–9. doi:10.2471/BLT.07.046995.
124. Michel K, Gysin-Maillart A, editors. *Kurztherapie nach Suizidversuch: ASSIP – Attempted Suicide Short Intervention Program*. Germany: Verlag Hans Huber; 2013.
125. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry*. 2012;27(2):129–41. doi:10.1016/j.eurpsy.2011.06.003.
126. Pearson A, Saini P, Da Cruz D, Miles C, While D, Swinson N et al. Primary care contact prior to suicide in individuals with mental illness. *Br J Gen Pract*. 2009;59(568):825–32. doi:10.3399/bjgp09X472881.
127. Knox KL, Pflanz S, Talcott GW, Campise RL, Lavigne JE, Bajorska A et al. The US Air Force suicide prevention program: implications for public health policy. *Am J Public Health*. 2010;100(12):2457–63.
128. Hegerl U, Rummel-Kluge C, Värnik A, Arensman E, Koburger N. Alliances against depression – a community based approach to target depression and to prevent suicidal behaviour. *Neurosci Biobehav Rev*. 2013;37(10):2404–9.
129. Hegerl U, Network EAAD. The European Alliance Against Depression (EAAD): an evidence based cost-effective approach to improve depressed patients care and prevent suicidality. *Eur Psychiatry*. 2009;24:164.
130. While D, Bickley H, Roscoe A, Windfuhr K, Rahman S, Shaw J et al. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997–2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet*. 2012;379(9820):1005–12.
131. Johnson J, Wood AM, Gooding P, Taylor PJ, Tarrrier N. Resilience to suicidality: the buffering hypothesis. *Clin Psychol Rev*. 2011;31:563–91.
132. Van Praag H. The role of religion in suicide prevention. In: Wasserman D, Wasserman C, editors. *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective*. Oxford: Oxford University Press; 2009:7–12.
133. Rezaeian M. Epidemiology of self-immolation. *Burns*. 2013;39(1):184–6.
134. Sisask M, Värnik A, Kolves K, Konstabel K, Wasserman D. Subjective psychological well-being (WHO-5) in assessment of the severity of suicide attempt. *Nord J Psychiatry*. 2008;62(6):431–5.
135. Luthar SS, editor. *Resilience and vulnerability: adaptation in the context of childhood adversities*. Cambridge: Cambridge University Press; 2003.
136. Davidson CL, Babson KA, Bonn-Miller MO, Souter T, Vannoy S. The impact of exercise on suicide risk: examining pathways through depression, PTSD, and sleep in an inpatient sample of veterans. *Suicide Life Threat Behav*. 2013;43(3):279–89.
137. Sarchiapone M, Mandelli L, Carli V, Iosue M, Wasserman C, Hadlaczky G et al. Hours of sleep in adolescents and its association with anxiety, emotional concerns, and suicidal ideation. *Sleep Med*. 2014;15(2):248–54. doi:10.1016/j.sleep.2013.11.780.
138. Jané-Llopis E, Barry M, Hosman C, Patel V. Mental health promotion works: a review. *Promot Educ*. 2005;12(2):9–25.
139. Fergusson DM, McLeod GF, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse Negl*. 2013;37(9):664–674. doi:10.1016/j.chiabu.2013.03.013.
140. Mejdoubi J, van den Heijkant SC, van Leerdam FJ, Heymans MW, Hirasings RA, Crijnen AA. Effect of nurse home visits vs. usual care on reducing intimate partner violence in young high-risk pregnant women: a randomized controlled trial. *PLoS ONE*. 2013;8(10):e78185. doi:10.1371/journal.pone.0078185.
141. Olds DL, Henderson CR, Chamberlin R, Tatelbaum R. Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*. 1986;78(1):65–78.
142. Chan CS, Rhodes JE, Howard WJ, Lowe SR, Schwartz SE, Herrera C. Pathways of influence in school-based mentoring: the mediating role of parent and teacher relationships. *J Sch Psychol*. 2013;51(1):129–42. doi:10.1016/j.jsp.2012.10.001
143. Hawkins JD, Oesterle S, Brown EC, Monahan KC, Abbott RD, Arthur MW. Sustained decreases in risk exposure and youth problem behaviours after installation of the Communities That Care prevention system in a randomized trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2012;166(2):141–8. doi:10.1001/archpediatrics.2011.183.
144. Lewis KM, DuBois DL, Bavarian N, Acock A, Silverthorn N, Day J. Effects of positive action on the emotional health of urban youth: a cluster-randomized trial. *J Adolesc Health*. 2013;53(6):706–11. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.06.012.
145. Public health action for the prevention of suicide: a framework. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf, accessed 23 April 2014).
146. Soubrier JP. Looking back and ahead. Suicidology and suicide prevention: do we have perspectives? *Forum – Prevention of Suicide Worldwide*. *World Psychiatry*. 2004;3(3):159–60.
147. Chandler M J, Lalonde CE. Cultural continuity as a moderator of suicide risk among Canada's First Nations. In: Kirmayer L, Valaskakis G, editors. *The mental health of Canadian aboriginal peoples: transformations, identity, and*

- community. Vancouver: University of British Columbia Press; 2008:221–48.
148. Soubrier JP. Collaboration between psychiatrists and other physicians. In: Wasserman D, editor. *Suicide – an unnecessary death*. London: Martin Dunitz Ltd; 2001:231–6.
149. De Leo D, Cimitan A, Dyregrov K, Grad O, Andriessen K, editors. *Bereavement after traumatic death – helping the survivors*. Boston (MA): Hogrefe Publishing; 2014.
150. Coveney CM, Pollock K, Armstrong S, Moore J. Callers' experiences of contacting a national suicide prevention helpline. *Crisis*. 2012;33(6):313–24.
151. Mishara BL, Chagnon F, Daigle M, Balan B, Raymond S, Marcoux I et al. Comparing models of helper behavior to actual practice in telephone crisis intervention: a silent monitoring study of calls to the U.S. 1-800-SUICIDE Network. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37(3):291–307.
152. Mishara BL, Weisstub DN. *Suicide Laws: An International Review*. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2014 (in press).
153. Benson KM. Evidence-based approaches to suicide prevention. In: Lester D, Rogers JR, editors. *Suicide: a global issue, Volume 2: Prevention*. Santa Barbara (CA): ABC-CLIO, LLC; 2013.
154. Framework for program evaluation in public health. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1999 Sep 17;48(RR-11):1–40.
155. United Nations, 1996. *Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies*. New York (NY): United Nations; 1996.
156. Thacker SB, Berkelman RL. Public health surveillance in the United States. *Epidemiol Rev*. 1988;10:164–90.
157. *How to change practice: understand, identify and overcome barriers to change*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2007 (<http://www.nice.org.uk/usingguidance/implementationtools/howtochange/barrierstochange.jsp>, accessed 22 April 2014).
158. *Developing an effective evaluation plan*. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2011.
159. De Leo D, Evans RW. *International suicide rates and prevention strategies*. Göttingen: Hogrefe & Huber; 2004.
160. Wasserman D. Evaluating suicide prevention: various approaches needed. *World Psychiatry*. 2004;3:153–4.
161. Wasserman GA, McReynolds LS, Musabegovic H, Whited AL, Keating JM, Huo Y. Evaluating Project Connect: improving juvenile probationers' mental health and substance use service access. *Adm Policy Ment Health*. 2009;36(6):393–405.
162. *Suicide Prevention Strategy 2013–2016*. Edinburgh: Scottish Government; 2013 (<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2013/12/7616/downloads#res439429>, accessed 14 April 2014).
163. *National Strategy for Suicide Prevention: goals and objectives for action. A Report of the U.S. Surgeon General and of the National Action Alliance for Suicide Prevention*. Washington (DC): U.S. Department of Health and Human Services; 2012.
164. Hjelmeland H, Dieserud G, Dyregrov K, Knizek BL, Leenaars AL. Psychological autopsy studies as diagnostic tools: are they methodologically flawed? *Death Stud*. 2012; 36(7):605–26.
165. Khan MM, Hyder AA. *Suicides in the developing world: case study from Pakistan*. *Suicide Life Threat Behav*. 2006;36(1):76–81.
166. Mitchell P, editor. *Valuing young lives: evaluation of the national youth suicide prevention strategy*. Melbourne: Australian Institute of Family Studies; 2000.
167. Scott A, Guo B, editors. *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? HEN synthesis report*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2012.
168. Zechmeister I, Kilian R, McDaid D. Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations. *BMC Public Health*, 2008;22(8):20.
169. Wickramasinghe K, Steele P, Dawson A, Dharmaratne D, Gunawardena A, Senarathna L et al. *Cost to government health-care services of treating acute self-poisonings in a rural district in Sri Lanka*. *Bull World Health Organ*. 2009;87:180–5.
170. Van Spijker BA, Majo MC, Smit F, van Straten A, Kerkhof A. Reducing suicidal ideation: cost-effectiveness analysis of a randomized controlled trial of unguided web-based self-help. *J Med Internet Res*. 2012;14:e141.
171. Byford S, Knapp M, Greenshields J, Ukoumunne OC, Jones V, Thompson S et al. Cost-effectiveness of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: a decision-making approach. *Psychol Med*. 2003;33:977–86.
172. Vos T, Carter R, Barendregt J, Mihalopoulos C, Veerman JL, Magnus A et al, editors. *Assessing cost-effectiveness in prevention (ACE-Prevention): final report*. Brisbane and Melbourne: University of Queensland and Deakin University; 2010.
173. *Saving lives: our healthier nation*. London: Secretary of State for Health; 1999 (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/265576/4386.pdf, accessed 5 May 2014).
174. *National suicide prevention strategy for England. Annual report on progress*. London: National Mental Health Development Unit; 2009 (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/265576/4386.pdf, accessed 5 May 2014).

