

Suizide im Kanton Zug 1991 - 2007

Eine wissenschaftliche Untersuchung

Bericht

Baar, Dezember 2008

**pract. med. Margrit Walti-Jenny, wissenschaftliche Mitarbeiterin APD
Dr. med. Hanspeter Walti, Chefarzt APD**

Wissenschaftliche Begleitung:

**Dr. Matthias Bopp, wissenschaftlicher Mitarbeiter, Institut für Sozial- und
Präventivmedizin der Universität Zürich**

Anschrift der Verfasser:

pract. med. Margrit Walti-Jenny
Kirchenstrasse 13
CH-6300 Zug

Dr. med. Hanspeter Walti
Ambulante Psychiatrische Dienste des Kantons Zug
Rathausstrasse 1, Postfach 445
CH-6341 Baar

hanspeter.walti@gd.zg.ch

Inhalt

- 1. Einleitung**
- 2. Untersuchung und Methode**
- 3. Diskussion ausgewählter Ergebnisse**
- 4. Hinweise für die Suizidprävention**

1. Einleitung

Im Sommer 2005 setzte der Regierungsrat des Kantons Zug eine Fachgruppe "Suizidprävention im Kanton Zug" ein mit dem Auftrag, Vorschläge und Massnahmen zur Suizidprävention im Kanton Zug zu erarbeiten. Anlass dazu gaben die Suizide durch Sprünge von den Lorzentobelbrücken, welche wiederholt national mediales Aufsehen erregt und dazu beigetragen hatten, dass die beiden Brücken zu einem "Hot Spot" ersten Ranges in der Schweiz geworden sind und suizidgefährdete Menschen weit über die Kantonsgrenzen hinaus angezogen haben. Die eingesetzte Arbeitsgruppe legte noch im Herbst 2005 einen Bericht vor, der den Regierungsrat veranlasste, konkrete bauliche Massnahmen an den beiden Lorzentobelbrücken in Auftrag zu geben. Diese wurden im Herbst 2006 umgesetzt.

Aufgrund der Empfehlungen der Fachgruppe beauftragte der Regierungsrat die Gesundheitsdirektion zudem, die generellen Massnahmen zur Suizidprävention im Rahmen eines Gesamtkonzeptes "Psychische Gesundheit" weiter zu bearbeiten und dabei auch auf den Erfahrungen des Zuger Bündnisses gegen Depression (2003-2005) aufzubauen. Das Konzept wurde anfangs 2007 verabschiedet.

Das Konzept "Psychische Gesundheit im Kanton Zug 2007-2012" (Gesundheitsdirektion des Kantons Zug, 2007) basiert auf insgesamt fünf Säulen:

1. Gesellschaftliche Sensibilisierung
2. Förderung der psychischen Gesundheit
3. Früherkennung und Suizidprävention
4. Reintegration
5. Unterstützung der Selbsthilfe

Verantwortlich für die Erarbeitung und Umsetzung von Massnahmen im Bereich der unter 3. genannten Früherkennung und Suizidprävention sind die Ambulanten Psychiatrischen Dienste des Kantons Zug.

Ziel der vorliegenden Untersuchung der Suizide im Kanton Zug zwischen 1991 und 2007 ist es, Aufschluss über spezifische Risikogruppen, Besonderheiten betreffend Suizidmethoden und allfällige weitere Hot Spots im Kanton Zug zu erhalten, welche Hinweise für gezielte Präventionsmassnahmen liefern könnten. Gleichzeitig kann die Untersuchung als Basis für eine spätere Evaluation der getroffenen Präventionsmassnahmen dienen.

2. Untersuchung und Methode

Als Datenquelle der vorliegenden Untersuchung dienten die Untersuchungsakten der Polizei und der Staatsanwaltschaft des Kantons Zug zu den Aussergewöhnlichen Todesfällen. Diese sind primär zum Zwecke polizeilicher Ermittlungen angelegt worden und nicht hinsichtlich Fragestellungen, wie sie die in der Suizidforschung oder Suizidprävention Tätigen interessieren.

