

Dienstleistung

## **Suizidprävention in den Wohneinrichtungen für Erwachsene mit Behinderung im Kanton Zürich**

**Abschlussbericht zur Befragung der Wohneinrichtungen im Auftrag des Kantonalen Sozialamtes Zürich**

Monika T. Wicki  
Zürich, 6. Januar 2017

Dr. Monika T. Wicki  
Dozentin  
Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich  
Schaffhauserstrasse 239  
Postfach 5850  
CH-8050 Zürich

T +41 (0)44 317 12 34  
F +41 (0)44 317 11 10  
[monika.wicki@hfh.ch](mailto:monika.wicki@hfh.ch)  
[www.hfh.ch](http://www.hfh.ch)



## Inhalt

1	Zusammenfassung	5
2	Ausgangslage	6
3	Forschungsstand	7
3.1	Suizid, Suizidversuche, assistierter Suizid	7
3.1.1	Suizid	7
3.1.2	Sterbehilfe, Suizidbeihilfe oder ärztlich assistierter Suizid	8
3.1.3	Suizidversuch	8
3.2	Suizidales Verhalten bei Menschen mit lebenslanger Behinderungserfahrung	9
3.2.1	Suizidales Verhalten in den Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung	10
3.3	Suizidprävention	10
3.3.1	Suizidprävention im Kanton Zürich	11
4	Fragestellung	13
5	Methodisches Vorgehen	14
5.1	Befragung	14
5.2	Workshop	15
6	Ergebnisse	15
6.1	Charakteristik der antwortenden Wohneinrichtungen	15
6.2	Ärztlich assistierter Suizid ist in 10% der Einrichtungen erlaubt	15
6.3	Steigende Zahl von suizidalen Verhaltensweisen	16
6.4	Einrichtungen für Menschen mit psychischer Behinderung sind stark betroffen	18
6.5	Frauen begehen häufiger Suizidversuche, Männer häufiger Suizide	19
6.6	Psychische Behinderung bei 90% der betroffenen Personen	20
6.6.1	Ein Viertel der Personen leidet an weiteren Krankheiten	20
6.7	Soziale Einsamkeit und fehlende Bewältigungsstrategien	22
6.8	Nur wenig Suizidpräventionskonzepte vorhanden	23
6.9	Vorhandene Konzepte fokussieren sekundäre Prävention	24
7	Diskussion	25
8	Grenzen der Studie	28
9	Empfehlungen	28
10	Literaturverzeichnis	30

## Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1 Häufigkeit der Vorfälle .....	17
Tabelle 2 Art der Vorfälle pro Zielgruppe der Einrichtungen .....	18
Tabelle 3 Zusammenhang zwischen der Grösse der Einrichtung und der Präsenz von Vorfällen.....	18
Tabelle 4 Zusammenhang zwischen der Grösse der Einrichtung und der Art der Vorfälle .....	19
Tabelle 5 Kreuztabelle Geschlecht der betroffenen Person und Art des Vorfalls (N = 44).....	19
Tabelle 6 Kreuztabelle Art des Vorfalls und Aufenthaltsdauer in Gruppen .....	20
Tabelle 7 Psychische Erkrankungen der Personen mit suizidalen Verhaltensweisen (N = 45), Mehrfachantworten .....	21
Tabelle 8 Ausgewählte Variablen in Verbindung mit den am häufigsten genannten psychischen Störungen .....	21
Tabelle 9 Lebensaspekte und ausgewählte Variablen bei Personen mit suizidalen Verhaltensweisen.....	22
Tabelle 10 Faktoren, welche Suizidversuche bedingen .....	23
Tabelle 11 Faktoren, welche Suizide bedingen.....	23
Tabelle 12 Kreuztabelle: Vorkommen von Vorfällen und die Präsenz von Suizid- und/oder Kriseninterventionskonzepten .....	24

## Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1 Standardisierte Suizidrate pro 100'000 Einwohner/innen .....	7
Abbildung 2 Kommission Schwerpunktprogramm Suizidprävention Kanton Zürich (2015), S 10 .....	11
Abbildung 3 Anzahl Vorfälle 2006 – 2016 .....	16
Abbildung 4 Anzahl Vorfälle 2006-2015 .....	17

# 1 Zusammenfassung

Aufgrund der Voraussetzungen der Bewohnerinnen und Bewohner von Wohneinrichtungen für Erwachsene mit Behinderung ist davon auszugehen, dass suizidales Verhalten in diesen Einrichtungen, gegenüber der sonstigen Bevölkerung, gehäuft vorkommt. Die Kommission „Schwerpunktprogramm Suizidprävention Kanton Zürich“ hat deswegen eine spezifische Massnahme diesem Bereich gewidmet. Ziel des Projektes „B.5 Suizidpräventionskonzepte in den Einrichtungen der Behindertenhilfe“ ist es, die Datenlage zu Suiziden zu verbessern und die Anzahl von Suiziden in den Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe mittels präventiver Massnahmen zu reduzieren.

Hierfür wurde die Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich (HfH) durch das Kantonale Sozialamt Zürich beauftragt, sowohl die Anzahl Suizide und Suizidversuche, inkl. assistierte Suizide, in den Wohnheimen der Behindertenhilfe in den letzten 10 Jahre (2006-2015) zu ermitteln als auch mit den Behinderteneinrichtungen Suizidpräventionskonzepte zu erarbeiten.

Um die Datenlage bezüglich suizidalem Verhalten in den Einrichtungen der Behindertenhilfe zu verbessern wurde eine schriftliche Befragung bei den Wohneinrichtungen für Erwachsene mit Behinderung im Kanton Zürich durchgeführt. Allen Wohneinrichtungen für Erwachsene mit Behinderung wurde im Mai 2016 ein schriftlicher Fragebogen zugestellt.

Die Leitenden wurden unter anderem gebeten zu jedem Vorfall im Zusammenhang mit dem Fragebogen spezifische Angaben zu machen. Neben Geschlecht, Alter und Aufenthaltsdauer wurden auch der Gesundheitszustand und die Lebenssituation der Personen erfasst.

Die Antworten (Rücklauf 80,4%) wurden mit deskriptiver Statistik analysiert und Unterschiede zwischen Gruppen, je nach Skalierung der Daten, mit dem Chi-Quadrat Test untersucht. Um Faktoren zu identifizieren, welche die Art des suizidalen Verhaltens bedingen, wurden zudem Regressionen berechnet. Vorhandene Suizidpräventions- und Kriseninterventionskonzepte wurden mit einer strukturierten Inhaltsanalyse nach Mayring untersucht und bewertet.

Die Ergebnisse zeigen, dass eine hohe Prävalenz von suizidalem Verhalten zu verzeichnen ist (39/100'000 Bewohner), dies mit einer steigenden Tendenz. Es zeigt sich, dass besonders die Einrichtungen für Personen mit einer psychischen Behinderung von suizidalem Verhalten betroffen sind. Hier ist die Suizidrate bei 89 pro 100'000 Bewohner und Bewohnerinnen. Auf der anderen Seite ist die von den Wohneinrichtungen angegebene Suizidversuchsrate vergleichbar tief. Gut die Hälfte aller Vorfälle (51%) ereignete sich im ersten Jahr des Aufenthalts in einer Wohneinrichtung für Erwachsene mit Behinderung. Während bei den Frauen eher Suizidversuche auf dem Hintergrund fehlender Bewältigungsstrategien bei schwierigen Lebensereignissen zu finden sind, sehen wir bei den Männern vermehrt Suizide auf dem Hintergrund sozialer Einsamkeit.

Da die unterschiedlichen Wohneinrichtungen von suizidalem Verhalten verschieden stark betroffen sind. Hier gilt es, angemessene Konzepte zu entwickeln und auch künftig Daten zum suizidalen Verhalten in den Wohneinrichtungen für Erwachsene mit Behinderung im Kanton Zürich regelmässig zu erheben, um die Lebensqualität in den Wohneinrichtungen zu verbessern. Gleichzeitig sollte der Eintritt in eine Wohneinrichtung eng begleitet und die Themen psychische Erkrankung, soziale Einsamkeit sowie fehlende Bewältigungsstrategien bearbeitet werden.

## 2 Ausgangslage

Suizidprävention ist im Kanton Zürich schon länger ein wichtiges Thema in Politik und Forschung. Nach der Antwort des Bundesrates zu einer Interpellation reichten im Kanton Zürich 2001 zwei Kantonsräte (Gerhard Fischer und Peter Reinhard) eine Anfrage an den Zürcher Regierungsrat ein (KR42/2001). Aus der Studie «Gesundheit 21» vom Dezember 1999 sei hervorgegangen, dass nur in der Romandie und im Tessin sowie in ein paar wenigen Deutschschweizer Kantonen, Zürich gehörte damals nicht dazu, Suizidprävention als Aufgabe des Kantons wahrgenommen werde. In seiner Antwort auf diese Anfrage wies der Regierungsrat darauf hin, dass im Kanton Zürich ein ausgesprochen gutes und flächendeckendes Beratungs- und Unterstützungsangebot (vor allem im Bildungs- und Gesundheitswesen) bestehe, das direkt oder indirekt einen Beitrag zur Suizidprävention leiste. In seinen weiteren Ausführungen wies der Regierungsrat auch auf das Forum für Suizidforschung und Suizidprävention (FSSZ) hin.