ANHÄNGE

Anhang 1. Geschätzte Suizidzahlen und -raten nach Geschlecht und Alter (2000 und 2012)

Land (Qualität der Sterblichkeits- daten**)	Ge- schlecht	Suizid- zahlen (alle Alters- gruppen), 2012	Suizidraten über alle Altersgruppen und altersspezifisch (pro 100 000), 2012						Altersstan- dardisierte Suizidraten*** (pro 100 000), 2012	Altersstan- dardisierte Suizidraten*** (pro 100 000), 2000	% Veränderung der altersstandardi- sierten Suizidraten, 2000–2012
			Alle Alters- gruppen	5–14 Jahre	15–29 Jahre	30–49 Jahre	50–69 Jahre	70+ Jahre			
Afghanistan (4)	Beide Geschlechter	1205	4.0	0.8	7.5	6.1	8.3	12.6	5.7	6.1	-5.9%
	Frauen	643	4.4	0.9	9.8	5.4	5.4	8.5	5.3	4.7	14.4%
	Männer	562	3.7	0.7	5.1	6.7	11.4	17.9	6.2	7.6	-17.6%
Ägypten (2)	Beide Geschlechter	1264	1.6	0.3	1.9	2.0	2.4	5.3	1.7	2.6	-33.6%
	Frauen	433	1.1	0.2	1.3	1.2	1.6	4.2	1.2	2.1	-45.3%
	Männer	831	2.1	0.4	2.4	2.8	3.3	7.1	2.4	3.1	-24.1%
Albanien (2)	Beide Geschlechter	205	6.5	0.8	5.3	7.0	9.1	19.3	5.9	7.0	-15.3%
	Frauen	93	5.9	1.0	4.9	5.8	8.3	17.4	5.2	5.6	-7.0%
	Männer	112	7.1	0.6	5.7	8.3	9.9	21.4	6.6	8.5	-22.0%
Algerien (4)	Beide Geschlechter	677	1.8	0.3	2.2	2.1	2.5	6.1	1.9	2.2	-12.8%
	Frauen	277	1.5	0.3	2.0	1.6	1.8	5.1	1.5	1.9	-16.8%
	Männer	400	2.1	0.4	2.3	2.6	3.2	7.3	2.3	2.6	-10.6%
Angola (4)	Beide Geschlechter	2206	10.6	2.3	21.4	17.4	13.7	18.8	13.8	9.2	50.3%
	Frauen	612	5.8	1.9	11.7	8.2	7.9	10.7	7.3	4.4	64.8%
	Männer	1594	15.5	2.7	31.3	26.8	20.2	29.3	20.7	14.3	45.1%
Äthiopien (4)	Beide Geschlechter	6852	7.5	1.7	10.7	8.1	15.9	61.3	11.5	13.1	-12.7%
	Frauen	1781	3.9	1.2	4.1	2.7	9.5	52.2	6.7	7.5	-11.1%
	Männer	5071	11.1	2.1	17.2	13.6	22.9	71.4	16.5	18.9	-13.0%
Äquatorialguinea (4)	Beide Geschlechter	102	13.9	2.7	24.8	18.3	19.5	30.1	16.6	13.8	20.4%
	Frauen	26	7.4	2.1	14.3	7.5	10.4	16.4	8.6	6.3	35.6%
	Männer	76	20.1	3.2	35.2	28.1	27.2	44.8	24.1	20.8	15.9%
Argentinien (2)	Beide Geschlechter	4418	10.8	1.1	13.8	10.9	15.8	21.6	10.3	12.4	-17.1%
	Frauen	901	4.3	0.9	5.3	4.7	5.9	7.0	4.1	5.1	-20.4%
	Männer	3517	17.5	1.2	21.9	17.3	26.9	45.6	17.2	20.6	-16.5%
Armenien (2)	Beide Geschlechter	98	3.3	0.3	2.8	3.6	4.6	8.8	2.9	3.2	-8.1%
	Frauen	17	1.2	0.2	0.9	0.7	1.2	5.2	0.9	1.0	-5.2%
	Männer	81	5.3	0.4	4.3	6.4	8.3	14.0	5.0	5.9	-14.8%
Aserbaidzhan (2)	Beide Geschlechter	154	1.7	0.2	1.6	1.8	2.6	5.2	1.7	1.7	-4.6%
	Frauen	48	1.0	0.2	1.2	0.8	1.3	4.3	1.0	0.9	17.6%
	Männer	106	2.3	0.3	2.1	2.9	4.1	6.6	2.4	2.7	-12.8%
Australien (1)	Beide Geschlechter	2679	11.6	0.6	12.2	17.2	13.2	12.9	10.6	11.9	-10.6%
	Frauen	649	5.6	0.8	6.5	7.9	6.2	5.4	5.2	5.0	4.6%
	Männer	2030	17.7	0.4	17.5	26.5	20.4	22.2	16.1	18.9	-15.1%
Bahamas (2)	Beide Geschlechter	9	2.3	0.2	1.0	1.8	4.5	14.8	2.3	3.0	-23.6%
	Frauen	3	1.4	0.2	0.6	0.9	2.2	9.2	1.3	2.1	-39.7%
	Männer	6	3.3	0.3	1.4	2.7	7.1	23.6	3.6	4.2	-13.2%
Bahrain (2)	Beide Geschlechter	95	7.3	1.1	8.7	8.2	8.9	36.4	8.1	8.0	0.1%
	Frauen	11	2.2	0.3	2.9	2.2	3.2	16.6	2.9	3.0	-3.4%
	Männer	85	10.3	1.7	12.1	11.0	12.2	57.1	11.6	11.8	-1.8%
Bangladesch (4)	Beide Geschlechter	10 167	6.6	1.0	8.1	6.4	13.6	28.9	7.8	7.8	-0.1%
	Frauen	5773	7.6	1.3	10.8	6.6	13.9	31.6	8.7	8.2	5.8%
	Männer	4394	5.6	0.7	5.5	6.1	13.4	26.4	6.8	7.3	-6.8%
Barbados (2)	Beide Geschlechter	7	2.6	0.2	2.2	2.2	4.0	8.1	2.3	3.4	-33.6%
	Frauen	1	0.7	0.1	0.5	0.6	0.8	2.5	0.6	1.0	-44.7%
	Männer	6	4.6	0.3	3.7	3.7	7.4	16.7	4.1	6.0	-31.3%
Belgien (1)	Beide Geschlechter	1955	17.7	0.7	9.5	24.1	24.6	25.1	14.2	18.0	-21.1%
	Frauen	548	9.7	0.5	4.9	11.1	16.4	12.4	7.7	9.2	-16.4%
	Männer	1407	25.9	0.8	14.0	36.8	33.0	43.8	21.0	27.4	-23.1%
Belize (1)	Beide Geschlechter	6	2.0	0.3	1.6	2.7	2.5	21.9	2.6	3.9	-32.6%
	Frauen	1	0.6	0.0	1.2	0.8	0.0	0.0	0.5	0.6	-12.1%
	Männer	6	3.5	0.5	1.9	4.7	5.0	48.6	4.9	7.3	-32.2%
Benin (4)	Beide Geschlechter	368	3.7	0.7	5.5	4.5	8.0	26.5	5.7	6.0	-5.5%
	Frauen	105	2.1	0.5	3.1	2.2	5.0	14.1	3.1	3.2	-2.2%
	Männer	262	5.2	1.0	7.9	6.7	11.3	44.7	8.8	9.6	-7.7%
Bhutan (4)	Beide Geschlechter	119	16.0	1.9	15.7	24.6	28.8	37.9	17.8	23.8	-25.1%
	Frauen	35	10.2	1.4	13.1	14.2	16.7	19.1	11.2	16.1	-30.5%
	Männer	83	20.9	2.4	18.0	32.4	38.2	53.0	23.1	30.6	-24.5%
Bolivien (2)	Beide Geschlechter	1224	11.7	4.8	20.6	13.3	12.0	13.9	12.2	12.5	-2.2%
	Frauen	450	8.6	4.9	17.2	7.7	5.5	8.6	8.5	9.3	-9.4%
	Männer	774	14.8	4.8	23.9	19.1	19.2	20.9	16.2	15.9	2.0%