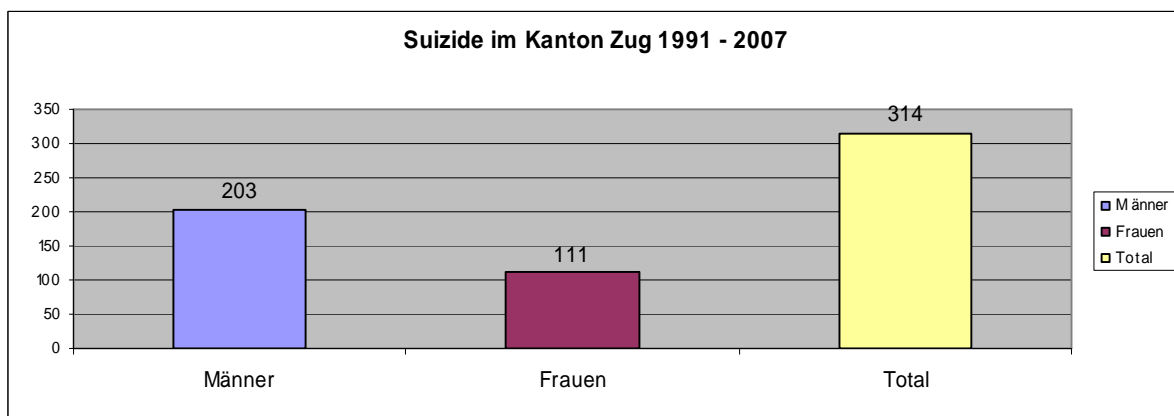
Da es sich bei der Anzahl Suizide pro Jahr im Kanton Zug um relativ kleine Zahlen handelt, sind von Jahr zu Jahr erhebliche Schwankungen festzustellen, welche statistische Auswertungen und Folgerungen daraus nur mit Vorsicht zulassen.

Da aus der Schweiz zudem keine vergleichbaren Untersuchungen von Polizeiakten und -daten vorliegen, musste für den Vergleich mit andern Kantonen auf die Todesursachenstatistik des Bundesamtes für Statistik BfS ausgewichen werden. Im Unterschied zur Polizeistatistik werden in der Todesursachenstatistik die Daten nach Wohnort der Verstorbenen und nicht nach Todesort erhoben. Die beiden Statistiken lassen sich deshalb nicht ohne Weiteres miteinander vergleichen.

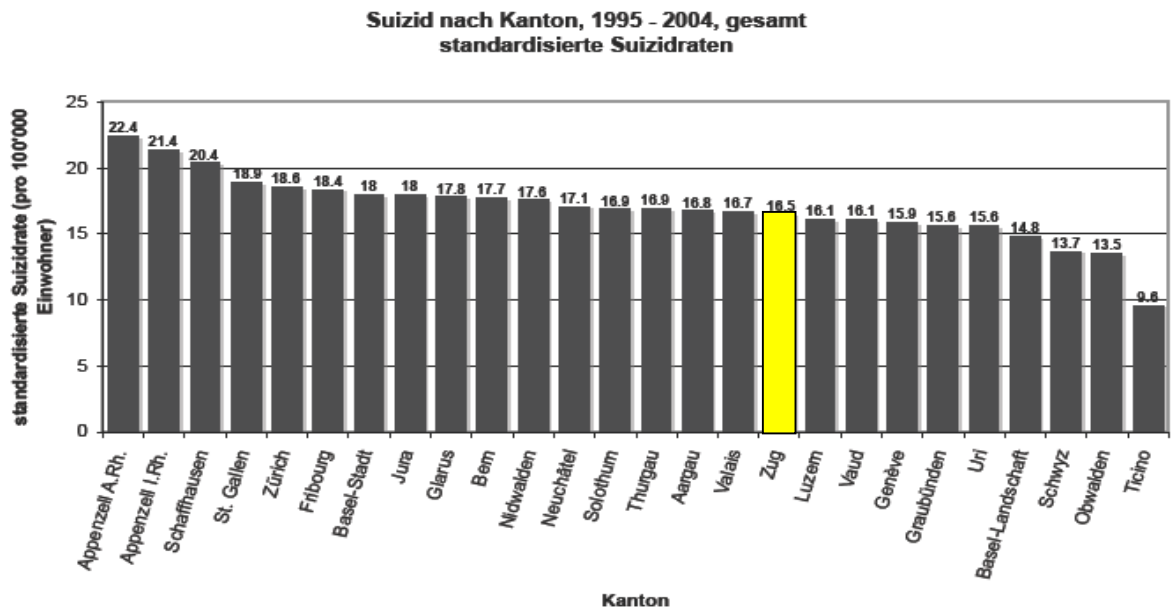
Trotzdem weisen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung auf gewisse Eigenheiten der Suizide im Kanton Zug hin. Diese sollen in der Planung von spezifischen Massnahmen zur Suizidprävention im Kanton Zug berücksichtigt werden.