Im Januar 2008 reichten die Zürcher Kantonsräte Heidi Bucher-Steinegger, Lorenz Schmid und Erika Ziltener ein Postulat ein. Der Regierungsrat wurde darin aufgefordert, über die Suizidprävention im Kanton Zürich zu berichten, ein Suizidpräventionskonzept zu erarbeiten, zu realisieren und dessen Wirksamkeit zu überprüfen. Das Postulat wurde im November 2009 dem Regierungsrat überwiesen. Im Regierungsrätlichen Bericht vom 30. November 2011 zum Postulat KR-Nr. 20/2008 betreffend Suizidprävention stellte der Regierungsrat ein Schwerpunktprogramm zur Suizidprävention, das auf der Grundlage des Konzepts für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich beruhte, in Aussicht. Die Grundlage dazu bildete der Expertenbericht des Forums für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich (FSSZ) vom 25. August 2011. Dieser Bericht beschrieb die Situation im Kanton Zürich und legte dar, warum Massnahmen gegen Suizide und Suizidversuche sinnvoll und notwendig gewesen seien. Handlungsbedarf wurde vor allem bei einer verstärkten Koordination der zahlreichen bestehenden eigenen Massnahmen wie auch jener der Gemeinden und privater Trägerschaften gesehen. Mit einem Schreiben vom 4. Juli 2012 ersuchte die Sicherheitsdirektion die Gesundheitsdirektion, die Bildung einer Kommission Schwerpunktprogramm Suizidprävention zu veranlassen. Der Bericht der Kommission Schwerpunktprogramm Suizidprävention Kanton Zürich wurde am 28. Mai 2015 vorgelegt und das Schwerpunktprogramm definiert.

Das Schwerpunktprogramm zielt darauf ab, Suizide und Suizidversuche, soweit möglich, zu verhindern. Insbesondere sollten die Aufklärung der Bevölkerung verbessert und die Hilfe zur Selbsthilfe gestärkt werden. Es seien Massnahmen im Zuständigkeitsbereich verschiedener Direktionen notwendig. Dabei seien sowohl neue Massnahmen als auch der Ausbau und die Koordination bestehender Massnahmen und flankierende Massnahmen vorgesehen. Die Direktionen haben 18 Projekte vorgesehen. Unter B. Ausbau / Koordination bestehender Massnahmen sollen Suizidpräventionskonzepte für die Behinderteneinrichtungen erarbeitet werden.

### 3 Forschungsstand

Was die allgemeine Suizidprävention betrifft, ist die Thematik Suizidprävention national und international bereits gut erforscht. Hinsichtlich der Fragestellung „Suizidprävention in den Wohneinrichtungen für Erwachsene mit Behinderung“ ist die Forschungslage allerdings dürftig.

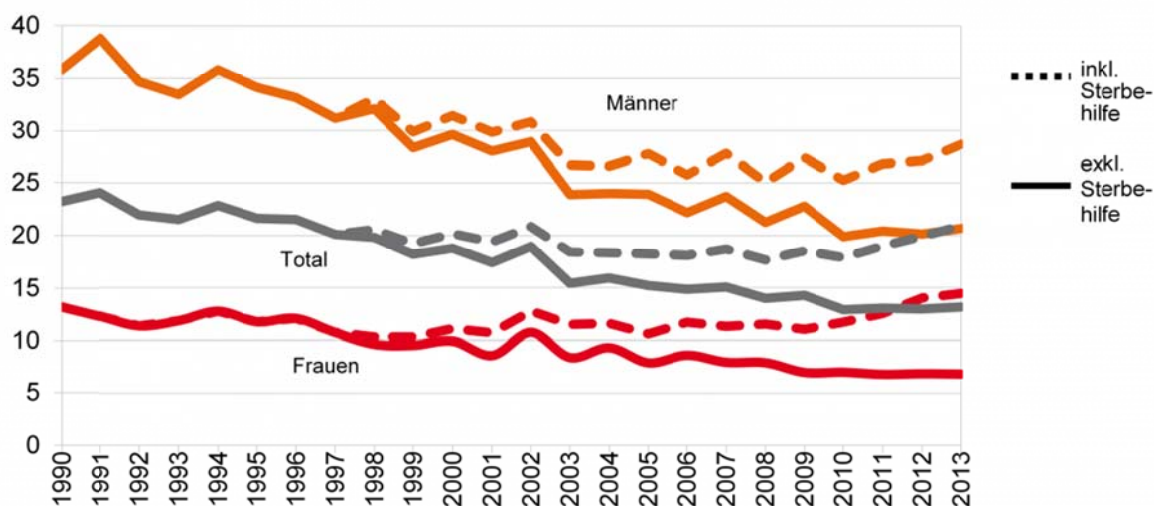
#### 3.1 Suizid, Suizidversuche, assistierter Suizid

##### 3.1.1 Suizid

Die WHO (2012) definiert Suizid als eine Handlung, die eine Person in voller Kenntnis und in Erwartung des tödlichen Ausgangs selbst plant und ausführt (World Health Organisation (WHO) 2012). Aufschluss über die Suizidraten in der Schweiz gibt der Bericht des Bundesamtes für Gesundheit (2015). Die Schweiz gehört innerhalb von Europa zu den Ländern mit einer überdurchschnittlich hohen Suizidrate. 2012 begingen in der Schweiz 752 Männer und 285 Frauen Suizid. Dies entspricht zwei bis drei Suiziden pro Tag. Das bedeutet auch, dass in der Schweiz dreimal mehr Menschen durch Suizid wie durch Verkehrsunfälle sterben. Suizid ist bei den 15- bis 44-jährigen Männern die häufigste Todesursache (Bundesamt für Gesundheit (BAG) 2015a).

Suizide sind bei Männern häufiger als bei Frauen: Die gemittelte Suizidrate für die Jahre 2007 bis 2012 beträgt bei den Männern 18.5/100'000 und bei den Frauen 7.1/100'000. Männer begehen rund 2,5 Mal häufiger Suizid als Frauen (Abb 1). Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist das Geschlechterverhältnis mit einem Faktor 6.5 und bei den über 75-Jährigen mit einem Faktor 5 noch stärker ausgeprägt (Bundesamt für Gesundheit (BAG) 2015a).

#### Standardisierte Suizidrate pro 100'000 Einwohner/innen Entwicklung in der Schweiz



Quelle: BFS – Todesursachenstatistik

© Obsan 2015

Abbildung 1 Standardisierte Suizidrate pro 100'000 Einwohner/innen

Es werden verschiedene Suizidarten unterschieden: Kurzschluss-suizide, Suizide aufgrund zunehmendem oder wiederkehrendem Leidensdruck, Suizide aufgrund chronischer Suizidalität und Bilanzsuizide. Während bei den Männern Suizidmethoden wie Erschiessen und Erhängen mit Anteilen von je über

25% am häufigsten angewandt werden, stellen bei den Frauen Vergiften, gefolgt von Erhängen und Sturz in die Tiefe die häufigsten Suizidmethoden dar (Bundesamt für Gesundheit (BAG) 2015a). Die Todesursachenmeldungen bei Suizid enthalten in 53 Prozent der Fälle keine Angaben zu den Begleiterkrankungen. Wenn eine Angabe vorliegt, weisen 56 Prozent der Nennungen auf eine Depression hin. Bei den übrigen 44 Prozent wird eine körperliche Erkrankung genannt (Bundesamt für Statistik (BFS) 2012). Seit 2003 ist die Anzahl der Suizide etwa konstant, während die Fälle von Sterbehilfe kontinuierlich zunehmen.

### **3.1.2 Sterbehilfe, Suizidbeihilfe oder ärztlich assistierter Suizid**

Unter dem Begriff „Sterbehilfe“ werden heute im juristischen Sprachgebrauch die direkte aktive und die indirekte aktive Sterbehilfe, die passive Sterbehilfe und die Beihilfe zum Suizid zusammengefasst.

Die direkte aktive Sterbehilfe ist eine gezielte Tötung zur Verkürzung der Lebensdauer eines Menschen. Dies ist strafbar gemäss Art. 111 (vorsätzliche Tötung) und Art. 113 (Totschlag) oder Art. 114 (Tötung auf Verlangen) des StGB. Bei einer indirekten aktiven Sterbehilfe werden zur Linderung von Leiden Mittel eingesetzt, die als Nebenwirkung die Überlebensdauer herabsetzen können. Diese Art von Sterbehilfe ist im Gesetzbuch nicht ausdrücklich geregelt, gilt aber mit Einschränkungen als zulässig. Dabei ist das Ziel der Handlung von Bedeutung. Das Ziel des Handelns muss in der Linderung des Leidens liegen und nicht in der Beendigung des Lebens.

Bei der passiven Sterbehilfe wird auf lebenserhaltende Massnahmen verzichtet. Der Behandlungsverzicht kann auf ausdrücklichen Wunsch der Person erfolgen. Ein Abbruch oder Verzicht auf Behandlung kann durch den Arzt, die Ärztin nach eingehender sorgfältiger Abklärung der Situation bei urteilsunfähigen Personen (Neugeborene oder bei bewusstlosen Personen, die ihr Bewusstsein voraussichtlich nicht mehr erlangen) gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) entschieden werden (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) 2013).

Unter Beihilfe zum Suizid versteht man die Unterstützung einer Person in ihrem Ziel, ihr Leben zu beenden. Einer suizidwilligen Person wird dazu eine tödliche Substanz vermittelt, die sie ohne Fremdeinwirkung selber einnimmt (Bundesamt für Statistik (BFS) 2012). Beihilfe zum Suizid bleibt gemäss Art. 115 des Strafgesetzbuches straflos, wenn sie nicht aus selbstsüchtigen Beweggründen erfolgt. In der Schweiz ist die Suizidbeihilfe nicht ausdrücklich geregelt.

In den oben genannten 1037 Suiziden ist der assistierte Suizid nicht berücksichtigt. Dieser wird seit 2009 in der Todesursachenstatistik des BFS gesondert ausgewiesen. Im Jahr 2012 fanden nach Angaben der Sterbehilfeorganisationen insgesamt 554 assistierte Suizide statt. Die Sterbehilfeorganisation Exit weist aus, dass von den 356 Begleitungen im Jahr 2012 sechs Begleitungen (1,7 %) Menschen mit psychischen Erkrankungen betrafen (Bundesamt für Gesundheit (BAG) 2015b).

### **3.1.3 Suizidversuch**

Der Begriff Suizidversuch wird in der Literatur häufig sehr weit gefasst und oft wird dabei auf die Definition von Stengel (1964) zurückgegriffen. Ein Suizidversuch ist demnach eine auf einen kurzen Zeitraum begrenzte absichtliche Selbstschädigung, von der der Betreffende, der diese Handlung begeht, nicht wissen kann, ob er überleben wird oder nicht. Suizidversuche mit nur beschränkter Intention zu sterben nennt Stengel (1964) Parasuizid.