Land (Qualität der Sterblichkeits- daten**)	Ge- schlecht	Suizid- zahlen (alle Alters- gruppen), 2012	Suizidraten über alle Altersgruppen und altersspezifisch (pro 100 000), 2012						Altersstan- dardisierte Suizidraten*** (pro 100 000), 2012	Altersstan- dardisierte Suizidraten*** (pro 100 000), 2000	% Veränderung der altersstandardi- sierten Suizidraten, 2000–2012
			Alle Alters- gruppen	5–14 Jahre	15–29 Jahre	30–49 Jahre	50–69 Jahre	70+ Jahre			
Bosnien und Herzegowina (2)	Beide Geschlechter	532	13.9	0.4	6.8	13.2	23.8	29.0	10.8	12.0	-10.6%
	Frauen	114	5.8	0.3	1.4	4.4	10.3	15.1	4.1	4.9	-16.5%
	Männer	418	22.3	0.5	12.0	22.1	38.8	48.2	18.0	20.2	-10.7%
Botswana (4)	Beide Geschlechter	64	3.2	0.6	4.5	3.8	5.2	12.6	3.8	4.1	-7.8%
	Frauen	17	1.7	0.3	2.2	1.4	3.4	8.7	2.0	2.3	-11.8%
	Männer	48	4.7	0.8	6.9	5.9	7.4	19.4	5.7	6.2	-7.0%
Brasilien (1)	Beide Geschlechter	11 821	6.0	0.4	6.7	8.4	8.0	9.8	5.8	5.3	10.4%
	Frauen	2623	2.6	0.3	2.6	3.7	3.8	3.3	2.5	2.1	17.8%
	Männer	9198	9.4	0.4	10.7	13.3	12.7	18.5	9.4	8.7	8.2%
Brunei Darussalam (2)	Beide Geschlechter	25	6.2	0.2	6.0	8.0	11.2	15.1	6.4	5.5	16.9%
	Frauen	10	4.9	0.2	4.5	6.1	9.3	13.7	5.2	4.2	24.2%
	Männer	15	7.4	0.2	7.5	10.0	13.0	16.7	7.7	6.8	12.6%
Bulgarien (2)	Beide Geschlechter	1054	14.5	0.8	8.0	14.4	21.2	24.1	10.8	15.5	-30.5%
	Frauen	288	7.7	0.5	3.2	6.9	10.6	14.9	5.3	8.0	-34.3%
	Männer	766	21.6	1.1	12.5	21.5	33.1	38.6	16.6	23.5	-29.3%
Burkina Faso (4)	Beide Geschlechter	485	3.0	0.6	4.8	3.9	6.4	21.5	4.8	4.8	0.0%
	Frauen	151	1.8	0.4	2.9	1.9	4.5	12.7	2.8	2.6	8.1%
	Männer	334	4.1	0.8	6.7	5.9	9.0	36.0	7.3	7.6	-3.8%
Burundi (4)	Beide Geschlechter	1617	16.4	5.2	27.3	21.0	29.2	82.4	23.1	19.6	17.8%
	Frauen	401	8.0	4.2	11.4	7.0	16.7	70.8	12.5	10.3	21.7%
	Männer	1216	25.0	6.3	44.2	35.1	41.7	96.5	34.1	29.6	15.4%
Chad (4)	Beide Geschlechter	336	2.7	0.5	4.1	4.0	7.4	21.4	4.7	4.5	4.2%
	Frauen	81	1.3	0.4	1.7	1.5	4.8	10.6	2.3	2.1	8.5%
	Männer	255	4.1	0.7	6.4	6.5	10.3	34.5	7.4	7.2	2.4%
Chile (1)	Beide Geschlechter	2262	13.0	1.0	16.5	16.0	16.2	16.8	12.2	10.7	14.3%
	Frauen	533	6.0	1.1	8.0	7.9	6.9	5.0	5.8	2.9	98.6%
	Männer	1729	20.0	0.9	24.8	24.2	26.1	33.9	19.0	19.1	-0.7%
China (3)	Beide Geschlechter	120 730	8.7	0.5	4.2	5.1	15.7	51.5	7.8	19.4	-59.6%
	Frauen	67 542	10.1	0.5	5.9	7.1	17.0	47.7	8.7	21.7	-59.7%
	Männer	53 188	7.4	0.4	2.7	3.2	14.4	55.8	7.1	17.4	-59.3%
Costa Rica (1)	Beide Geschlechter	331	6.9	0.6	7.9	10.4	8.5	7.2	6.7	7.0	-3.7%
	Frauen	53	2.2	0.2	3.2	3.2	2.5	0.6	2.2	1.8	24.6%
	Männer	278	11.4	1.0	12.3	17.4	14.5	15.1	11.2	12.1	-7.8%
Dänemark (1)	Beide Geschlechter	625	11.2	0.2	5.7	12.9	18.3	16.9	8.8	12.0	-27.0%
	Frauen	154	5.5	0.1	2.9	5.1	9.8	8.4	4.1	6.0	-31.6%
	Männer	471	17.0	0.2	8.4	20.7	26.9	28.2	13.6	18.4	-26.2%
Demokratische Republik Kongo (4)	Beide Geschlechter	5248	8.0	1.9	14.9	12.5	11.0	15.2	10.1	8.0	26.3%
	Frauen	1287	3.9	1.6	7.2	4.9	5.7	8.4	4.8	3.6	32.7%
	Männer	3961	12.1	2.3	22.6	20.3	16.8	24.3	15.8	12.8	23.6%
Demokratische Volksrepublik Laos (4)	Beide Geschlechter	422	6.4	0.4	6.9	8.4	15.6	36.4	8.8	14.4	-38.9%
	Frauen	161	4.8	0.3	4.7	5.6	13.3	29.2	6.6	11.8	-44.2%
	Männer	261	7.9	0.5	9.1	11.5	18.1	45.9	11.2	17.2	-34.6%
Demokratische Volksrepublik Nordkorea (4)	Beide Geschlechter	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Frauen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Männer	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Deutschland (1)	Beide Geschlechter	10 745	13.0	0.3	7.7	12.7	16.9	23.7	9.2	11.1	-17.0%
	Frauen	2621	6.2	0.2	3.1	5.6	8.0	11.6	4.1	5.2	-20.2%
	Männer	8124	20.0	0.3	12.0	19.4	26.0	40.7	14.5	17.5	-17.4%
Dominikanische Republik (2)	Beide Geschlechter	375	3.7	0.4	3.3	4.7	7.1	13.8	4.1	5.9	-31.1%
	Frauen	95	1.9	0.4	1.4	2.1	4.0	7.9	2.1	3.1	-34.2%
	Männer	280	5.4	0.3	5.2	7.3	10.3	20.3	6.1	8.6	-29.4%
Dschibuti (4)	Beide Geschlechter	92	10.7	1.8	12.5	9.8	22.7	85.3	15.1	14.7	2.9%
	Frauen	27	6.3	1.4	6.4	4.4	13.4	69.9	9.5	9.3	2.1%
	Männer	65	15.0	2.2	18.5	15.1	32.4	103.9	20.9	20.2	3.4%
Ecuador (2)	Beide Geschlechter	1377	8.9	2.0	15.7	8.6	10.7	15.9	9.2	8.9	3.4%
	Frauen	410	5.3	1.8	10.9	4.0	4.4	9.4	5.3	5.7	-8.0%
	Männer	967	12.5	2.2	20.4	13.4	17.4	23.4	13.2	12.1	9.0%
El Salvador (2)	Beide Geschlechter	806	12.8	1.6	17.6	18.1	17.5	20.6	13.6	13.7	-1.3%
	Frauen	191	5.8	1.8	9.6	5.9	6.5	6.9	5.7	7.5	-24.5%
	Männer	615	20.6	1.5	25.8	34.0	32.1	39.3	23.5	21.3	10.1%
Elfenbeinküste (4)	Beide Geschlechter	1063	5.4	1.5	8.5	6.8	9.1	26.7	7.4	6.5	15.0%
	Frauen	279	2.9	1.0	4.1	3.7	6.2	13.7	4.1	3.5	16.3%
	Männer	785	7.8	2.0	12.8	9.7	11.4	37.7	10.6	9.2	15.5%

Land (Qualität der Sterblichkeits- daten**)	Ge- schlecht	Suizid- zahlen (alle Alters- gruppen), 2012	Suizidraten über alle Altersgruppen und altersspezifisch (pro 100 000), 2012						Altersstan- dardisierte Suizidraten*** (pro 100 000), 2012	Altersstan- dardisierte Suizidraten*** (pro 100 000), 2000	% Veränderung der altersstandardi- sierten Suizidraten, 2000–2012
			Alle Alters- gruppen	5–14 Jahre	15–29 Jahre	30–49 Jahre	50–69 Jahre	70+ Jahre			
Eritrea (4)	Beide Geschlechter	510	8.3	1.0	8.3	11.6	35.0	79.0	16.3	16.4	-0.4%
	Frauen	124	4.0	0.6	3.0	4.1	18.0	57.8	8.7	9.2	-5.5%
	Männer	386	12.6	1.3	13.6	19.4	55.1	116.6	25.8	25.3	2.0%
Estland (1)	Beide Geschlechter	226	17.5	1.6	13.3	15.6	25.1	33.6	13.6	25.0	-45.9%
	Frauen	46	6.6	0.0	3.7	3.1	7.3	19.5	3.8	9.5	-59.7%
	Männer	181	30.2	3.0	22.6	28.3	47.8	65.5	24.9	43.6	-42.8%
Fidschi (2)	Beide Geschlechter	52	5.9	0.3	3.8	6.1	14.5	36.5	7.3	8.5	-13.7%
	Frauen	14	3.2	0.2	1.7	2.6	7.8	27.0	4.1	5.5	-25.4%
	Männer	38	8.5	0.3	5.8	9.4	21.3	48.4	10.6	11.5	-8.4%
Finnland (1)	Beide Geschlechter	901	16.7	0.3	18.8	21.0	21.2	16.5	14.8	20.8	-28.9%
	Frauen	224	8.1	0.1	10.7	10.0	10.9	5.6	7.5	10.0	-25.3%
	Männer	677	25.5	0.5	26.6	31.5	31.8	33.3	22.2	31.8	-30.2%
Frankreich (1)	Beide Geschlechter	10 093	15.8	0.6	7.6	19.3	23.1	28.9	12.3	14.9	-17.2%
	Frauen	2618	7.9	0.5	3.2	8.8	13.0	12.7	6.0	7.4	-19.5%
	Männer	7475	24.2	0.6	11.8	29.9	34.1	54.0	19.3	23.3	-17.4%
Gabun (4)	Beide Geschlechter	114	7.0	0.9	12.0	8.8	9.6	20.4	8.2	7.9	3.8%
	Frauen	31	3.8	0.8	6.2	4.5	5.7	12.1	4.5	4.3	3.0%
	Männer	83	10.1	1.1	17.6	13.1	13.7	31.5	12.1	11.7	3.2%
Gambia (4)	Beide Geschlechter	58	3.2	0.8	5.4	4.3	6.3	20.9	5.0	5.2	-3.1%
	Frauen	15	1.6	0.5	2.3	2.2	4.3	9.9	2.6	2.7	-4.8%
	Männer	43	4.9	1.2	8.7	6.6	8.3	31.7	7.6	7.7	-1.9%
Georgien (2)	Beide Geschlechter	165	3.8	0.4	2.9	4.4	4.7	8.1	3.2	4.3	-26.1%
	Frauen	32	1.4	0.1	1.4	0.8	1.3	4.4	1.0	1.4	-25.2%
	Männer	132	6.4	0.6	4.5	8.4	8.8	14.3	5.7	7.6	-25.3%
Ghana (4)	Beide Geschlechter	577	2.3	0.5	3.4	2.4	4.1	13.7	3.1	2.6	18.0%
	Frauen	205	1.6	0.4	2.0	1.6	3.5	9.6	2.2	1.8	19.4%
	Männer	372	3.0	0.6	4.7	3.3	4.8	19.7	4.2	3.4	23.4%
Griechenland (2)	Beide Geschlechter	548	4.9	0.1	3.0	5.9	6.4	7.6	3.8	3.4	10.5%
	Frauen	99	1.8	0.0	0.9	1.9	2.4	2.8	1.3	1.2	8.5%
	Männer	449	8.2	0.1	5.0	9.7	10.6	14.1	6.3	5.7	10.3%
Guatemala (2)	Beide Geschlechter	1101	7.3	1.5	12.8	10.3	9.9	15.0	8.7	7.2	20.6%
	Frauen	317	4.1	1.5	8.4	4.5	3.3	4.9	4.3	3.4	27.2%
	Männer	784	10.7	1.6	17.2	17.5	17.4	26.7	13.7	11.4	20.1%
Guinea (4)	Beide Geschlechter	377	3.3	0.9	5.3	4.0	5.9	17.7	4.7	4.7	-1.3%
	Frauen	95	1.7	0.6	2.3	1.8	3.9	9.1	2.4	2.5	-3.7%
	Männer	282	4.9	1.2	8.2	6.1	8.1	28.2	7.1	7.1	-0.7%
Guinea-Bissau (4)	Beide Geschlechter	51	3.1	0.6	4.8	3.0	6.7	23.1	4.7	4.3	7.9%
	Frauen	14	1.6	0.4	2.5	1.2	4.1	11.8	2.4	2.4	1.3%
	Männer	38	4.5	0.8	7.2	4.8	9.4	36.9	7.2	6.6	9.5%
Guyana (2)	Beide Geschlechter	277	34.8	2.9	29.7	64.0	81.4	95.1	44.2	48.3	-8.5%
	Frauen	72	18.3	2.8	17.6	29.3	38.5	51.1	22.1	24.6	-10.0%
	Männer	205	50.8	2.9	41.6	98.3	126.6	206.9	70.8	72.2	-1.9%
Haiti (2)	Beide Geschlechter	235	2.3	1.1	2.5	2.9	4.6	8.0	2.8	3.1	-9.7%
	Frauen	107	2.1	1.3	2.4	2.3	3.8	6.3	2.4	2.5	-5.6%
	Männer	128	2.5	0.9	2.6	3.7	5.4	10.1	3.3	3.8	-13.0%
Honduras (4)	Beide Geschlechter	386	4.9	1.4	7.3	6.5	7.1	9.6	5.5	5.6	-2.1%
	Frauen	110	2.8	1.2	5.3	2.8	2.0	3.0	2.8	2.9	-4.5%
	Männer	277	7.0	1.5	9.3	10.3	12.3	17.4	8.3	8.4	-0.8%
Indien (3)	Beide Geschlechter	258 075	20.9	2.0	35.5	28.0	20.0	20.9	21.1	23.3	-9.2%
	Frauen	99 977	16.7	2.4	36.1	17.2	11.1	11.2	16.4	20.3	-19.1%
	Männer	158 098	24.7	1.6	34.9	38.0	28.9	32.7	25.8	26.2	-1.6%
Indonesien (4)	Beide Geschlechter	9105	3.7	0.3	3.6	3.9	7.4	18.4	4.3	5.4	-19.6%
	Frauen	5206	4.2	0.4	3.6	4.2	9.0	22.1	4.9	5.9	-18.4%
	Männer	3900	3.1	0.2	3.6	3.6	5.8	13.5	3.7	4.7	-21.0%
Irak (2)	Beide Geschlechter	376	1.2	0.3	1.4	1.7	2.5	7.1	1.7	1.4	16.0%
	Frauen	246	1.5	0.3	2.0	2.0	2.7	9.1	2.1	1.9	11.8%
	Männer	130	0.8	0.2	0.7	1.4	2.1	4.3	1.2	1.0	22.2%
Iran (2)	Beide Geschlechter	4069	5.3	0.7	7.8	5.6	5.0	16.1	5.2	7.2	-28.0%
	Frauen	1369	3.6	0.6	5.5	3.0	3.7	13.4	3.6	6.4	-43.7%
	Männer	2700	7.0	0.8	10.0	8.1	6.5	18.6	6.7	7.9	-15.5%
Irland (1)	Beide Geschlechter	524	11.5	0.8	14.5	15.7	15.4	7.1	11.0	12.1	-9.0%
	Frauen	126	5.5	0.5	6.2	7.4	8.3	3.4	5.2	4.2	23.0%
	Männer	398	17.5	1.0	23.1	24.2	22.6	12.0	16.9	19.9	-15.3%
Island (1)	Beide Geschlechter	49	15.1	0.0	8.2	28.4	22.9	7.0	14.0	16.4	-14.5%
	Frauen	12	7.5	0.0	4.5	9.8	17.1	2.5	6.7	6.0	11.8%
	Männer	37	22.5	0.0	11.9	46.4	28.6	12.5	21.0	26.5	-20.7%