3. Diskussion ausgewählter Ergebnisse

Untersucht wurden 314 Suizide, die sich in der Zeit zwischen 1991 und 2007 im Kanton Zug ereignet hatten, davon wurden doppelt so viele durch Männer (203) wie durch Frauen (111) ausgeführt. Das heisst, in den vergangenen 17 Jahren haben sich im Kanton Zug jedes Jahr durchschnittlich 18 Menschen das Leben genommen. Das sind rund drei mal mehr als im gleichen Zeitraum jährlich auf Zuger Strassen dem Verkehr zum Opfer gefallen sind. Rund ein Viertel der Suizidopfer hatte den Wohnsitz ausserhalb des Kantons. Dem stehen etwa halb so viele Zuger und Zugerinnen gegenüber, die sich ausserhalb der Kantons Grenzen das Leben nahmen.



Im schweizerischen Vergleich liegt die Suizidrate (Anzahl Suizide pro 100'000 Einwohner pro Jahr) im Kanton Zug im unteren Mittelfeld, was vor allem auf eine niedrigere Suizidhäufigkeit bei den älteren Männern zurückzuführen ist. Die Suizidrate der Frauen liegt schweizweit an der Spitze. Die Gründe hierfür lassen sich aus den Daten der vorliegenden Untersuchung nicht eindeutig ableiten.



(Quelle: Daten BFS, Grafik IPSILON)

Vergleicht man die Entwicklung der Suizidrate im Kanton Zug mit derjenigen in den umliegenden Kantonen so lässt sich bei den Männern ein genereller Abnahmetrend feststellen, während sich bei den Frauen im Kanton Zug seit 1990 eine Zunahme der Suizidrate bei stagnierendem Verlauf in den umliegenden Kantonen zeigt.

Bei den Männern fällt dabei die höhere Suizidrate in der Altersgruppe junger Männer (15 bis 34 Jahre) auf, während die Suizidrate bei den über 65-Jährigen auffallend tief ist. Bei den Frauen ist der Trend zur Zunahme der Suizidrate im Kanton Zug vor allem auf die Frauen jüngeren und mittleren Alters zurückzuführen.

43 Personen haben sich mit Hilfe einer Sterbeorganisation suizidiert, was einem Anteil von 14 % aller Suizide entspricht. Der schweizerische Durchschnitt liegt bei 9.6 %. Alleine im Jahre 2007 waren es deren 7, was die Hälfte aller Suizide ausmachte. Die Gruppe dieser Assistierte Suizide bedarf einer gesonderten Betrachtung, handelt es sich doch um ein Phänomen, das aktuell in der Schweiz und europaweit zu heftigen politischen Diskussionen Anlass gibt. In der vorliegenden Untersuchung wurde sie aber zahlenmässig miteingeschlossen.