In einer Studie zu suizidalem Verhalten in der Agglomeration Bern [Steffen et al. 2011] wurde von 2004 bis 2010 eine durchschnittliche Rate von 105 Suizidversuchen pro 100'000 Einwohner pro Jahr festgestellt. Suizidversuche sind hier rund 7 Mal häufiger als vollendete Suizide. Aufgrund einer hohen vermuteten Dunkelziffer, wird davon ausgegangen, dass Suizidversuche etwa zehn Mal häufiger vorkommen als Suizide (Gysin-Maillart 2013).



Suizidversuche sind häufiger bei Frauen und jungen Menschen zu finden, während Männer öfter einen Suizid vollenden. Dies hängt auch mit der Wahl der Methoden zusammen. Die häufigsten Methoden bei Suizidversuchen sind das Einnehmen von Medikamenten und das Zufügen von Schnittverletzungen in suizidaler Absicht. In mindestens 40% der Fälle haben die Betroffenen bereits früher einen Suizidversuch unternommen (Steffen et al. 2011 nach (Bundesamt für Gesundheit (BAG) 2015a).

Die Auseinandersetzung mit Suizidversuchen ist darum wichtig, weil ein Suizidversuch in der Lebensgeschichte einer der wichtigsten Risikofaktoren für einen später vollzogenen Suizid ist (Gysin-Maillart 2013). Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass ein Grossteil der Menschen, deren Suizid verhindert werden konnte, später nicht durch Suizid stirbt. Suizide also können verhindert werden.

Mit dem Begriff „suizidales Verhalten“ werden hier sowohl Suizid als auch ärztlich assistierten Suizid und Suizidversuche eingeschlossen.

Die Ursachen von suizidalem Verhalten sind unterschiedlich. Jugendliche und junge Erwachsene haben im Vergleich zur übrigen Bevölkerung eine hohe Suizidversuchsrate. Hier sind oft akute Belastungsstörungen die Ursache. Bei den Erwachsenen hingegen stehen psychische Störungen und Erkrankungen wie Depressionen, Suchterkrankungen oder Schizophrenie im Vordergrund (Bundesamt für Gesundheit (BAG) et al. 2016). Aber auch in höherem Alter sind psychische Erkrankungen, besonders Depressionen in den meisten Fällen als Ursache der Suizide, abgesehen von ärztlich assistierten Suiziden zu betrachten. Die assistierten Suizide sind hingegen weitgehend Bilanzsuizide.

### **3.2 Suizidales Verhalten bei Menschen mit lebenslanger Behinderungserfahrung**

Wird hier von Behinderung gesprochen, wird vom ganzheitlichen Verständnis von Behinderung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) ausgegangen (World Health Organization 2001). Dieses Klassifikationsinstrument verfolgt ein bio-psycho-soziales Verständnis von Behinderung, das eine Beschreibung aus der Perspektive des Körpers (Funktionen), des Individuums und seiner Tätigkeiten (Aktivitäten) und des sozialen Eingebundenseins (Teilhabe) ermöglicht. Ob und wie eine Beeinträchtigung im konkreten Fall behindernd wirkt, hängt auf der Grundlage dieses Verständnisses vom Zusammenspiel der drei Perspektiven ab.

Nur wenige Studien untersuchten bislang die Themenbereiche Suizidversuche, Suizid und assistierte Suizide bei Erwachsenen mit Behinderung. Hauptsächlich werden Jugendliche oder ältere Menschen in den Studien berücksichtigt. So auch die Studie von Nagraj und Omar (2015). Sie führten eine systematische Literaturrecherche zum Thema Suizid, Suizidversuche und Vorstellungen über Suizid bei Jugendlichen mit einer physischen oder intellektuellen Behinderung durch. Sie zeigen, dass Jugendliche mit Behinderung eine erhöhte Tendenz gegenüber Jugendlichen ohne Behinderung aufweisen, Suizide zu begehen, auch äussern sie häufiger suizidale Gedanken.

Suizidales Verhalten ist bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung überaus häufig anzutreffen. So wird bei gut einem Drittel aller erfolgten Suizide mindestens eine psychiatrische Diagnose festgestellt (Frei et al. 2006; BAKST et al. 2014; DeVlyder et al. 2015).

In einer Studie aus Korea wurde untersucht, welche psychologischen Faktoren Suizide bei Personen mit einer psychischen Erkrankung, die bereits einmal einen Suizidversuch unternommen hatten, begünstigen. Sie stellten fest, psychische Erkrankungen, sowohl in Behandlung als auch nicht in Behandlung und fehlende Freizeitbeschäftigungen waren Risikofaktoren für eine weitere suizidale Handlung (Jo et al. 2016). KAPLAN et al. (2007) untersuchen den Zusammenhang zwischen funktionaler Behinderung und Suizidalität. Sie konnten feststellen, dass funktionale Behinderung zu einer erhöhten Suizidalität führte, besonders bei Komorbidität mit einer psychischen Erkrankung.

Noch wenige Studien untersuchten bislang die Suizidalität von Menschen mit einer intellektuellen Behinderung. Lange ging man davon aus, dass diese Personengruppe aufgrund der kognitiven Vo-

raussetzungen nicht in der Lage sei, über Suizid nachzudenken. Doch in der aktuellen Studie von LUNSKY et al. (2012) wurde eine Gruppe von 751 Erwachsenen mit einer intellektuellen Behinderung die eine Krise durchlebten, untersucht, wovon rund 70 Personen suizidales Verhalten zeigten. Die Autoren betonten die Bedeutung der Früherkennung der Suizidalität bei dieser Personengruppe.

### **3.2.1 Suizidales Verhalten in den Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung**

Es gibt zahlreiche Studien, welche suizidales Verhalten in Einrichtungen der Psychiatrie untersuchten. Leider jedoch gibt es keine mir bekannte Studie, in der das Thema Suizidales Verhalten in den Wohneinrichtungen für Erwachsene mit Behinderung epidemiologisch thematisiert wird. Es sind jedoch unterschiedliche Personengruppen in den Wohneinrichtungen anzutreffen, die ein erhöhtes Risiko für suizidales Verhalten aufweisen: Personen mit chronischen Erkrankungen, Personen mit kognitiver Behinderung Personen aber auch zahlreiche Personen mit psychischer Beeinträchtigung. Eine ausführliche Studie zum Thema Suizid und intellektuelle Behinderung bezogen auf die Suizidprävention in Wohneinrichtungen legte Woldt (2012) vor. Es handelt sich dabei um eine theoretisch fundierte Arbeit zur Suizidprophylaxe in den Wohneinrichtungen. Dabei weist Woldt (2012) mehrmals darauf hin, dass dieser Themenbereich bei Menschen mit einer intellektuellen Behinderung kaum epidemiologisch erfasst sei. Er stellt fest, dass gerade diese Personengruppe verschiedene Risiken für ein erhöhtes suizidales Verhalten in sich vereinige: negative Bedingungen in der Entwicklung, überdurchschnittliche Häufigkeit psychischer Störungen wie Depressionen, Belastungs- und Anpassungsstörungen, schizophrene und psychotische Störungen sind bei diesen Menschen häufig anzutreffen. Auch Woldt (2012) nennt den Grad der Behinderung als möglicher protektiver Faktor (ebd., S. 60). Basierend auf Kriseninterventionskonzepten, und damit basierend auf sekundärer Prävention, formuliert Woldt (2012) Aspekte der Suizidprophylaxe, ausgerichtet auf Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe.

### **3.3 Suizidprävention**

Bei der Prävention wird im Allgemeinen unterschieden zwischen den klassischen Formen der primären, sekundären und tertiären Prävention. Primäre Suizidprävention beinhaltet im Wesentlichen Verbesserungen der Lebensqualität, der sozialen und gesellschaftlichen Strukturen sowie eine Förderung der Toleranz in der Gesellschaft für individuelle Lebensformen. Als mögliche Massnahmen werden die Verbesserung der psychiatrisch-psychosomatischen Grundversorgung, städtebauliche und verkehrstechnische Massnahmen, der Aufbau von Kommunikationsmöglichkeiten sowie Aufklärung der Bevölkerung genannt. Bei der sekundären Prävention geht es vor allem darum, Suizide und Suizidversuche von Personen zu verhindern, welche bereits suizidales Verhalten gezeigt haben. Hier setzt nach Woldt (2012) bereits die Krisenintervention an. Woldt (2012) stellt dabei als wichtigste Aufgaben die Wahrnehmung von Suizidalität und die Beurteilung des Suizidrisikos voran. Gleichzeitig nimmt er den konkreten Ort, also Wohneinrichtungen für Erwachsene mit Behinderung, in den Blick. Krisenintervention folgt nach Woldt (2012) mehreren Schritten: Kontakt herstellen, Einschätzen der Situation, insbesondere auf eine mögliche Suizidgefährdung hin, Verstehen der subjektiven Bedeutung des Anlasses und ermitteln der auslösenden Faktoren und gemeinsames Erarbeiten von Lösungen. Zu beachten sind im spezifischen Kontext von Wohneinrichtungen strukturelle Gegebenheiten wie beispielsweise die Diskontinuität in der Betreuung, aber auch spezifische individuelle Bedingungen wie die Tatsache, dass Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung in ihrem Leben schon häufig Beziehungsabbrüche erlebt haben und so der Aufbau von Vertrauensverhältnissen erschwert ist. Das Erlernen von Bewältigungsstrategien, der Bezug von hilfreichen, unterstützenden Personen aus dem Umfeld, der Aufbau von Netzwerken sowie das Angebot von Therapien werden ebenfalls als bedeutend erkannt (Woldt 2012).