Land (Qualität der Sterblichkeits- daten**)	Ge- schlecht	Suizid- zahlen (alle Alters- gruppen), 2012	Suizidraten über alle Altersgruppen und altersspezifisch (pro 100 000), 2012						Altersstan- dardisierte Suizidraten*** (pro 100 000), 2012	Altersstan- dardisierte Suizidraten*** (pro 100 000), 2000	% Veränderung der altersstandardi- sierten Suizidraten, 2000–2012
			Alle Alters- gruppen	5–14 Jahre	15–29 Jahre	30–49 Jahre	50–69 Jahre	70+ Jahre			
Israel (1)	Beide Geschlechter	470	6.2	0.2	4.7	7.8	11.5	14.7	5.9	6.5	-8.2%
	Frauen	94	2.4	0.1	1.8	3.3	5.0	3.4	2.3	2.6	-10.7%
	Männer	377	10.0	0.2	7.4	12.5	18.5	30.3	9.8	10.6	-6.9%
Italien (1)	Beide Geschlechter	3908	6.4	0.2	3.4	6.7	8.9	10.8	4.7	5.0	-7.4%
	Frauen	817	2.6	0.1	1.3	2.7	3.7	4.0	1.9	2.4	-22.4%
	Männer	3091	10.5	0.3	5.4	10.7	14.4	20.6	7.6	8.0	-4.3%
Jamaika (2)	Beide Geschlechter	33	1.2	0.2	1.2	1.4	1.5	4.6	1.2	1.1	4.4%
	Frauen	10	0.7	0.2	0.8	0.7	0.8	2.7	0.7	0.6	7.8%
	Männer	23	1.7	0.3	1.5	2.2	2.3	7.0	1.8	1.7	4.2%
Japan (1)	Beide Geschlechter	29 442	23.1	0.5	18.4	26.8	31.8	25.5	18.5	18.8	-1.9%
	Frauen	8554	13.1	0.3	10.8	14.3	16.2	17.1	10.1	9.9	2.1%
	Männer	20 888	33.7	0.7	25.7	38.9	48.0	37.6	26.9	28.1	-4.0%
Jemen (4)	Beide Geschlechter	733	3.1	0.8	5.2	4.6	3.8	6.7	3.7	3.6	0.3%
	Frauen	320	2.7	0.7	5.1	3.3	2.7	5.3	3.0	3.0	1.0%
	Männer	413	3.4	0.9	5.2	5.8	5.1	8.3	4.3	4.4	-0.2%
Jordanien (2)	Beide Geschlechter	114	1.6	0.3	2.2	2.1	2.7	6.8	2.0	2.4	-15.0%
	Frauen	54	1.6	0.3	2.4	2.0	2.1	6.1	1.9	2.1	-10.8%
	Männer	60	1.7	0.3	2.0	2.2	3.3	7.5	2.2	2.7	-18.0%
Kambodscha (4)	Beide Geschlechter	1339	9.0	2.1	13.0	12.8	9.4	15.8	9.4	11.5	-18.0%
	Frauen	474	6.2	1.8	8.7	6.9	9.2	11.5	6.5	8.5	-24.2%
	Männer	865	11.9	2.4	17.2	19.2	9.7	21.9	12.6	14.9	-15.2%
Kamerun (4)	Beide Geschlechter	1070	4.9	1.2	7.9	6.0	8.6	30.5	7.0	6.8	3.1%
	Frauen	257	2.4	0.7	3.2	2.7	5.6	15.1	3.4	3.4	0.9%
	Männer	814	7.5	1.7	12.5	9.2	11.8	49.6	10.9	10.5	3.6%
Kanada (1)	Beide Geschlechter	3983	11.4	0.6	10.0	15.2	15.6	11.3	9.8	11.0	-11.1%
	Frauen	958	5.5	0.5	5.2	7.1	8.0	3.3	4.8	4.9	-2.8%
	Männer	3026	17.5	0.6	14.6	23.2	23.5	22.0	14.9	17.2	-13.5%
Kapverden (4)	Beide Geschlechter	19	3.9	0.3	2.5	2.7	7.2	38.7	4.8	5.4	-12.3%
	Frauen	4	1.5	0.1	0.6	0.8	2.8	14.2	1.6	2.0	-18.2%
	Männer	16	6.4	0.6	4.3	4.5	12.8	77.7	9.1	10.0	-8.7%
Kasachstan (1)	Beide Geschlechter	3912	24.0	3.2	30.8	34.4	28.8	28.8	23.8	37.6	-36.7%
	Frauen	788	9.4	2.4	15.0	10.5	9.5	11.9	9.3	12.6	-26.1%
	Männer	3123	39.8	4.0	46.6	59.8	53.6	63.4	40.6	66.9	-39.3%
Katar (2)	Beide Geschlechter	95	4.7	0.2	4.6	5.6	6.2	16.1	4.6	4.1	12.6%
	Frauen	3	0.7	0.1	0.8	0.6	2.0	8.1	1.2	1.9	-34.9%
	Männer	92	5.9	0.3	5.6	6.7	7.7	20.2	5.7	5.2	10.7%
Kenia (4)	Beide Geschlechter	4647	10.8	2.4	16.2	13.2	21.4	78.7	16.2	16.5	-1.6%
	Frauen	1050	4.9	1.6	5.7	4.3	10.9	62.4	8.4	9.2	-8.8%
	Männer	3597	16.7	3.2	26.8	22.0	33.2	98.8	24.4	24.0	1.7%
Kirgisistan (1)	Beide Geschlechter	476	8.7	0.8	11.6	13.3	11.3	14.4	9.2	15.4	-40.2%
	Frauen	123	4.4	0.4	7.3	5.5	3.1	12.2	4.5	5.8	-22.2%
	Männer	353	13.1	1.2	15.9	21.3	21.0	17.9	14.2	26.0	-45.1%
Kolumbien (1)	Beide Geschlechter	2517	5.3	1.1	8.0	6.4	6.6	7.1	5.4	7.0	-22.8%
	Frauen	471	1.9	1.2	3.6	1.6	2.2	0.4	1.9	3.0	-35.6%
	Männer	2046	8.7	0.9	12.4	11.4	11.5	16.3	9.1	11.3	-19.3%
Komoren (4)	Beide Geschlechter	75	10.5	1.9	12.9	13.0	28.6	82.1	16.9	15.6	8.6%
	Frauen	21	6.0	1.5	6.5	5.5	16.3	67.0	10.3	9.6	7.4%
	Männer	54	14.9	2.2	19.2	20.5	41.4	101.6	24.0	21.9	9.7%
Kroatien (1)	Beide Geschlechter	709	16.5	0.4	8.0	14.6	23.2	37.2	11.6	16.4	-29.1%
	Frauen	155	7.0	0.1	2.7	5.1	9.7	16.0	4.5	6.9	-35.5%
	Männer	554	26.7	0.6	13.0	23.9	37.8	73.0	19.8	27.4	-27.8%
Kuba (1)	Beide Geschlechter	1648	14.6	0.8	6.0	14.8	24.4	36.1	11.4	14.6	-21.9%
	Frauen	334	6.0	1.5	1.5	4.2	13.4	12.0	4.5	8.7	-48.1%
	Männer	1315	23.2	0.1	10.2	25.0	35.7	65.1	18.5	20.8	-11.3%
Kuwait (1)	Beide Geschlechter	33	1.0	0.3	1.4	1.3	1.2	0.0	0.9	1.4	-35.0%
	Frauen	12	0.9	0.4	1.4	1.3	0.3	0.0	0.8	1.3	-39.4%
	Männer	21	1.1	0.2	1.3	1.3	1.7	0.0	1.0	1.4	-33.6%
Lesotho (4)	Beide Geschlechter	110	5.4	1.4	8.3	6.3	7.2	16.8	6.1	4.0	53.7%
	Frauen	32	3.1	1.1	4.6	3.0	4.5	10.1	3.4	2.3	49.8%
	Männer	78	7.7	1.7	12.0	9.6	11.5	27.6	9.2	6.0	53.8%
Lettland (1)	Beide Geschlechter	419	20.4	0.3	13.8	23.9	30.4	26.2	16.2	29.0	-44.2%
	Frauen	68	6.1	0.3	2.8	4.9	9.4	10.7	4.3	9.3	-54.1%
	Männer	351	37.3	0.3	24.5	43.5	58.2	62.4	30.7	52.8	-42.0%
Libanon (4)	Beide Geschlechter	43	0.9	0.1	0.6	0.6	1.5	5.6	0.9	1.7	-46.4%
	Frauen	14	0.6	0.1	0.7	0.4	0.6	3.4	0.6	1.2	-52.5%
	Männer	29	1.2	0.1	0.6	0.8	2.3	7.9	1.2	2.2	-45.5%