Unter dem Aspekt, dass der Kanton Zug mit zwei Psychiatrischen Kliniken mit überregionalem Auftrag über eine vergleichsweise hohe Dichte an Psychiatriebetten verfügt und Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen bekanntermaßen ein erhöhtes Suizidrisiko aufweisen, hat die Frage besonders interessiert, wie viele der Suizidopfer zur Zeit des Suizides in stationärer psychiatrischer Behandlung gestanden haben. Insgesamt haben sich 36 Menschen, gleich viele Männer wie Frauen, während einer stationären Behandlung in einer psychiatrischen Klinik suizidiert, das sind 11 % aller Suizide im Kanton Zug. Vergleichszahlen aus andern Kantonen liegen nicht vor. Je 10 von ihnen haben sich durch Sturz von den Lorzentobelbrücken bzw. durch Überfahrenlassen auf den kliniknahen Geleiseabschnitten das Leben genommen. Im Hinblick auf die Suizidprävention sind diesbezügliche Schutzmassnahmen zu diskutieren, an den Lorzentobelbrücken sind solche im Herbst 2006 bereits getroffen worden.

Bei zwei Dritteln aller Suizidopfer (206 von 314) ergaben sich aus den untersuchten Akten Hinweise auf eine psychiatrische Erkrankung. Am häufigsten (32 % aller Suizide) handelte es sich um affektive Störungen (Depressionen und bipolare Störungen), an zweiter Stelle (16 %) folgten Krankheiten durch psychotrope Substanzen (Alkohol, Drogen). Schizophrene Störungen waren in 8 % aller Suizide auszumachen. Die Diagnosen entstammten mehrheitlich den beigefügten Arztberichten, nur vereinzelt wurden sie von den Untersuchern aus dem Kontext rückgeschlossen. Zieht man in Betracht, dass die Untersuchungsakten der Polizei nicht primär unter medizinischen Gesichtspunkten angelegt werden, so liegt die Anzahl relevanter psychiatrischer Erkrankungen wohl eher noch höher. Aus psychologischen Autopsiestudien (detaillierte Untersuchungen von Einzelfällen) sind Zahlen bis 90 % bekannt.

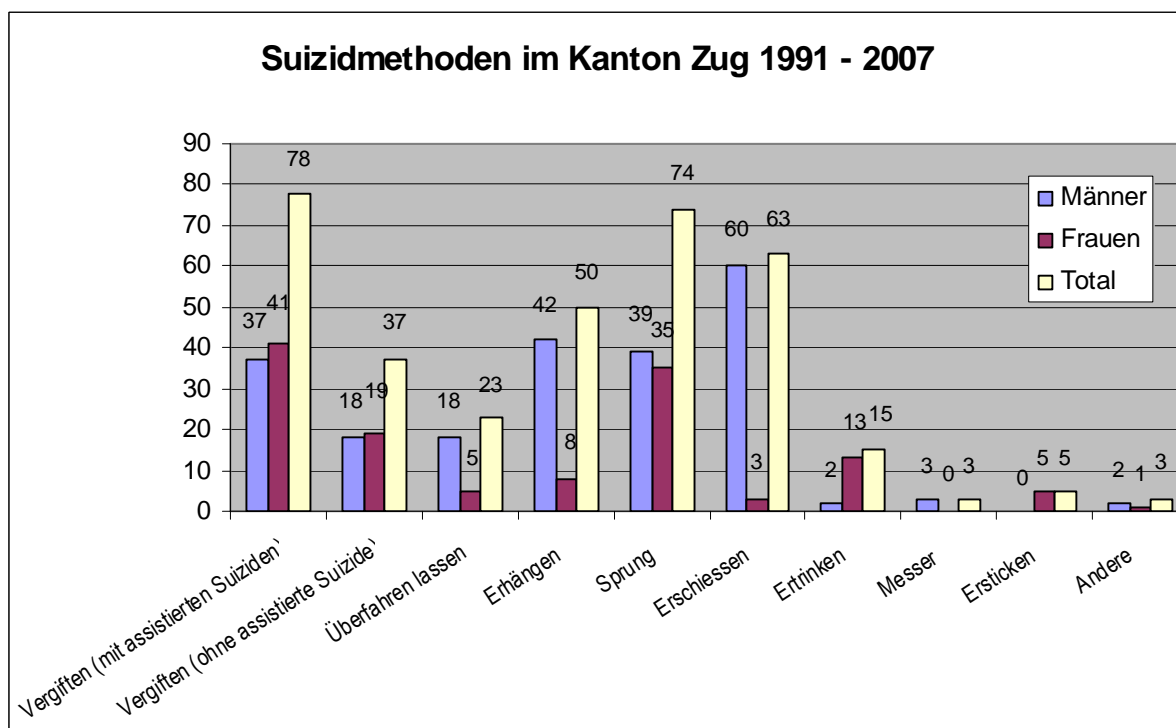
Unter den Suizidmotiven fanden sich am häufigsten psychische Probleme (in 201 von 314 Fällen), gefolgt von körperlichen Problemen (94), Problemen in der Partnerschaft (62), beruflichen Schwierigkeiten (51) und finanziellen Problemen (46). Häufig sind Kombinationen von Problemen aus verschiedenen Lebensbereichen (Mehrfachnennungen). In lediglich 14 Fällen konnte kein Suizidmotiv eruiert werden.