### 3.3.1 Suizidprävention im Kanton Zürich

Im Kanton Zürich nahm im April 2013 die Kommission „Schwerpunktprogramme Suizidprävention“ ihre Arbeit auf. Sie setzt sich aus je einem Mitglied der Sicherheitsdirektion, der Bildungsdirektion und der Gesundheitsdirektion zusammen. Zu den Aufgaben der Kommission gehören die Erwirkung und der Vollzug eines Regierungsratsbeschlusses zur Umsetzung und Finanzierung eines mehrjährigen Schwerpunktprogramms, die Erteilung von Aufträgen an Dritte, das Sicherstellen der Qualitätskontrolle und die Berichterstattung über den Fortschritt der Arbeiten. Dabei geht es um die Verhinderung von Suiziden, die sich in derart akuten Krisensituationen oder so unter grossen Belastungen ereignen, dass das Urteilsvermögen der betroffenen Person beeinträchtigt ist. Dazu sollen bestehende Präventionsmassnahmen optimiert und, wo nötig, neue Massnahmen geschaffen werden.

Die vorgeschlagenen Massnahmen zur Suizidprävention stehen auf fünf Säulen: 1. Methodenspezifische Prävention, 2. Spezifische Prävention bei Risikogruppen, 3. Prävention von Imitationshandlungen, 4. Einbindung von Multiplikatoren und Multiplikatorinnen und 5. Hilfe in Krisensituationen. Ausgehend von diesen fünf Säulen werden zudem zwei Arten von Querschnittsmassnahmen unterschieden: 1. kombinierte Massnahmen, welche verschiedene Säulen tangieren und 2. langfristige Strategie-, Steuerungs- und Koordinationsmassnahmen, welche die Aufgabenteilung zwischen verschiedenen Akteurinnen und Akteuren klären und die Planung und Steuerung einer kohärenten kantonalen Suizidpräventionsstrategie gewährleisten (Kommission Schwerpunktprogramm Suizidprävention Kanton Zürich 2015). Eine Übersicht über dieses Schwerpunktprogramm Suizidprävention bietet die folgende Abbildung:

Tab. 1: Übersicht Schwerpunktprogramm Suizidprävention Kanton Zürich: Kategorien und Projekte

A. Neue Massnahmen	B. Ausbau / Koordination bestehender Massnahmen	C. Flankierende Massnahmen
A.1 Koordination Schwerpunktprogramm Suizidprävention Kanton Zürich durch das EBPI	B.1 Periodische Kampagnen für Rückruf von Schusswaffen und Munition, Deponierung von Dienstwaffen und vorsorgliche Waffenabnahme	C.1 Krisenkonzepte in Schulen institutionalisieren
A.2 Monitoring der Suizidhäufigkeiten und -methoden zwecks Identifizierung von Risikogruppen und Evaluation der Massnahmen	B.2 Regionale Suizidrapporte unterstützen	C.2 Aus- und Weiterbildung von Multiplikatoren und Multiplikatorinnen
A.3 Hotspots: Unterstützung Liegenschaftsverantwortlicher bei Sicherungsplanung und -umsetzung	B.3 Zielgruppenspezifische Strategien und Massnahmen für Risikogruppen	C.3 Sensibilisierung und Schulung von Medienschaaffenden zur Berichterstattung über Suizid
A.4 Periodische Rückgabeaktionen für nicht mehr benötigte Medikamente	B.4 Helpline für Fachpersonen	C.4 Bedarfsabklärung von Massnahmen für suizidale Jugendliche
A.5 Gezielte Rückführung von Medikamenten nach einem Todesfall	B.5 Suizidpräventionskonzepte für Behinderteneinrichtungen sowie Alters- und Pflegeheime	
A.6 Abgabe einer Info- und Notfallkarte bei Suizidgefährdeten	B.6 Informationen und Schulung von Lehrpersonen zu Suizidprävention und Krisenbewältigung in der Volksschule und den Schulen der Sekundarstufe II	
A.7 Nachsorge nach Suizidversuch bei Austritt aus Spitälern und Kliniken		
A.8 Präventive Angebote für Personen, bei denen Sterbehilfeorganisationen eine Suizidhilfe abgelehnt haben		
		<b>Querschnittsthemen:</b> - <b>Rechtliche Aspekte</b> - <b>Drohhandlungen</b>

Abbildung 2 Kommission Schwerpunktprogramm Suizidprävention Kanton Zürich (2015), S 10

Im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik erarbeiteten das Bundesamt für Gesundheit (BAG), die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz 2016 einen Aktionsplan zur Suizidprävention. Auch der fokussiert auf nicht-assistierte Suizide, mit dem Ziel, diese nachhaltig zu reduzieren. Es wird darin darauf hingewiesen, dass eine umfassende Suizidprävention bei der Förderung der psychischen Gesundheit ansetze. Hierfür werden rund 30 Massnahmen vorgeschlagen. Der Aktionsplan soll Ende 2016 verabschiedet und 2017 umgesetzt werden.

Demgegenüber hat der Kanton Zug bereits seit 2009 ein Suizidpräventionskonzept. In Ergänzung zum Konzept „Psychische Gesundheit im Kanton Zug 2007– 2012“ und auf der wissenschaftlichen Untersuchung „Suizide im Kanton Zug 1991– 2007“ gestützt, wurden Ziele zur Früherkennung psychischer Störungen und zur Suizidprävention formuliert und entsprechende Massnahmen vorgeschlagen. Doch auch in diesem Konzept werden Menschen mit Behinderung oder die Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe nicht spezifisch berücksichtigt (Gesundheitsdirektion Kanton Zug 2009).

Studien zeigen, dass gewissen Suizidpräventionsstrategien erfolgreicher sind als andere. Die effektivsten Methoden zur Suizidprävention sind das Verhindern des Zugangs zu Möglichkeiten (bspw. Waffen, Medikamente) sowie das Verbauen von so genannten Hot Spots (bspw. Möglichkeiten zu Springen). Programme zur Sensibilisierung führen zu einer Reduktion von Suizidversuchen und suizidalen Gedanken. Gewisse Medikamente wie Clozapine und Lithium zeigen eine positive, präventive Wirkung, jedoch weniger ausgeprägt als vermutet wurde. Das Aufrechterhalten des Kontaktes mit Personen, welche nach einem Suizidversuch das Spital verlassen sowie der Aufbau von Hotlines zeigten ebenfalls eine präventive Wirkung (Du ROSCOÄT und BECK 2013; Althaus 2005). Wirkungsvoll sind auch effektive pharmakologische und psychologische Behandlung von Depressionen. Als ungenügend haben sich das Screening in der Grundversorgung, allgemeine Informationen sowie Leitlinien erweisen (Zalsman et al. 2016; Althaus 2005).

## 4 Fragestellung

Aufgrund der Voraussetzungen für Bewohnerinnen und Bewohner von Wohneinrichtungen für Erwachsene mit Behinderung ist davon auszugehen, dass suizidales Verhalten in diesen Einrichtungen, gegenüber der sonstigen Bevölkerung, gehäuft vorkommt. Die Kommission „Schwerpunktprogramm Suizidprävention Kanton Zürich“ hat sich deswegen diesem Bereich gewidmet. Ziel des Projektes „B.5 Suizidpräventionskonzepte in den Einrichtungen der Behindertenhilfe“ ist es, die Datenerhebung zu Suiziden zu verbessern und die Anzahl von Suiziden in den Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe mittels präventiver Massnahmen zu reduzieren.

Hierfür wurde die interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich (HfH) durch das kantonale Sozialamt Zürich beauftragt sowohl die Anzahl der Suizide und Suizidversuche, inkl. assistierte Suizide, in den Wohnheimen der Behindertenhilfe in den letzten 10 Jahre (2006-2015) zu ermitteln als auch mit den Behinderteneinrichtungen Suizidpräventionskonzepte zu erarbeiten.

Die konkreten Fragestellungen lauteten daher:

- Haben die Wohneinrichtungen für Erwachsene im Kanton Zürich bereits Suizidpräventionskonzepte oder Kriseninterventionskonzepte und welche Inhalte haben diese?
- Sind assistierte Suizide in den Wohneinrichtungen erlaubt?
- Wie oft wurden in den letzten zehn Jahren, 2006 bis 2015, in den Wohneinrichtungen für Erwachsene im Kanton Zürich Suizidversuche, Suizide und assistierte Suizide begangen?
- Welches Geschlecht hatten die betroffenen Personen und wie alt waren sie zum Zeitpunkt des Vorfalles?
- Wie lange waren sie zum Zeitpunkt des Vorfalles bereits in der Einrichtung wohnhaft?
- Welche Behinderung hatten die betroffenen Personen?
- Wie war zum Zeitpunkt des Vorfalles der Gesundheitszustand der Personen?
- Welche kritischen Lebensaspekte waren zum Zeitpunkt des Vorfalles bei der Person vorhanden?

## **5 Methodisches Vorgehen**

### **5.1 Befragung**

Um die Datenlage bezüglich Suizidalem Verhalten in den Einrichtungen der Behindertenhilfe zu verbessern wurde eine schriftliche Befragung bei den Wohneinrichtungen für Erwachsene im Kanton Zürich durchgeführt.

#### **Setting**

Den Wohneinrichtungen für Erwachsene mit Behinderung wurde im Mai 2016 ein schriftlicher Fragebogen zugestellt.

#### **Sample**

Es wurden alle Gesamtleitenden aller Wohneinrichtungen für Erwachsene mit Behinderung im Kanton Zürich angeschrieben. Die Adressen stammten vom Kantonalen Sozialamt Zürich.

#### **Messung**

Die Gesamtleitenden der Einrichtungen der Behindertenhilfe wurden gebeten, anzugeben, ob sie bereits ein Suizidpräventionskonzept und/oder ein Kriseninterventionskonzept hätten (Ja/Nein). Bei einer Bejahung dieser Fragen wurden sie gebeten, das Konzept der Projektleitung zuzustellen.

Es wurde gefragt, ob es in der Wohneinrichtung erlaubt sei, einen ärztlich assistierten Suizid zu begehen (Ja/Nein/in Abklärung).

Danach wurde die Anzahl Suizidversuche, Suizide und assistierte Suizide der letzten zehn Jahre erfasst (2006-2015). Wurden keine Vorfälle notiert, war die Befragung bereits beendet.