Land (Qualität der Sterblichkeits- daten**)	Ge- schlecht	Suizid- zahlen (alle Alters- gruppen), 2012	Suizidraten über alle Altersgruppen und altersspezifisch (pro 100 000), 2012						Altersstan- dardisierte Suizidraten*** (pro 100 000), 2012	Altersstan- dardisierte Suizidraten*** (pro 100 000), 2000	% Veränderung der altersstandardi- sierten Suizidraten, 2000–2012
			Alle Alters- gruppen	5–14 Jahre	15–29 Jahre	30–49 Jahre	50–69 Jahre	70+ Jahre			
Liberien (4)	Beide Geschlechter	109	2.6	0.5	3.7	2.9	6.7	21.3	4.3	5.0	-14.1%
	Frauen	26	1.2	0.3	1.5	1.1	4.0	10.1	2.0	2.2	-9.0%
	Männer	84	4.0	0.6	5.8	4.6	9.6	34.6	6.8	7.9	-14.8%
Libyen (4)	Beide Geschlechter	90	1.5	0.2	1.4	1.7	3.0	8.4	1.8	2.7	-33.7%
	Frauen	38	1.2	0.2	1.5	1.4	1.7	5.8	1.4	2.0	-31.8%
	Männer	53	1.7	0.2	1.2	1.9	4.2	11.7	2.2	3.3	-32.9%
Litauen (1)	Beide Geschlechter	1007	33.3	0.6	26.8	46.6	43.6	35.3	28.2	44.9	-37.2%
	Frauen	177	10.9	0.4	6.5	14.0	11.3	20.2	8.4	15.0	-44.4%
	Männer	830	59.5	0.7	46.5	80.8	86.0	72.5	51.0	79.3	-35.6%
Luxemburg (1)	Beide Geschlechter	56	10.8	0.3	6.1	12.9	18.9	13.4	8.7	13.3	-34.7%
	Frauen	14	5.5	0.0	4.4	5.7	8.0	9.6	4.4	7.1	-38.5%
	Männer	42	16.1	0.6	7.7	19.9	29.6	19.0	13.0	20.0	-35.0%
Madagaskar (4)	Beide Geschlechter	1625	7.3	2.2	10.6	8.0	16.0	52.4	11.0	10.8	1.0%
	Frauen	474	4.2	1.5	5.6	3.2	10.3	44.3	6.9	7.2	-3.6%
	Männer	1151	10.4	2.9	15.6	12.9	22.2	61.8	15.2	14.6	3.8%
Malawi (4)	Beide Geschlechter	1376	8.7	1.6	10.5	9.7	24.7	96.7	16.0	13.1	22.5%
	Frauen	370	4.7	1.4	5.0	2.8	12.4	70.0	8.9	7.1	26.0%
	Männer	1006	12.6	1.8	15.9	16.4	39.4	129.0	23.9	19.6	22.1%
Malaysia (2)	Beide Geschlechter	772	2.6	0.1	2.3	2.8	5.5	13.3	3.0	4.0	-23.9%
	Frauen	183	1.2	0.1	1.0	1.1	2.9	7.7	1.5	2.3	-35.4%
	Männer	588	4.2	0.2	3.8	4.7	8.1	18.6	4.7	5.7	-18.1%
Malediven (2)	Beide Geschlechter	17	5.0	0.5	4.1	4.1	11.9	40.2	6.4	20.9	-69.4%
	Frauen	6	3.6	0.4	2.2	2.4	9.9	36.9	4.9	18.3	-73.0%
	Männer	11	6.4	0.5	5.9	6.0	13.8	43.0	7.8	23.3	-66.4%
Mali (4)	Beide Geschlechter	410	2.8	0.6	4.3	3.5	6.3	25.8	4.8	5.2	-7.7%
	Frauen	129	1.7	0.5	2.9	1.8	4.0	12.6	2.7	2.8	-4.2%
	Männer	282	3.8	0.6	5.5	5.3	9.2	42.1	7.2	7.8	-8.8%
Malta (1)	Beide Geschlechter	29	6.8	0.0	4.0	11.2	8.6	5.6	6.0	6.0	-0.3%
	Frauen	2	0.7	0.0	2.1	0.0	1.2	0.0	0.7	2.2	-68.8%
	Männer	27	12.8	0.0	5.8	21.8	16.1	13.0	11.1	9.8	13.0%
Marokko (2)	Beide Geschlechter	1628	5.0	0.9	5.9	6.4	7.2	14.4	5.3	2.7	97.8%
	Frauen	198	1.2	0.2	1.7	1.3	1.3	3.7	1.2	1.3	-6.1%
	Männer	1431	8.9	1.5	10.1	12.0	13.5	30.1	9.9	4.2	135.0%
Mauretanien (4)	Beide Geschlechter	68	1.8	0.3	2.4	1.8	4.0	17.6	2.9	3.1	-5.6%
	Frauen	18	1.0	0.2	1.2	0.8	2.5	9.2	1.5	1.6	-5.6%
	Männer	49	2.6	0.4	3.5	2.7	5.6	29.1	4.5	4.8	-5.0%
Mauritius (1)	Beide Geschlechter	105	8.5	0.8	10.7	12.1	8.8	7.4	8.0	9.8	-18.5%
	Frauen	19	3.0	1.4	4.5	3.0	3.4	2.8	2.9	5.0	-42.7%
	Männer	86	14.1	0.2	16.8	21.1	14.5	14.4	13.2	14.8	-10.6%
Mazedonien (1)	Beide Geschlechter	140	6.7	0.2	2.1	6.0	13.9	15.1	5.2	6.7	-22.0%
	Frauen	45	4.2	0.0	1.1	4.4	7.1	11.8	3.2	4.0	-20.0%
	Männer	96	9.1	0.3	3.0	7.6	20.9	19.6	7.3	9.4	-22.5%
Mexiko (1)	Beide Geschlechter	4951	4.1	0.9	6.0	5.3	5.1	5.8	4.2	3.6	16.6%
	Frauen	1055	1.7	0.8	3.1	2.0	1.3	0.5	1.7	1.1	55.1%
	Männer	3896	6.7	1.0	8.9	9.1	9.6	12.7	7.1	6.5	10.0%
Moldawien (1)	Beide Geschlechter	566	16.1	2.1	10.1	19.4	28.9	16.6	13.7	15.4	-11.1%
	Frauen	102	5.5	2.8	3.5	4.8	9.7	8.0	4.8	4.0	20.6%
	Männer	463	27.8	1.4	16.8	35.0	51.9	33.4	24.1	28.9	-16.8%
Mongolei (4)	Beide Geschlechter	261	9.4	0.7	8.9	15.7	13.6	19.0	9.8	10.4	-6.3%
	Frauen	47	3.4	0.3	3.4	4.6	5.4	11.6	3.7	5.6	-34.9%
	Männer	214	15.5	1.0	14.3	27.1	23.1	29.8	16.3	15.4	5.9%
Montenegro (2)	Beide Geschlechter	117	18.9	0.8	11.2	17.4	31.0	48.7	15.3	11.3	35.0%
	Frauen	28	9.0	0.3	3.2	5.8	15.0	30.1	6.4	5.0	28.8%
	Männer	89	29.0	1.2	18.8	29.3	48.1	74.9	24.7	18.2	36.2%
Mosambik (4)	Beide Geschlechter	4360	17.3	5.0	25.2	19.2	36.7	144.7	27.4	24.6	11.5%
	Frauen	1639	12.7	4.5	14.2	10.5	29.4	147.9	21.1	19.1	11.0%
	Männer	2721	22.1	5.4	36.3	29.3	45.4	140.1	34.2	30.9	10.5%
Myanmar (4)	Beide Geschlechter	6558	12.4	1.3	15.7	12.7	19.4	41.7	13.1	12.1	8.2%
	Frauen	2704	10.0	1.1	11.8	10.3	15.7	31.6	10.3	10.3	-0.2%
	Männer	3854	15.0	1.5	19.8	15.2	23.8	55.8	16.5	14.3	15.5%
Namibien (4)	Beide Geschlechter	46	2.0	0.4	2.6	2.5	4.3	11.2	2.7	3.0	-7.5%
	Frauen	13	1.1	0.2	1.3	1.2	2.5	6.0	1.4	1.7	-13.9%
	Männer	33	3.0	0.6	3.9	3.9	6.8	18.9	4.4	4.5	-2.0%
Nepal (4)	Beide Geschlechter	5572	20.3	2.0	25.8	22.3	45.2	82.2	24.9	33.5	-25.7%
	Frauen	2468	17.5	2.1	25.4	19.8	29.0	57.5	20.0	27.1	-26.2%
	Männer	3104	23.3	1.9	26.2	25.2	61.3	110.3	30.1	40.5	-25.5%