Im letzten Monat vor dem Suizid standen 72 Patienten (23 %) in stationärer Behandlung in einer Psychiatrischen Klinik (45) oder einem Somatischen Spital (24). 136 Patienten (43 %) standen in ambulanter Behandlung, allen voran beim Hausarzt (89) oder Psychiater (24). Insgesamt lassen sich aus den untersuchten Akten bei 54 Patienten Hinweise auf eine frühere stationäre Behandlung in einer Psychiatrischen Klinik finden (das entspricht 26 % der Suizide mit einer psychiatrischen Erkrankung oder 17 % aller Suizide), 42 Patienten standen jemals in ambulanter psychiatrischer und/oder psychologischer Behandlung (entsprechend einem Anteil von 20 % der Suizide mit einer psychiatrischen Störung bzw. 13 % aller Suizide). Mit Sicherheit liegen die effektiven Zahlen auch hier höher, sind doch die Angaben in den Polizeiakten diesbezüglich als unvollständig zu betrachten.

Betrachtet man die Suizidmethoden, so fällt der im Vergleich mit den umliegenden Kantonen aber auch schweizweit hohe Anteil an Sprüngen aus grosser Höhe sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen auf. Jeder vierte Suizid im Kanton Zug erfolgt durch Sprung aus grosser Höhe, schweizweit ist es jeder zehnte. Dies ist in erster Linie auf die beiden weit über die Region hinaus bekannten Lorzentobelbrücken zurückzuführen (in zwei Dritteln aller Sprünge), welche in der Zwischenzeit mittels baulicher Massnahmen gesichert wurden. Ein weiteres Viertel aller Suizidmethoden machen die Vergiftungen aus, von denen mehr als die Hälfte auf Assistierte Suizide zurückzuführen sind.

Die mit Abstand häufigste Suizidmethode bei den Männern ist das Erschiessen (30 %), in der Hälfte der Fälle mittels einer Militärwaffe, gefolgt von Erhängen, Sprung und Vergiftung (je rund 20 %). Unter Letzteren entfällt die Hälfte auf Assistierte Suizide. Bei den Frauen überwiegen Vergiftungen (37 %), davon über die Hälfte im Rahmen von Assistierten Suiziden, und Sprünge (32 %), gefolgt von Ertrinken (12 %).

Bei den Bahnsuiziden im Kanton Zug fällt auf, dass sich die Hälfte davon auf einem vergleichsweise kurzen Streckenabschnitt in der Nähe der beiden Psychiatrischen Kliniken zutragen. Alle Betroffenen waren zum Zeitpunkt des Suizides hospitalisiert.



4. Hinweise für die Suizidprävention

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, im Hinblick auf ein Suizidpräventionskonzept für den Kanton Zug Aufschluss über spezifische Risikogruppen und Besonderheiten betreffend Suizidmethoden sowie so genannter Hot Spots zu erhalten. Nachstehend sind einige Anregungen zur Suizidprävention aufgelistet.