Wenn es in den letzten zehn Jahren jedoch solche Vorfälle registriert worden waren, wurden die Leitenden gebeten, zu jedem Vorfall spezifische Angaben zu machen. Es wurde das Jahr des Vorfalls, das Geschlecht der Person, das Alter der Person beim Vorfall, das Eintrittsdatum in die Einrichtung, die Behinderung der Person (Psychische Behinderung; Intellektuelle Beeinträchtigung (geistige Behinderung, Lernbehinderung); Hirnverletzung; Autismus; Körperbehinderung; Sinnesbehinderung; Anderes) erfasst. Ebenso wurde der Gesundheitszustand der Person erfasst (A. Somatische Krankheiten: Herzkreislauf Erkrankung; Arthrose, (rheumatische) Arthritis; Diabetes; Osteoporose; Niereninsuffizienz; Lungenerkrankungen; Blutarmut; Krebs; B. Neuropsychiatrische Krankheiten: Demenz; Hirnschlag; Parkinson Krankheit; Multiple Sklerose; C. Psychische Störungen: Affektive Störungen (Depression etc.); Angststörungen; Schizophrenie; andere Psychosen; Persönlichkeits- und Verhaltensstörung; Abhängigkeitserkrankung; andere psychische Störungen; D. Andere: Hoher Blutdruck; Dekubitus).

Zuletzt wurde die Lebenssituation der Person erfasst: Konflikte; belastende Lebensereignisse; schwierige / aussichtslose ökonomische Situation; Entwicklungskrise; Unzureichende soziale Integration; soziale Einsamkeit; Fehlen von Bewältigungsstrategien; Arbeitslosigkeit

#### **Datensammlung**

Den Gesamtleitenden aller Wohneinrichtungen für Erwachsene mit Behinderung des Kanton Zürichs wurden schriftliche Fragebogen per Post zugestellt. Vier Wochen nach Versand des Fragebogens motivierten Studierende der HfH mit einer telefonischen Kontaktaufnahme die Leitenden der

Wohneinrichtungen, den Fragebogen auszufüllen oder die Fragen gleich im Gespräch zu beantworten. Die Antworten wurden dann direkt in Excel Tabellen aufgenommen und verarbeitet.

## **Analyse**

Nach der Datenbereinigung wurden die Daten in das Analyseprogramm SPSS übertragen und mit deskriptiver Statistik analysiert. Unterschiede zwischen Gruppen wurden je nach Skalierung der Daten mit dem Chi-Quadrat Test oder dem t-Test untersucht.

Eine Analyse der Suizidpräventions- und Kriseninterventionskonzepte erfolgte mit einer strukturierten Inhaltsanalyse nach Mayring. Grundlage der Analysestruktur bildeten die Hinweise von Woldt (2012). Diese wurden mit Aspekten der Ergebnisse der Befragung ergänzt.

## **5.2 Workshop**

Im Anschluss an die Befragung, nach Auswertung der Daten und der Analyse der Konzepte, besuchten 45 Vertreterinnen und Vertreter der Wohneinrichtungen einen halbtägigen Workshop. Die Teilnahme war freiwillig. Zum Workshop hatten sich Heimleitungen, Bereichs-, Gruppen- und Pflegedienstleitungen sowie Betreuende und Pflegende aus den Einrichtungen angemeldet. Ebenso nahmen zwei Vertretende des Kantonalen Sozialamtes Zürich teil. Nach der Präsentation und Diskussion der Ergebnisse wurde ein Entwurf eines möglichen Suizidpräventionskonzeptes vorgelegt und diskutiert. Die Ergebnisse flossen in den Diskussionsteil dieses Berichtes ein.

## **6 Ergebnisse**

### **6.1 Charakteristik der antwortenden Wohneinrichtungen**

Von den 102 Wohneinrichtungen für Erwachsene mit Behinderung im Kanton Zürich, die angeschrieben worden sind, antworteten 82 (80,4%). Von diesen sind 41 auf Personen mit psychischer Beeinträchtigung und 40 Einrichtungen auf Personen mit einer intellektuellen, körperlichen oder sensorischen Beeinträchtigung spezialisiert. Eine Einrichtung bietet Wohnraum für Menschen mit einer psychischen als auch mit einer intellektuellen Beeinträchtigung an. Für die Auswertungen wurde diese der Gruppe der Einrichtungen für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung zugeordnet. An der Befragung nahmen 60 von 73 Wohnheimen teil, welche vom Kantonalen Sozialamt Zürich Betriebsbeiträge erhalten sowie 22 von 29 Einrichtungen, welche keine solchen Betriebsbeiträge erhalten. Somit sind die Antworten bezüglich der Betriebsbeitragsberechtigung repräsentativ.

Die Einrichtungen wurden gruppiert nach Grösse, in kleine Wohnheime mit bis zu 55 Bewohnern und in grosse mit über 55 Bewohnerinnen. 54 kleine und 28 grosse Wohneinrichtungen für Erwachsene mit Behinderung nahmen an der Befragung teil.

Die Wohnheime bieten durchschnittlich für rund 53 Personen eine Wohnmöglichkeit an. Die Standardabweichung ist mit 44 Personen relativ hoch. Insgesamt bieten die antwortenden Einrichtungen für rund 4350 Personen einen Wohnort.

### **6.2 Ärztlich assistierter Suizid ist in 10% der Einrichtungen erlaubt**

Die Frage, ob im Wohnheim ärztlich assistierter Suizid erlaubt sei, beantworten 9 Einrichtungen (10,9%) positiv. In 67 der 82 Wohnheime ist ein ärztlich assistierter Suizid nicht erlaubt (81,7%) und in sechs Einrichtungen (7,3%) ist diese Frage noch nicht entschieden. Es wurde geprüft, ob sich die grossen Wohneinrichtungen mit mehr als 55 Bewohnern diesbezüglich von den kleinen Einrichtungen mit

bis zu 55 Bewohnerinnen unterscheiden. Von den 54 kleinen Einrichtungen ist der assistierte Suizid in fünf Einrichtungen erlaubt, von den 28 grossen Einrichtungen ist es in vier Einrichtungen erlaubt. Sowohl in drei kleinen als auch in drei grossen Einrichtungen sind die Verantwortlichen zur Frage des assistierten Suizides in Diskussion.

Um den Chi-Quadrat Test durchführen zu können, wurden diejenigen Einrichtungen, welche noch in Diskussion sind, denjenigen Einrichtungen zugeordnet, in denen assistierter Suizid nicht erlaubt ist. Weil sowohl drei kleine Einrichtungen als auch drei grosse Einrichtungen sich noch nicht entschieden haben, hat dies auf die Neuordnung keinen Einfluss auf das Resultat. Der Chi-Quadrat Test zeigt jedoch keinen signifikanten Unterschied im Hinblick auf die Frage, ob der assistierte Suizid in grossen oder in kleinen Wohneinrichtungen eher erlaubt ist  $\chi^2(1, N = 82) = 1.280, p = .202$ .

### 6.3 Steigende Zahl von suizidalen Verhaltensweisen

Für die Jahre 2006 bis 2015 meldeten die 28 der 82 antwortenden Einrichtungen insgesamt 45 Vorfälle. Rund ein Drittel (34%) der Wohnheime ist von Suizidvorfällen betroffen. Insgesamt wurden 25 Suizidversuche, 18 Suizide und zwei assistierte Suizide in einem Zeitraum von zehn Jahren gemeldet.

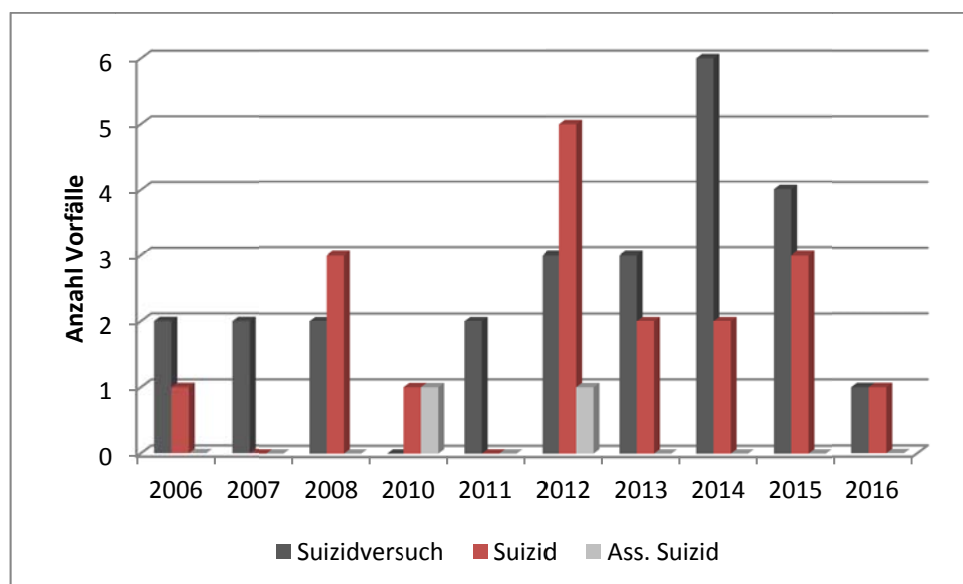
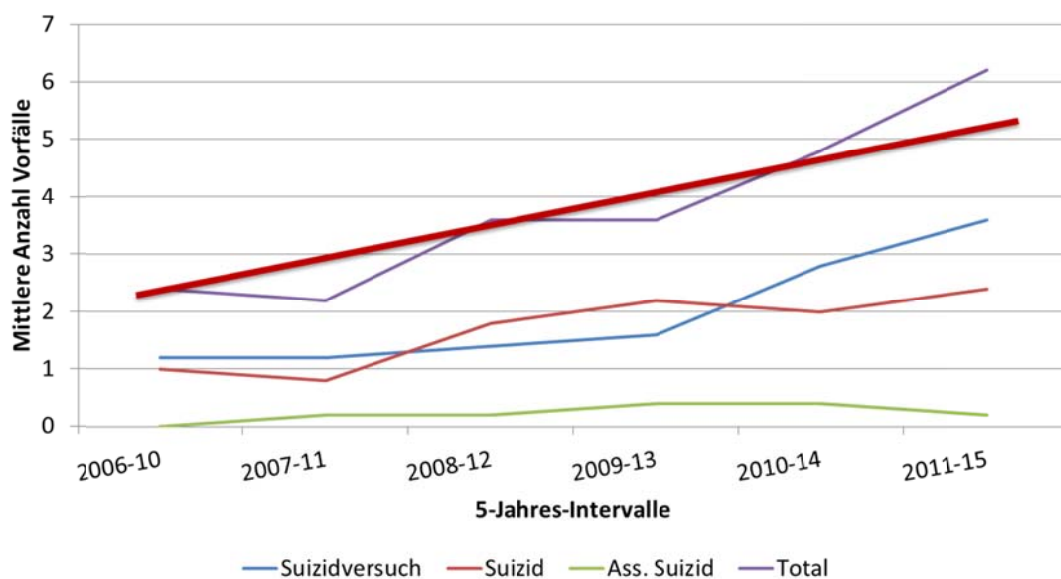