Land (Qualität der Sterblichkeits- daten**)	Ge- schlecht	Suizid- zahlen (alle Alters- gruppen), 2012	Suizidraten über alle Altersgruppen und altersspezifisch (pro 100 000), 2012						Altersstan- dardisierte Suizidraten*** (pro 100 000), 2012	Altersstan- dardisierte Suizidraten*** (pro 100 000), 2000	% Veränderung der altersstandardi- sierten Suizidraten, 2000–2012
			Alle Alters- gruppen	5–14 Jahre	15–29 Jahre	30–49 Jahre	50–69 Jahre	70+ Jahre			
Neuseeland (1)	Beide Geschlechter	459	10.3	1.3	13.0	13.2	12.6	10.7	9.6	12.2	-21.4%
	Frauen	122	5.4	0.9	7.3	7.1	5.5	5.5	5.0	4.3	15.8%
	Männer	337	15.4	1.7	18.5	19.8	20.1	17.1	14.4	20.6	-29.8%
Nicaragua (2)	Beide Geschlechter	547	9.1	1.4	13.4	13.9	11.5	13.2	10.0	11.5	-13.1%
	Frauen	146	4.8	1.8	8.1	5.5	4.8	5.5	4.9	6.2	-21.5%
	Männer	401	13.5	1.0	18.7	22.9	18.8	22.4	15.4	17.0	-9.3%
Niederlande (1)	Beide Geschlechter	1666	10.0	0.3	6.7	13.0	14.8	11.9	8.2	7.9	3.3%
	Frauen	496	5.9	0.1	3.6	7.9	8.4	7.4	4.8	5.1	-7.0%
	Männer	1171	14.1	0.5	9.7	18.0	21.1	18.2	11.7	10.9	6.9%
Niger (4)	Beide Geschlechter	315	1.8	0.4	2.6	2.3	5.7	19.3	3.5	3.5	2.3%
	Frauen	87	1.0	0.3	1.4	1.0	3.8	9.9	1.9	1.9	0.5%
	Männer	227	2.6	0.4	4.0	3.6	7.3	30.8	5.3	5.2	1.1%
Nigeria (4)	Beide Geschlechter	7238	4.3	1.3	7.0	5.1	8.9	25.6	6.5	6.4	2.0%
	Frauen	1584	1.9	0.8	2.8	1.8	5.0	11.3	2.9	2.6	8.7%
	Männer	5653	6.6	1.8	11.0	8.2	12.9	41.6	10.3	10.3	-0.7%
Norwegen (1)	Beide Geschlechter	508	10.2	0.3	10.2	12.9	14.6	10.8	9.1	11.5	-20.4%
	Frauen	145	5.8	0.3	5.5	7.6	8.6	5.2	5.2	5.5	-5.6%
	Männer	364	14.6	0.3	14.7	18.0	20.4	18.5	13.0	17.5	-25.4%
Oman (2)	Beide Geschlechter	32	1.0	0.1	1.3	1.0	1.3	3.5	1.0	2.0	-50.3%
	Frauen	6	0.5	0.1	0.7	0.5	1.0	2.5	0.6	1.2	-52.0%
	Männer	26	1.3	0.1	1.6	1.3	1.6	4.3	1.2	2.5	-51.4%
Österreich (1)	Beide Geschlechter	1319	15.6	1.0	9.5	14.3	21.5	32.9	11.5	16.3	-29.7%
	Frauen	330	7.6	0.7	3.3	6.5	12.2	14.0	5.4	7.4	-27.2%
	Männer	989	23.9	1.3	15.5	22.1	31.3	61.2	18.2	26.7	-32.1%
Osttimor (4)	Beide Geschlechter	60	5.4	0.7	9.0	7.4	11.9	27.8	8.0	12.1	-34.0%
	Frauen	23	4.2	0.6	7.3	4.0	10.3	22.0	5.8	8.3	-29.8%
	Männer	37	6.6	0.8	10.7	10.6	13.6	34.5	10.2	15.8	-35.6%
Pakistan (4)	Beide Geschlechter	13 377	7.5	1.1	9.1	8.5	16.3	33.7	9.3	9.1	2.6%
	Frauen	7085	8.1	1.6	12.0	7.5	15.4	32.5	9.6	9.6	0.3%
	Männer	6291	6.8	0.7	6.3	9.4	17.2	34.8	9.1	8.7	5.0%
Panama (1)	Beide Geschlechter	170	4.5	0.7	5.8	5.2	8.0	7.6	4.7	6.2	-23.7%
	Frauen	25	1.3	0.6	3.0	0.4	2.0	0.9	1.3	1.6	-15.8%
	Männer	146	7.6	0.8	8.4	9.8	14.1	15.2	8.1	10.8	-25.1%
Papua –Neuguinea (4)	Beide Geschlechter	550	7.7	0.6	6.5	9.9	27.8	55.1	12.4	14.8	-15.9%
	Frauen	193	5.5	0.5	4.5	5.2	20.2	52.0	9.1	10.9	-16.8%
	Männer	356	9.7	0.7	8.4	14.4	36.1	59.8	15.9	18.8	-15.4%
Paraguay (2)	Beide Geschlechter	357	5.3	0.5	6.3	7.9	9.9	12.2	6.1	6.2	-1.9%
	Frauen	94	2.8	0.6	3.8	3.4	5.1	6.3	3.2	3.5	-9.5%
	Männer	262	7.8	0.5	8.7	12.3	14.6	19.0	9.1	9.0	0.9%
Peru (2)	Beide Geschlechter	942	3.1	0.6	4.9	3.7	3.8	5.2	3.2	4.4	-27.1%
	Frauen	311	2.1	0.6	4.0	1.9	2.0	3.1	2.1	2.9	-29.6%
	Männer	631	4.2	0.6	5.8	5.6	5.8	7.7	4.4	6.0	-26.2%
Philippinen (1)	Beide Geschlechter	2558	2.7	0.3	4.3	3.8	3.3	4.6	2.9	2.6	13.5%
	Frauen	550	1.1	0.3	2.2	1.3	1.0	1.9	1.2	1.4	-13.0%
	Männer	2009	4.2	0.3	6.4	6.3	5.8	8.6	4.8	3.9	24.4%
Polen (2)	Beide Geschlechter	7848	20.5	0.5	12.7	24.6	31.2	29.0	16.6	18.5	-10.5%
	Frauen	1028	5.2	0.3	2.6	4.7	7.8	10.8	3.8	4.8	-20.1%
	Männer	6820	37.0	0.8	22.5	44.2	57.7	61.2	30.5	33.8	-9.8%
Portugal (1)	Beide Geschlechter	1324	12.5	0.3	3.8	10.4	16.3	34.8	8.2	8.8	-7.0%
	Frauen	300	5.5	0.1	1.7	4.7	7.0	13.6	3.5	3.4	4.8%
	Männer	1024	19.9	0.6	5.9	16.2	26.6	66.3	13.6	15.1	-9.6%
Ruanda (4)	Beide Geschlechter	865	7.6	1.9	11.1	9.2	15.6	68.0	11.9	18.5	-35.7%
	Frauen	236	4.0	1.4	4.7	3.3	9.7	59.0	7.2	12.1	-40.3%
	Männer	629	11.3	2.4	18.0	15.4	22.7	79.1	17.1	25.5	-32.7%
Rumänien (1)	Beide Geschlechter	2781	12.8	1.0	7.8	15.4	20.6	15.3	10.5	11.3	-7.3%
	Frauen	418	3.7	0.7	2.2	3.7	5.7	6.3	2.9	3.6	-19.5%
	Männer	2364	22.3	1.3	13.0	26.7	37.6	29.3	18.4	19.4	-5.2%
Russland (1)	Beide Geschlechter	31 997	22.4	1.7	27.3	26.5	22.6	32.1	19.5	35.0	-44.4%
	Frauen	5781	7.5	1.3	8.0	7.5	6.9	15.4	6.2	9.6	-34.9%
	Männer	26 216	39.7	2.2	46.1	46.8	43.7	72.3	35.1	64.3	-45.3%
Sambia (4)	Beide Geschlechter	1346	9.6	3.0	15.4	10.4	21.5	82.7	15.7	24.4	-35.4%
	Frauen	433	6.1	3.0	8.2	4.3	14.0	79.2	10.8	18.8	-42.8%
	Männer	913	13.0	2.9	22.7	16.4	29.3	87.0	20.8	29.9	-30.3%
Saudi-Arabien (2)	Beide Geschlechter	98	0.3	0.1	0.6	0.3	0.5	1.8	0.4	0.6	-27.6%
	Frauen	19	0.2	0.1	0.2	0.2	0.2	0.9	0.2	0.3	-29.6%
	Männer	78	0.5	0.1	0.8	0.4	0.7	2.6	0.6	0.9	-29.4%