Vorrangiges Ziel der Suizidprävention ist die Verhinderung bzw. Erschwerung von Kurzschlusshandlungen sowie die Behandlung bzw. Behebung ursächlicher Faktoren (Krisenintervention, Behandlung psychischer Störungen, Begleitung in schwierigen Lebenssituationen etc.). Suizide werden aber niemals vollständig verhindert werden können.

Methodenspezifische Prävention:

- Sprung aus grosser Höhe (Schutzmassnahmen an den Lorzentobelbrücken, ausgeführt im Herbst 2006)
- Überfahren lassen (Schutzmassnahmen entlang der Bahnstrecke in der Nähe der Psychiatrischen Kliniken)
- Erschiessen (sichere Aufbewahrung von Schusswaffen und Munition, freiwillige Lagerung im Zeughaus, Initiative zum Schutz vor Waffengewalt)
- Vergiften (sicheres Aufbewahren von Medikamenten, Abgabe von Kleinpäckungen, regelmässige Entrümpelung von Hausapotheken, Sensibilisierung von Hausärzten und Spitex-Organisationen)
- Einen Sonderfall unter den Vergiftungen stellen die Assistierten Suizide dar. Sie sind der Suizidprävention nicht direkt zugänglich, es sei denn mittels gesetzgeberischer Massnahmen. Eine mögliche Alternative ist der Ausbau von Palliative Care (Gründung des Vereins Palliativ Zug im Herbst 2008)

Spezifische Prävention für einzelne Risikogruppen:

- Menschen nach Suizidversuch (spezifische Kriseninterventions- und Nachsorgeprogramme)
- stationär behandelte und aus Psychiatrischen Kliniken entlassene Menschen (systematisches Suizidrisiko-Assessment, Kontinuität zwischen stationärer und ambulanter Behandlung)
- Hinterbliebene von Suizidopfern und weitere Betroffene wie "Auffinder" (spezielle Angebote zur Nachbearbeitung)
- Menschen nach Verlust des Partners (Verwitwete, Geschiedene, Getrennte) oder nach Verlust von Kindern oder Eltern (spezifische Angebote zur Nachsorge, Thematisierung von Life Events als Risikofaktor für suizidales Verhalten und Suizid)
- Schulklassen, Betriebe etc. nach Suizid eines Schülers, Mitarbeiters etc. (spezifische Angebote zur Nachsorge)

Weitere Forschung und Evaluation:

- Nicht näher untersucht worden sind in der vorliegenden Studie Zusammenhänge zwischen Suizidmotiv bzw. psychiatrischer Störung auf der einen und Geschlecht, Alter und Suizidmethode auf der andern Seite.
- Um die Hintergründe der im schweizerischen Vergleich hohen Suizidrate bei den Frauen im Kanton Zug zu erhellen, wären nähere Angaben zu deren individuellen Lebenssituationen und ökonomischen Status erforderlich, was aus Datenschutzgründen kaum möglich sein wird oder umfangreiche so genannte psychologische Autopsiestudien bedingen würde.
- Ein kontinuierliches Monitoring der Suizide könnte Hinweise auf die Wirksamkeit getroffener Präventionsmassnahmen liefern.
- Wünschenswert, praktisch aber nur schwer durchführbar, wäre eine ähnliche Untersuchung zu den Suizidversuchen im Kanton sowie deren kontinuierliches Monitoring. Solange allerdings keine Meldepflicht und keine einheitliche Definition für Suizidversuche existiert, wird deren Erfassung immer lückenhaft bleiben und höchstens einzelne Zielgruppen betreffen, wie beispielsweise Menschen, deren suizidale Handlung eine ambulante oder stationäre Spitalversorgung nach sich ziehen.
- Um Aufschluss über Optimierungsmöglichkeiten in der Erkennung, Diagnostik und Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen zu erhalten, wäre ein Studium der entsprechenden Krankengeschichten unabdinglich. Dazu müsste vorgängig eine Bewilligung bei der eidgenössischen Expertenkommission für das Berufsgeheimnis in der medizinischen Forschung eingeholt werden. Einigermassen vollständig zu erheben wären allerdings nur die stationären Behandlungen.