Abbildung 3 Anzahl Vorfälle 2006 – 2016

Zwei Vorfälle wurden aus dem Jahr 2016 angegeben, obwohl dies nicht im gefragten Zeitraum (2006-2015) liegt. Das bedeutet, dass über das Jahr 2016 nur die Angaben bis Mai 2016 vorliegen und damit nicht vollständig sind. Insgesamt kann aber eine Zunahme der Vorfälle über die letzten zehn Jahre, bzw. seit 2011 festgestellt werden (vgl. Abb. 4). Sogar dann, wenn berücksichtigt wird, dass zwei der antwortenden Einrichtungen erst 2009 resp. 2013 gegründet worden sind.





**Abbildung 4** Mittlere Anzahl Vorfälle in fünf-Jahres-Abschnitten 2006-2015

Die Zunahme der Vorfälle lässt sich auf die starke Zunahme der Suizidversuche zurückführen. Aber auch die Anzahl der erfolgten Suizide ist seit 2006 angestiegen, wenn auch weniger stark.

Von 2006 bis 2015 waren 17 Suizide (ein Suizid stammt aus dem Jahr 2016) zu verzeichnen. Im Durchschnitt sind dies 1-2 Suizide pro Jahr bei insgesamt 4350 Bewohnerinnen und Bewohnern.<sup>1</sup>

Wird dies hoch gerechnet, zeigt sich, dass in den Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe die Suizidrate bei 39 pro 100'000 Personen liegt. Damit liegt die Suizidrate etwa drei Mal höher als in der allgemeinen Bevölkerung, die bei rund 13 pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner liegt (vgl. Abb. 1).

Besonders Einrichtungen für Personen mit einer psychischen Behinderung sind von suizidalem Verhalten betroffen (89/100'000 Bewohner und Bewohnerinnen), während die Rate in Einrichtungen für Menschen mit einer kognitiven oder komplexen Behinderung leicht unter dem schweizerischen Durchschnitt liegt (12/100'000 Bewohnerinnen und Bewohner).

In 22 der 28 Wohnheime, in denen suizidale Vorfälle zu verzeichnen waren, gab es nur einen Vorfall, in drei Wohneinrichtungen gab es zwei Vorfälle und in drei Einrichtungen gab es sogar drei oder mehr Vorfälle in den letzten zehn Jahren.

**Tabelle 1** Häufigkeit der Vorfälle

Häufigkeit der Vorfälle	1 Vorfall	2 Vorfälle	3 und mehr (bis 7)
	22	3	3

<sup>1</sup>  $(100'000 / 4350) * 1.7$

## 6.4 Einrichtungen für Menschen mit psychischer Behinderung sind stark betroffen

9 Vorfälle (4 Suizidversuche, 3 Suizide und 2 assistierte Suizide) fanden in Einrichtungen für Erwachsene mit einer intellektuellen, körperlichen oder sensorischen Behinderung statt, 36 Vorfälle (21 Suizidversuche und 15 Suizide) in Einrichtungen für Erwachsene mit einer psychischen Behinderung.

**Tabelle 2** Art der Vorfälle pro Zielgruppe der Einrichtungen

		Art des Vorfalls			Gesamt
		Suizidversuch	Suizid	Ass. Suizid	
Zielgruppe	psychische Behinderung	21	15	0	36
	intellektuelle, körperliche, sensorisch Behinderung	4	3	2	9
Gesamt		25	18	2	45

Es zeigt sich, dass in den Wohneinrichtungen für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung signifikant häufiger suizidale Verhaltensweisen vorkommen als in den anderen Einrichtungen ( $\chi^2 (1, N = 82) = 5.423, p = .018$ ).

Aufgrund der tiefen Anzahl der Vorfälle in Einrichtungen für Erwachsene mit einer intellektuellen, körperlichen oder sensorischen Behinderung konnte ein Zusammenhang der beiden Einrichtungsgattungen nur im Hinblick auf das Total der Vorfälle, mit dem Chi-Quadrat Test geprüft werden.

19 Einrichtungen, in denen Vorfälle zu verzeichnen waren, waren betriebsbeitragsberechtigt, 9 Einrichtungen waren nicht betriebsbeitragsberechtigt. Mit dem Chi-Quadrat Test wurde geprüft, ob ein Zusammenhang besteht zwischen der Beitragsberechtigung und der Art und Präsenz von Vorfällen. Der Chi-Quadrat Test zeigte jedoch keinen signifikanten Unterschied (Präsenz von Vorfällen:  $\chi^2 (1, N = 82) = .612, p = .299$ ; Art der Vorfälle:  $\chi^2 (2, N = 45) = 1.27, p = .530$ ).

In den letzten zehn Jahren waren in 18 kleinen und in 10 grossen Einrichtungen suizidale Vorfälle zu verzeichnen (Tab 3 und 4).

**Tabelle 3** Zusammenhang zwischen der Grösse der Einrichtung und der Präsenz von Vorfällen

		Vorfälle		Gesamt
		Nein	ja	
Grösse der Einrichtung	Klein (bis 55 Bew.)	36	18	54
	Gross (> 55 Bew.)	18	10	28
Gesamt		54	28	82

Der Chi-Quadrat Test zeigt keinen Zusammenhang zwischen der Grösse der Einrichtung und der Frage ob suizidale Vorfälle zu verzeichnen waren oder nicht ( $\chi^2 (1, N = 82) = .046, p = .509$ ).

Auch gibt es keinen Zusammenhang zwischen der Grösse der Einrichtung und der Art der Vorfälle ( $\chi^2 (1, N = 45) = 2.799, p = .085$ ).

**Tabelle 4 Zusammenhang zwischen der Grösse der Einrichtung und der Art der Vorfälle**

		Art des Vorfalls		
		Suizidversuch	Suizid	Gesamt
Grösse der Einrichtung	Klein (bis 55 Bew.)	10	13	23
	Gross (> 55 Bew.)	15	7	22
Gesamt		25	20	45

### 6.5 Frauen begehen häufiger Suizidversuche, Männer häufiger Suizide

Die Vorfälle von 2006 bis 2016 betrafen 26 Männer und 18 Frauen. Von einer Person ist das Geschlecht nicht angegeben. Gemäss SOMED Statistik 2015 leben in den Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung rund 1,4 Mal mehr Männer als Frauen. Die Vorfälle betreffen aber rund 1,8 Mal mehr Männer als Frauen. Damit sind in den Wohneinrichtungen Männer insgesamt stärker betroffen von suizidalem Verhalten als Frauen.

10 Männer hatten in den letzten zehn Jahren in den Wohneinrichtungen einen Suizidversuch unternommen, 14 Männer begingen Suizid und bei zwei Männern wurde ein assistierter Suizid angegeben. Bei den Frauen dominieren die Suizidversuche. Von den 18 Vorfällen bei Frauen betrafen 15 Vorfälle einen Suizidversuch und nur in drei Fällen erfolgte der Suizid tatsächlich (Tab 5).

**Tabelle 5 Kreuztabelle Geschlecht der betroffenen Person und Art des Vorfalls (N = 44)**

		Art des Vorfalls			
		Suizidversuch	Suizid	Ass. Suizid	Gesamt
Geschlecht	männlich	10	14	2	26
	weiblich	15	3	0	18
Gesamt		25	17	2	44

Um den Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und der Art des Vorfalls mit dem Chi-Quadrat zu prüfen wurden die assistierten Suizide den Suiziden zugeordnet. Der Chi-Quadrat Test zeigt einen signifikanten Zusammenhang. Bei Frauen ist der Suizidversuch signifikant häufiger als der Suizid ( $\chi^2 (1, N = 44) = 8.729, p = .003$ ).

Zum Zeitpunkt des Vorfalls waren die Personen durchschnittlich 41.4 Jahre alt mit einer Standardabweichung von 14.3 Jahren. Werden die Personen in jüngere Personen (bis 41.4 Jahre) und in ältere Personen (über 41.4 Jahre) klassiert, zeigt der Chi-Quadrat Test keinen signifikanten Zusammenhang bezüglich der Art der Vorfälle und dem Alter ( $\chi^2 (1, N = 45) = .073, p = .514$ ).

### 50% der Vorfälle ereignen sich im ersten Jahr nach Eintritt in die Einrichtung

Zum Zeitpunkt des Vorfalls waren die Personen im Mittel 3.7 Jahre in der Wohneinrichtung, von drei Personen war der Zeitpunkt des Eintritts nicht bekannt. Hier wurde der Mittelwert eingesetzt. Wird die Aufenthaltsdauer in drei Gruppen klassiert (weniger als 1 Jahr, 1-3 Jahre, mehr als 3 Jahre), so kann festgestellt werden, dass 23 von 45 Vorfällen (51%) im ersten Aufenthaltsjahr vorkamen. Dies

betrifft Suizide und Suizidversuche gleichermaßen. Weitere zehn Vorfälle waren im Zeitraum zwischen dem ersten und dritten Jahr Aufenthalt zu verzeichnen und 12 Vorfälle bei einer Aufenthaltsdauer die drei Jahre übertraf (Tab 6).