Land (Qualität der Sterblichkeits- daten**)	Ge- schlecht	Suizid- zahlen (alle Alters- gruppen), 2012	Suizidraten über alle Altersgruppen und altersspezifisch (pro 100 000), 2012						Altersstan- dardisierte Suizidraten*** (pro 100 000), 2012	Altersstan- dardisierte Suizidraten*** (pro 100 000), 2000	% Veränderung der altersstandardi- sierten Suizidraten, 2000–2012
			Alle Alters- gruppen	5–14 Jahre	15–29 Jahre	30–49 Jahre	50–69 Jahre	70+ Jahre			
Schweden (1)	Beide Geschlechter	1255	13.2	0.5	11.9	14.1	21.0	15.2	11.1	11.5	-3.6%
	Frauen	341	7.1	0.8	5.3	8.2	12.1	6.8	6.1	7.0	-12.9%
	Männer	914	19.3	0.2	18.2	19.8	29.8	26.2	16.2	16.3	-0.6%
Schweiz (1)	Beide Geschlechter	972	12.2	0.2	7.6	11.5	19.6	20.1	9.2	15.6	-40.9%
	Frauen	269	6.6	0.1	4.4	5.9	11.7	8.8	5.1	8.4	-39.3%
	Männer	703	17.8	0.4	10.8	17.1	27.5	36.2	13.6	23.5	-42.1%
Senegal (4)	Beide Geschlechter	438	3.2	0.5	4.3	3.8	7.8	30.6	5.4	5.3	0.8%
	Frauen	119	1.7	0.3	2.2	1.6	4.8	16.2	2.8	3.0	-6.4%
	Männer	318	4.7	0.7	6.4	6.3	11.7	49.4	8.6	8.1	5.3%
Serbien (1)	Beide Geschlechter	1600	16.8	0.1	5.7	15.2	26.8	47.3	12.4	18.5	-32.8%
	Frauen	411	8.4	0.1	2.8	5.9	12.9	25.6	5.8	9.9	-41.7%
	Männer	1189	25.5	0.1	8.5	24.6	41.9	79.8	19.9	28.2	-29.3%
Sierra Leone (4)	Beide Geschlechter	337	5.6	1.4	10.7	6.0	8.7	25.9	7.7	9.6	-20.1%
	Frauen	98	3.3	1.0	5.8	3.2	6.4	15.0	4.5	5.2	-13.8%
	Männer	239	8.1	1.8	15.7	8.9	11.1	37.2	11.0	14.2	-22.6%
Simbabwe (4)	Beide Geschlechter	2281	16.6	4.1	30.9	18.5	16.4	41.6	18.1	19.2	-5.7%
	Frauen	619	8.9	3.8	15.3	7.7	9.8	28.9	9.7	10.1	-4.0%
	Männer	1663	24.6	4.4	46.7	29.0	25.1	58.5	27.2	28.8	-5.6%
Singapur (1)	Beide Geschlechter	469	8.9	0.7	6.2	8.2	14.4	22.2	7.4	11.1	-32.9%
	Frauen	168	6.3	0.5	6.0	4.9	10.7	11.5	5.3	7.7	-30.5%
	Männer	301	11.5	0.8	6.4	11.7	18.0	36.5	9.8	14.7	-33.3%
Slowakei (1)	Beide Geschlechter	687	12.6	0.3	7.6	13.7	21.6	17.5	10.1	12.6	-20.0%
	Frauen	90	3.2	0.1	1.7	3.0	5.5	5.4	2.5	4.3	-42.1%
	Männer	597	22.5	0.4	13.3	24.1	39.7	40.0	18.5	21.8	-15.2%
Slowenien (1)	Beide Geschlechter	354	17.1	0.2	8.4	15.6	26.8	32.2	12.4	25.2	-51.0%
	Frauen	71	6.8	0.0	1.5	4.4	14.0	11.1	4.4	12.3	-64.6%
	Männer	283	27.5	0.5	14.8	26.0	39.6	67.5	20.8	39.8	-47.8%
Solomon-Inseln (4)	Beide Geschlechter	34	6.3	0.6	6.0	7.5	19.7	61.6	10.6	13.9	-24.0%
	Frauen	11	4.0	0.5	3.7	3.9	12.4	51.6	7.2	9.7	-26.0%
	Männer	24	8.4	0.6	8.3	11.1	26.7	71.1	13.9	18.0	-22.9%
Somalien (4)	Beide Geschlechter	815	8.0	2.7	12.7	10.4	16.7	51.0	12.4	12.3	0.6%
	Frauen	208	4.1	2.3	4.8	3.2	10.2	43.9	6.8	6.7	1.5%
	Männer	607	12.0	3.2	20.6	17.8	23.7	59.8	18.1	18.0	0.6%
Spanien (1)	Beide Geschlechter	3296	7.1	0.1	3.0	7.8	9.6	13.9	5.1	6.4	-20.3%
	Frauen	730	3.1	0.0	1.1	3.5	4.5	5.2	2.2	2.9	-24.1%
	Männer	2566	11.1	0.1	4.9	11.9	15.0	26.6	8.2	10.4	-20.7%
Sri Lanka (2)	Beide Geschlechter	6170	29.2	1.2	23.7	31.9	48.3	111.1	28.8	52.7	-45.4%
	Frauen	1446	13.4	0.9	10.7	10.1	23.2	63.6	12.8	22.3	-42.5%
	Männer	4724	45.8	1.5	36.8	55.0	76.3	172.1	46.4	84.1	-44.8%
Südafrika (2)	Beide Geschlechter	1398	2.7	0.4	2.8	2.8	5.6	10.5	3.0	3.3	-8.8%
	Frauen	280	1.0	0.2	1.0	0.9	2.2	4.3	1.1	1.0	7.7%
	Männer	1117	4.4	0.6	4.5	4.7	10.3	22.4	5.5	6.1	-10.5%
Sudan (4)	Beide Geschlechter	4286	11.5	3.0	15.0	14.3	25.3	80.8	17.2	15.2	12.9%
	Frauen	1340	7.2	2.6	8.1	6.2	18.2	72.8	11.5	10.6	8.4%
	Männer	2946	15.8	3.5	21.8	22.4	32.9	90.1	23.0	19.9	15.8%
Südkorea (1)	Beide Geschlechter	17 908	36.6	1.2	18.2	35.7	50.4	116.2	28.9	13.8	109.4%
	Frauen	5755	23.4	1.0	14.9	23.5	25.3	69.1	18.0	8.1	123.5%
	Männer	12 153	49.9	1.3	21.3	47.6	76.7	192.1	41.7	20.4	104.6%
Südsudan (4)	Beide Geschlechter	1470	13.6	4.1	19.6	15.7	27.3	85.2	19.8	20.8	-4.8%
	Frauen	443	8.2	3.5	9.5	7.1	18.4	76.8	12.8	12.9	-1.3%
	Männer	1027	18.9	4.6	29.6	24.4	36.8	95.4	27.1	28.9	-6.3%
Suriname (1)	Beide Geschlechter	145	27.2	2.9	28.2	37.9	46.6	47.9	27.8	19.8	40.4%
	Frauen	32	11.9	2.8	20.7	7.2	19.8	22.6	11.9	9.7	22.3%
	Männer	114	42.4	3.1	35.5	67.4	75.2	84.4	44.5	29.7	50.0%
Swasiland (4)	Beide Geschlechter	65	5.3	1.4	8.7	6.4	6.4	17.3	6.2	5.6	10.6%
	Frauen	22	3.5	1.0	5.6	3.9	5.1	10.6	4.1	3.6	11.5%
	Männer	43	7.2	1.8	11.8	9.1	8.0	27.0	8.6	7.9	8.8%
Syrien (4)	Beide Geschlechter	77	0.4	0.1	0.4	0.4	0.6	1.7	0.4	0.5	-13.7%
	Frauen	22	0.2	0.1	0.3	0.2	0.2	0.8	0.2	0.3	-28.1%
	Männer	55	0.5	0.1	0.5	0.7	1.0	2.8	0.7	0.7	-7.1%
Tadschikistan (2)	Beide Geschlechter	258	3.2	0.4	3.6	4.6	8.2	11.9	4.2	5.0	-15.2%
	Frauen	85	2.1	0.2	2.6	2.6	5.4	9.4	2.8	3.4	-17.6%
	Männer	173	4.3	0.5	4.7	6.6	11.2	14.9	5.7	6.6	-13.4%
Tansania (4)	Beide Geschlechter	7228	15.1	3.5	20.7	17.7	36.8	133.2	24.9	23.8	4.6%
	Frauen	2445	10.2	3.1	10.7	8.3	27.5	133.6	18.3	18.6	-1.5%
	Männer	4783	20.0	3.9	30.7	26.9	47.2	132.7	31.6	29.1	8.8%

Land (Qualität der Sterblichkeits- daten**)	Ge- schlecht	Suizid- zahlen (alle Alters- gruppen), 2012	Suizidraten über alle Altersgruppen und altersspezifisch (pro 100 000), 2012						Altersstan- dardisierte Suizidraten*** (pro 100 000), 2012	Altersstan- dardisierte Suizidraten*** (pro 100 000), 2000	% Veränderung der altersstandardi- sierten Suizidraten, 2000–2012
			Alle Alters- gruppen	5–14 Jahre	15–29 Jahre	30–49 Jahre	50–69 Jahre	70+ Jahre			
Thailand (2)	Beide Geschlechter	8740	13.1	0.6	8.7	10.8	20.2	53.1	11.4	15.1	-24.6%
	Frauen	1816	5.3	0.4	3.6	3.4	8.5	23.0	4.5	6.6	-32.0%
	Männer	6924	21.2	0.9	13.9	18.5	33.2	92.2	19.1	24.6	-22.4%
Togo (4)	Beide Geschlechter	247	3.7	1.0	6.1	4.1	7.2	22.5	5.5	4.9	12.8%
	Frauen	64	1.9	0.6	2.8	1.9	4.7	11.3	2.8	2.6	8.0%
	Männer	183	5.6	1.3	9.5	6.3	10.1	36.6	8.5	7.5	13.2%
Trinidad und Tobago (1)	Beide Geschlechter	193	14.4	0.6	7.6	22.2	25.1	17.4	13.0	12.6	3.8%
	Frauen	46	6.9	0.2	4.2	13.3	7.5	6.8	6.2	4.5	36.4%
	Männer	146	22.1	1.0	10.9	31.1	43.4	32.7	20.4	20.8	-2.0%
Tschechische Republik (1)	Beide Geschlechter	1663	15.6	0.2	10.6	17.8	23.8	19.4	12.5	13.7	-8.4%
	Frauen	269	5.0	0.0	3.6	5.5	6.8	7.3	3.9	5.2	-24.8%
	Männer	1394	26.6	0.3	17.1	29.5	42.0	39.0	21.5	23.0	-6.5%
Tunesien (4)	Beide Geschlechter	262	2.4	0.3	2.7	2.8	3.0	7.3	2.4	2.5	-5.6%
	Frauen	76	1.4	0.2	1.5	1.4	1.7	5.6	1.4	1.6	-17.2%
	Männer	186	3.5	0.4	3.9	4.4	4.3	9.3	3.4	3.4	0.9%
Türkei (2)	Beide Geschlechter	5898	8.0	2.7	12.4	10.3	4.2	16.4	7.9	12.6	-37.8%
	Frauen	1613	4.3	1.8	7.6	4.2	2.2	9.8	4.2	7.9	-47.0%
	Männer	4285	11.8	3.6	17.0	16.6	6.6	25.5	11.8	17.8	-33.4%
Turkmenistan (2)	Beide Geschlechter	1003	19.4	2.1	25.7	30.3	22.8	18.4	19.6	15.2	28.9%
	Frauen	197	7.5	1.2	12.0	8.0	9.4	12.0	7.5	7.0	8.0%
	Männer	806	31.7	2.9	39.3	53.5	38.5	28.6	32.5	24.0	35.1%
Uganda (4)	Beide Geschlechter	4323	11.9	3.8	19.3	15.8	26.0	91.8	19.5	18.6	5.1%
	Frauen	1278	7.1	3.0	10.0	6.9	16.4	80.7	12.3	11.2	10.0%
	Männer	3045	16.7	4.5	28.5	24.6	35.9	105.2	26.9	26.2	2.5%
Ukraine (1)	Beide Geschlechter	9165	20.1	1.4	19.5	24.4	22.9	28.8	16.8	29.8	-43.6%
	Frauen	1690	6.9	0.9	5.5	6.3	7.8	13.7	5.3	9.1	-41.2%
	Männer	7474	35.6	1.8	32.8	43.4	43.3	61.7	30.3	54.5	-44.4%
Ungarn (1)	Beide Geschlechter	2519	25.3	0.6	10.9	26.2	41.1	42.3	19.1	25.7	-25.8%
	Frauen	567	10.8	0.5	3.4	9.2	17.6	20.4	7.4	10.6	-29.7%
	Männer	1952	41.2	0.6	18.1	42.8	69.6	84.4	32.4	43.1	-24.7%
Uruguay (1)	Beide Geschlechter	469	13.8	0.3	12.1	14.6	19.5	34.4	12.1	14.7	-17.9%
	Frauen	108	6.2	0.1	3.8	7.4	7.4	16.0	5.2	4.9	4.5%
	Männer	361	22.0	0.5	20.2	21.9	33.3	65.9	20.0	26.2	-23.9%
Usbekistan (1)	Beide Geschlechter	2184	7.7	1.0	8.6	10.0	14.4	19.1	8.5	10.4	-18.5%
	Frauen	538	3.8	0.5	4.9	4.0	6.1	11.8	4.1	4.9	-16.7%
	Männer	1646	11.6	1.4	12.2	16.3	23.5	29.5	13.2	16.3	-19.0%
Venezuela (1)	Beide Geschlechter	748	2.5	0.4	3.2	3.5	3.1	5.7	2.6	6.8	-61.3%
	Frauen	141	1.0	0.6	1.2	1.0	1.4	1.4	1.0	1.9	-48.7%
	Männer	607	4.0	0.3	5.2	6.0	4.8	10.9	4.3	11.8	-63.3%
Vereinigte Arabische Emirate (4)	Beide Geschlechter	274	3.0	0.4	3.8	3.1	3.4	13.7	3.2	3.7	-12.9%
	Frauen	31	1.1	0.2	1.8	1.0	1.9	10.9	1.7	2.5	-32.7%
	Männer	243	3.8	0.5	4.7	3.7	4.1	15.3	3.9	4.3	-9.0%
Vereinigte Staaten von Amerika (1)	Beide Geschlechter	43 361	13.7	0.8	12.7	17.4	20.1	16.5	12.1	9.8	24.2%
	Frauen	9306	5.8	0.5	4.7	8.0	9.2	4.0	5.2	3.8	36.6%
	Männer	34 055	21.8	1.0	20.4	26.9	31.7	33.8	19.4	16.2	19.9%
Vereinigtes Königreich (1)	Beide Geschlechter	4360	6.9	0.1	5.9	10.5	9.2	6.3	6.2	7.8	-21.1%
	Frauen	960	3.0	0.1	2.5	4.3	4.0	3.1	2.6	3.4	-23.6%
	Männer	3400	11.0	0.1	9.1	16.7	14.7	10.5	9.8	12.3	-20.9%
Vietnam (4)	Beide Geschlechter	4600	5.1	0.4	5.0	5.1	7.7	20.5	5.0	5.7	-12.2%
	Frauen	1169	2.5	0.3	1.8	1.4	4.2	15.1	2.4	3.0	-20.7%
	Männer	3431	7.7	0.5	8.1	8.7	11.7	30.5	8.0	8.8	-9.2%
Weißrussland (1)	Beide Geschlechter	2051	21.8	0.9	20.1	27.2	26.0	31.7	18.3	35.5	-48.4%
	Frauen	400	7.9	0.5	6.2	8.9	9.5	13.4	6.4	8.8	-27.9%
	Männer	1651	37.8	1.2	33.4	46.6	47.0	76.6	32.7	66.2	-50.6%
Zentralafrikanische Republik (4)	Beide Geschlechter	356	7.9	1.4	13.1	11.6	11.3	17.8	9.5	7.8	22.7%
	Frauen	100	4.4	1.3	6.7	5.6	7.5	11.8	5.3	4.5	18.4%
	Männer	256	11.5	1.6	19.6	17.7	15.9	26.1	14.1	11.3	24.6%
Zypern (1)	Beide Geschlechter	58	5.2	0.0	5.9	7.8	5.0	4.7	4.7	1.3	269.8%
	Frauen	9	1.6	0.0	2.4	2.0	1.5	1.5	1.5	1.1	41.5%
	Männer	49	8.6	0.0	9.0	13.1	8.6	8.7	7.7	1.5	416.9%

* In 172 WHO-Mitgliedstaaten mit einer Bevölkerung von 300 000 oder mehr. Diese Schätzungen stellen die besten Schätzungen der WHO dar, berechnet unter Verwendung von Standard-Kategorien, Definitionen und Methoden um die Vergleichbarkeit zwischen den Ländern zu gewährleisten, und können daher von nationalen Schätzungen abweichen. Die Schätzungen sind auf die entsprechende Anzahl von signifikanten Stellen gerundet.

** Umfangreiches Meldesystem bei Daten aus mindestens fünf Jahren; 2. Meldesystem mit geringer Reichweite, einem hohen Anteil an unbestimmten Ursachen oder keine aktuellen Ergebnisse; 3. Probenregistrierung der nationalen Bevölkerung; 4. Kein Meldesystem.

*** Standardisiert nach WHO-Weltstandardbevölkerung.

ANHÄNGE

Anhang 2: Mitgliedsstaaten der WHO, gruppiert nach WHO-Region und durchschnittlichem Pro-Kopf-Einkommen

Hohes Einkommen		Andorra, Antigua und Barbuda, Australien, Bahamas, Bahrain, Barbados, Belgien, Brunei, Chile, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Israel, Italien, Japan, Kanada, Katar, Kroatien, Kuwait, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Monaco, Neuseeland, Niederlande, Norwegen, Oman, Österreich, Polen, Portugal, Russland, San Marino, Saudi-Arabien, Schweden, Schweiz, Singapur, Slowakei, Slowenien, Spanien, St. Kitts und Nevis, Südkorea, Trinidad und Tobago, Tschechische Republik, Uruguay, Vereinigte Arabische Emirate, Vereinigte Staaten von Amerika, Vereinigtes Königreich, Zypern
Niedriges und mittleres Einkommen	WHO-Region Afrika	Algerien, Angola, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Chad, , Elfenbeinküste, Demokratische Republik Kongo, Eritrea, Äthiopien, Äquatorialguinea, Gabon, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kamerun, Kap Verde, Kenia, Komoren, Lesotho, Liberia, Madagaskar, Malawi, Mali, Mauretanien, Mauritius, Mosambik, Namibia, Niger, Nigeria, Ruanda, Sambia, São Tomé und Príncipe, Senegal, Seychellen, Sierra Leone, Simbabwe, Südafrika, Swasiland, Tansania , Togo, Uganda, Zentralafrikanische Republik
	WHO-Region Amerika	Argentinien, Belize, Bolivien, Brasilien, Costa Rica, Dominica, Dominikanische Republik, Ecuador, El Salvador, Grenada, Guatemala, Guyana, Haiti, Honduras, Jamaika, Kuba, Kolumbien, Mexiko, Nicaragua, Panama, Paraguay, Peru, Saint Lucia, St. Vincent und die Grenadinen, Suriname, Venezuela
	WHO-Region Südostasien	Bangladesch, Bhutan, Demokratische Volksrepublik Nordkorea, Indien, Indonesien, Malediven, Myanmar, Nepal, Sri Lanka, Thailand, Osttimor
	WHO-Region Europa	Albanien, Armenien, Aserbaidshan, Bosnien und Herzegowina, Bulgarien, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Mazedonien, Montenegro, Republik Moldau, Rumänien, Serbien, Tadschikistan, Türkei, Turkmenistan, Ukraine, Usbekistan, Ungarn, Weißrussland
	WHO-Region Östliches Mittelmeer	Afghanistan, Ägypten, Dschibuti, Iran , Irak, Jemen, Jordanien, Libanon, Lybien, Marokko, Pakistan, Somalia, Südsudan**, Sudan, Syrien, Tunesien
	WHO-Region Westpazifik	China, Cookinseln, Fidschi, Kambodscha, Kiribati, Laos, Malaysia, Marshallinseln, Mikronesien, Mongolei, Nauru, Niue, Palau, Papua Neuguinea, Philippinen, Samoa, Solomoninseln, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Vietnam

* Diese regionale Gruppierung klassifiziert WHO-Mitgliedstaaten gemäß den WHO-Regionalgruppen ab 2012 und dem Analyseergebnis von Volkswirtschaften der Weltbank für das Geschäftsjahr 2014, das auf den Schätzungen des Atlas Bruttonationaleinkommen aus 2012 pro Kopf basiert (Weltbank-Liste der Volkswirtschaften, Juli 2013).

**Der Südsudan wurde der WHO-Region Afrika im Mai 2013 wieder zugewiesen. Da sich diese Überarbeitung auf die globalen Gesundheits-Schätzungen auf Zeiträume vor diesem Datum bezieht, sind Schätzungen für den Südsudan in den Angaben für die WHO-Region Östliches Mittelmeer enthalten.