**Tabelle 6 Kreuztabelle Art des Vorfalls und Aufenthaltsdauer in Gruppen**

		Art des Vorfalls			Gesamt
		Suizidversuch	Suizid	Ass. Suizid	
Aufenthaltsdauer	kurz (bis 1 Jahr)	12	10	1	23
	mittel (1-3 Jahre)	6	4	0	10
	lang (über 3 Jahre)	7	4	1	12
Gesamt		25	18	2	45

Wird die Aufenthaltsdauer in den unterschiedlich spezialisierten Wohneinrichtungen (psychische Beeinträchtigung, andere Beeinträchtigungen) betrachtet, ist kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Art der Einrichtung und der Dauer des Aufenthaltes festzustellen ( $\chi^2 (2, N = 45) = 1.508, p = .470$ ). Es ist auch kein Zusammenhang festzustellen bezüglich der Grösse der Einrichtung und der Dauer des Aufenthaltes ( $\chi^2 (2, N = 45) = .755, p = .685$ ), der Betriebsbeitragsberechtigung und der Dauer des Aufenthaltes ( $\chi^2 (2, N = 45) = 1.197, p = .550$ ) oder ob es sich um Einrichtungen mit einem Suizidpräventions- und/oder Kriseninterventionskonzept und solchen, die kein solches Konzept haben, handelte ( $\chi^2 (2, N = 45) = 1.033, p = .597$ ). Ebenso kein Zusammenhang zwischen der Aufenthaltsdauer und der Art des Vorfalls (aufgeteilt in Suizidversuche und Suizide (inkl. ass. Suizide)) ( $\chi^2 (2, N = 45) = .224, p = .894$ ).

## 6.6 Psychische Behinderung bei 90% der betroffenen Personen

Bei 40 der 45 Vorfälle (88.9%) wurde eine psychische Behinderung angegeben. Bei sechs Personen wurde eine intellektuelle Behinderung angegeben. Diese beiden Kategorien überschneiden sich sehr stark. Bei fünf der sechs Personen mit einer intellektuellen Behinderung wurde zugleich auch psychische Behinderung markiert. Des Weiteren wurde bei drei Personen eine Körperbehinderung und bei je einer Person eine Hirnverletzung, Autismus oder Sinnesbehinderung angegeben.

Die zwei genannten Assistierte Suizide wurden von Personen mit einer Körperbehinderung durchgeführt. Eine Person hatte Multiple Sklerose, bei der anderen Person war die Kategorie „anderes“ markiert worden, ohne genauere Angaben zu geben.

### 6.6.1 Ein Viertel der Personen leidet an weiteren Krankheiten

Neben der Art der Behinderung wurde der Gesundheitszustand der betroffenen Person in den folgenden vier Sparten erfasst: Psychische Störungen, somatische Krankheiten, Neuropsychiatrische Erkrankungen und andere.

Bei Personen mit suizidalen Verhaltensweisen wurden vor allem psychische Störungen angegeben. Im Rahmen von Mehrfachantworten wurde Schizophrenie (bei 15 Personen), Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (bei 14 Personen), affektive Störungen (bei 14 Personen) und Abhängigkeitserkrankungen (bei 12 Personen) genannt (Tab 7).

**Tabelle 7** Psychische Erkrankungen der Personen mit suizidalen Verhaltensweisen (N = 45), Mehrfachantworten

	N	Prozent
Schizophrenie	15	21,7%
Persönlichkeits- /Verhaltensstörungen	14	20,3%
Affektive Störungen	14	20,3%
Abhängigkeitserkrankungen	12	17,4%
Angststörungen	5	7,2%
Andere Psychosen	5	7,2%
Andere psychische Störungen	4	5,8%

Bei 34 der 45 Personen (75%) mit suizidalen Verhaltensweisen wurden nur psychische Erkrankungen angegeben. Bei den anderen 11 Personen wurden ein bis zwei andere Krankheiten markiert: Bei je zwei Personen Herz- und Kreislauferkrankungen, Diabetes und ein hoher Blutdruck, bei je einer Person Krebs, Arthrose, Niereninsuffizienz, Lungenerkrankung und Multiple Sklerose sowie bei drei Personen „anderes“, ohne weitere Angaben.

35 von 41 Personen mit psychischen Störungen wohnen oder wohnten in Wohneinrichtungen für die Zielgruppe Personen mit psychischer Behinderung, sechs Personen wohnten oder wohnen in anderen Einrichtungen.

In Tabelle 8 sind spezifische Variablen in Zusammenhang mit den vier am häufigsten genannten psychischen Störungen aufgeführt: Geschlecht und Alter sowie die Aufenthaltsdauer und die Art des Vorfalls.

**Tabelle 8** Ausgewählte Variablen in Verbindung mit den am häufigsten genannten psychischen Störungen

		Schizophrenie (15)	Affektive Störungen (14)	Persönlich- keitsstörungen (14)	Abhängigkeits- erkrankungen (12)
<b>Geschlecht</b>	Männlich	11	6	4	6
	Weiblich	4	8	10	6
<b>Alter</b>	Jüngere (bis 41.4)	10	7	8	6
	Ältere (über 41.4)	5	7	6	6
<b>Aufenthalt</b>	bis 1 Jahr	5	4	9	5
	mehr als 1 Jahr	10	10	5	7
<b>Art des Vorfalls</b>	Suizidversuche	7	7	<b>11*</b>	<b>10*</b>
	Suizide	8	7	3	2

\* signifikant  $p \leq .05$

Betrachtet man die Personen mit einer psychischen Erkrankung genauer, so zeigt sich, dass Männer mit suizidalen Verhaltensweisen eher unter Schizophrenie leiden als Frauen und dass Frauen mit suizidalen Verhaltensweisen eher unter Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen leiden, diese

Unterschiede sind aber beide nicht signifikant. Der Chi-Quadrat Test zeigt auch keine Signifikanz hinsichtlich der Frage, ob Personen mit suizidalen Verhaltensweisen, die an Schizophrenie leiden, eher jünger sind.

Der Chi-Quadrat Test zeigt jedoch, dass bei Personen mit Abhängigkeitserkrankungen sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen signifikant häufiger Suizidversuche als Suizide vorkommen (Abhängigkeitserkrankungen:  $\chi^2 (1, N = 45) = 5.114, p = .025$ ; Persönlichkeitsstörungen  $\chi^2 (1, N = 45) = 4.360, p = .037$ ).

## 6.7 Soziale Einsamkeit und fehlende Bewältigungsstrategien

Bei 40 der 45 Personen mit suizidalen Verhaltensweisen wurden Angaben zu Lebensaspekten der Person gemacht. Zwei Variablen wurden besonders häufig markiert: belastende Lebensereignisse (bei 30 Personen, 75%) und fehlende Bewältigungsstrategien (bei 28 Personen, 70%). Bei 13, resp. 11 Personen wurden zudem Konflikte und soziale Einsamkeit markiert. Entwicklungskrisen wurden bei 9 Personen, fehlende soziale Integration und Arbeitslosigkeit bei je sechs Personen und eine schwierige ökonomische Situation wurde bei fünf Personen markiert.

In Tabelle 9 werden die vier am häufigsten genannten Lebensaspekte von Personen mit suizidalen Verhaltensweisen mit ausgewählten Variablen dargestellt, die in Kombination mit diesen Lebensaspekten möglicherweise einen Einfluss auf suizidales Verhalten haben könnten.

**Tabelle 9** Lebensaspekte und ausgewählte Variablen bei Personen mit suizidalen Verhaltensweisen

		<b>Belastende Lebensereignisse</b>	<b>Fehlende Bewältigungsstrategien</b>	<b>Konflikte</b>	<b>soziale Einsamkeit</b>
<b>Art des Vorfalls</b>	Suizidversuche	18	<b>21*</b>	8	2
	Suizide	12	7	5	<b>9*</b>
<b>Geschlecht</b>	Männlich	16	11	5	<b>10*</b>
	Weiblich	14	<b>16*</b>	7	1
<b>Alter</b>	jüngere (bis 41.4)	17	16	7	5
	ältere (über 41.4)	13	12	6	6
<b>Aufenthalt</b>	bis 1 Jahr	14	16	7	6
	mehr als 1 Jahr	16	12	6	5

\* signifikant  $p \leq .05$

Es wurde mit dem Chi-Quadrat Test geprüft, ob die Art der belastenden Lebensereignisse einen Einfluss hat auf die Art des Vorfalls und ob das Geschlecht, das Alter und die Aufenthaltsdauer mit der Art der belastenden Lebensereignisse zusammenhängen.

Bei Frauen wurde signifikant häufiger die Kategorie „fehlende Bewältigungsstrategien“ markiert als bei Männern ( $\chi^2 (1, N = 44) = 9.734, p = .002$ ). Dort wo fehlende Bewältigungsstrategien markiert wurden, gab es auch häufiger Suizidversuche als Suizide ( $\chi^2 (1, N = 45) = 11.349, p = .001$ ).

Mit einer binär logistischen Regressionsanalyse wurde darum geprüft, wie stark diese beiden unabhängigen signifikanten Variablen („Geschlecht“ und „fehlende Bewältigungsstrategien“) mit der bedingten Variable „Art des suizidalen Vorfalls“ (Suizidversuche und Suizide (ass. Suizide inkl.)) zusammenhängen. Da bei einer Person das Geschlecht nicht bekannt war, wurden nur 44 Vorfälle in die Analyse einbezogen. Nur die Variable „fehlende Bewältigungsstrategien“ steht in einem signifi-

kanten positiven Zusammenhang mit der Variable „Suizidversuch“ (Fehlende Bewältigungsstrategie Odds Ratio [OR] 6.999; 95% CI 1.505, 32.584) (Tab 10).

**Tabelle 10** Faktoren, welche Suizidversuche bedingen

	B	SE	Wald	Exp(B)	p	CI
Fehlende Bewältigungsstrategien	1.946	0.785	6.150	6.999	0.013	1.504-32.584
Geschlecht	1.386	0.830	2.788	3.999	0.095	0.786-20.359

r<sup>2</sup>Nagelkerke 0.407

Die Wahrscheinlichkeit, einen Suizidversuch zu begehen und nicht den Suizid zu vollenden, ist bei Personen, denen aus Sicht der Betreuenden Bewältigungsstrategien fehlen, rund sechs Mal höher.

Mit einer binär logistischen Regressionsanalyse wurde auch geprüft, wie stark die unabhängigen Variablen („Geschlecht“, „soziale Einsamkeit“ und „belastende Lebensereignisse“) mit der bedingten Variable „Art des suizidalen Vorfalls“ (Suizidversuche (codiert mit 1) und Suizide (ass. Suizide inkl.) (codiert mit 2) zusammenhängen. Es wurden auch hier nur 44 Vorfälle in die Analyse einbezogen.

Soziale Einsamkeit erweist sich als der stärkste Prädiktor für Suizid (Soziale Einsamkeit: Odds Ratio [OR] 7.669; 95% CI 1.166-50.430; Geschlecht: Odds Ratio [OR] 4.537; 95% CI .925, 22.259; belastende Lebensereignisse [OR] .546; 95% CI .115, 2.598) (Tab 11). Die Wahrscheinlichkeit, einen Suizid und nicht einen Suizidversuch zu begehen, ist rund 7,5 Mal höher bei Personen, die aus Sicht der Betreuenden, sozial einsam waren.

**Tabelle 11** Faktoren, welche Suizide bedingen

	B	SE	Wald	Exp(B)	P	CI
Soziale Einsamkeit	2.037	.961	4.495	7.669	.034	1.166 -50.430
Geschlecht	1.512	.812	3.472	4.537	.062	.925-22.259
Belastende Lebensereignisse	-.605	.796	.577	.546	.447	.115-2.598

r<sup>2</sup>Nagelkerke 0.379

Soziale Einsamkeit wurde vor allem bei männlichen Bewohnern angegeben, Männer begehen häufiger Suizide als Suizidversuche. Die Analyse zeigt, dass die Wahrscheinlichkeit bei Männern, einen Suizid zu begehen, rund vier Mal höher ist.

## 6.8 Nur wenig Suizidpräventionskonzepte vorhanden

In acht Wohneinrichtungen gibt es bereits ein Dokument zum Umgang mit Suiziden. Sieben Wohneinrichtungen sandten uns diese Dokumente zu. In vier der acht Einrichtungen mit Konzepten zum Umgang mit Suiziden gab es suizidale Vorfälle.

In 38 Einrichtungen gibt es Dokumente zum Thema Krisenintervention oder auch Umgang mit Gewaltsituationen. 21 Einrichtungen sandten uns ihre Dokumente zu. In 18 der 38 Einrichtungen gab es auch suizidale Vorfälle.

3 Einrichtungen sandten uns zudem Dokumente zum Thema Vorgehen bei Todesfall oder Umgang mit gesetzlich zulässiger Sterbehilfe zu.

Insgesamt verfügen 40 von 82 Einrichtungen über ein Suizidpräventions- und/oder Kriseninterventionskonzept, das sind 48,8% der Wohneinrichtungen für Erwachsene im Kanton Zürich. Wo suizidale Vorfälle in den letzten zehn Jahren angegeben wurden sind auch signifikant häufiger Suizidpräventions- und/oder Kriseninterventionskonzepte vorhanden  $\chi^2(1, N = 82) = 8.721, p = .003$ . (Tab 12)

**Tabelle 12** Kreuztabelle: Vorkommen von Vorfällen und die Präsenz von Suizid- und/oder Kriseninterventionskonzepten

		Vorfälle		
		nein	ja	Gesamt
Konzept	nein	34	8	42
	ja	20	20	40
Gesamt		54	28	82

## 6.9 Vorhandene Konzepte fokussieren sekundäre Prävention

Die Konzepte, welche uns zugestellt worden waren (7 Konzepte zur Suizidprävention, 21 Konzepte zur Krisenintervention), beurteilten wir anhand von 21 Kriterien. Es wurde der Umfang notiert (Anzahl Seiten) und geprüft, ob die Begrifflichkeiten Suizid und/oder Krise vorhanden sind (Ja/Nein). Untersucht wurde auch, ob die Bedeutung der Beziehungsgestaltung für Menschen mit Behinderung thematisiert wurde, der Umgang mit sozialer Einsamkeit sowie die spezifische Situation der Wohneinrichtungen insbesondere bezüglich der Struktur (Diskontinuität, Spezifika der professionellen Beziehung) sowie Stärkung des sozialen Netzwerks angesprochen wird. Im Hinblick auf die Diagnostik der Suizidalität wurde untersucht, ob die Situation der Person und ihre soziale Einbindung diskutiert ist, ob spezifische Risikogruppen genannt sind und ob der Umgang mit suizidalen Äusserungen thematisiert ist. Wir untersuchten, ob und auf welchen Ebenen (Klient, Ereignis, Kontext) Massnahmen vorgeschlagen oder thematisiert sind. Auch prüften wir, inwiefern der Ablauf (Kontaktaufnahme, Einschätzung der Situation, alternative Lösungen entwickeln, Therapien anbieten) sowie die Dokumentation angesprochen und ob Kontaktadressen aufgeführt sind.

Die sieben uns zugestellten Konzepte zur Suizidprävention umfassen eine bis neun A4-Seiten. Drei dieser Konzepte umfassen nur eine A4-Seite. Das umfassendste Konzept (13 der kontrollierten 21 Aspekte werden genannt) ist ein vier seitiges Konzept mit dem Titel „Umgang mit Suizidalität / Selbstverletzung“. Die Aspekte Umgang mit sozialer Einsamkeit, Diagnostik, Ablauf und Dokumentation werden erwähnt, ebenso sind Kontaktadressen aufgeführt.

Die uns zugestellte Konzepte zur Krisenintervention (21 Stück) umfassen eine bis fünfzehn A4-Seiten. Das fünfzehn-seitige Konzept ist zugleich das umfassendste Konzept. Sämtliche 21 erfassten Aspekte werden in den verschiedenen Teil-Dokumenten erwähnt. Alle anderen uns zugestellten Konzepte umfassen maximal neun der abgefragten Aspekte, insbesondere die Bedeutung der Beziehungsgestaltung und Diagnose der Suizidalität werden kaum genannt.



## 7 Diskussion

Die schriftliche und/oder telefonische Befragung der Wohneinrichtungen für Erwachsene mit Behinderung im Kanton Zürich, vom Mai und Juni 2016, zeigt verschiedene Ergebnisse, die für die Entwicklung von spezifischen Suizidpräventionskonzepten von Bedeutung sind.

### **Hohe Prävalenz von suizidalem Verhalten in den Wohneinrichtungen**

In den Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe liegt die Suizidrate bei 39 pro 100'000 Personen. Damit liegt die Suizidrate etwa drei Mal höher als in der allgemeinen Bevölkerung. Diese liegt bei rund 13 pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner. Eine erhöhte Prävalenz wurde erwartet, da die Bewohnerinnen und Bewohner spezifische Risiken für suizidales Verhalten mit sich bringen:

- a) Psychische Erkrankungen: Suizidales Verhalten ist bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung überaus häufig anzutreffen. So wird bei gut einem Drittel aller erfolgten Suizide mindestens eine psychiatrische Diagnose festgestellt (Frei et al. 2006; BAKST et al. 2014; DeVyllder et al. 2015).
- b) Behinderung: funktionale Behinderung führt zu einer erhöhten Suizidalität, besonders bei Komorbidität mit einer psychischen Erkrankung (KAPLAN et al.. 2007).
- c) Personen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung vereinigen in sich verschiedene Risiken für ein erhöhtes suizidales Verhalten: negative Bedingungen in der Entwicklung sowie überdurchschnittliche Häufigkeit psychischer Störungen (Woldt 2012).

Es zeigt sich jedoch, dass die Einrichtungen unterschiedlich stark von suizidalen Verhaltensweisen betroffen sind. Während die Suizidrate in den Wohneinrichtungen für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung vergleichbar mit derjenigen in der Allgemeinen Bevölkerung ist, finden wir in den Einrichtungen für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung eine rund 7 Mal höhere Rate. Einrichtungen, die sich für Menschen mit einer Körper- und Sinnesbehinderung spezialisiert haben, sind zudem mit ärztlich begleiteten Suiziden konfrontiert.

88% der Personen mit suizidalem Verhalten haben, gemäss Angaben der befragten Personen, eine psychische Behinderung, bei 75% der Personen mit suizidalem Verhalten ist auch eine psychische Störung diagnostiziert. Bei sechs von 45 Personen mit suizidalem Verhalten liegt eine intellektuelle Beeinträchtigung vor, bei fünf dieser sechs Personen ist zugleich auch eine psychische Behinderung markiert worden. Nur bei einer Personen mit suizidalem Verhalten ist eine Körperbehinderung und bei einer Person eine Sinnesbehinderung angegeben.

Die Prävalenz von suizidalem Verhalten in den Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe ist hoch. Ob im nationalen oder internationalen Vergleich eine ähnliche Prävalenz in den Wohneinrichtungen für Erwachsene mit Behinderung zu finden ist, lässt sich nicht sagen, da vergleichbare Zahlen fehlen. Eine Studie aus dem Südtirol, in der die Suizidrate in einer Wohneinrichtung für ältere Menschen mit der allgemeinen Suizidrate verglichen wurde, zeigt auch eine rund 2.6 Mal höhere Suizidrate bei den Personen, welche in einer Einrichtung lebten (Torresani et al. 2014).

Die im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung hohe Suizidrate zeigt, dass insbesondere für Wohneinrichtungen für Menschen mit psychischer Behinderung spezifische Suizidpräventionskonzepte notwendig sind. Aber auch in den Wohneinrichtungen für Erwachsene mit einer intellektuellen, Körper- oder Sinnesbehinderung ist suizidales Verhalten anzutreffen, insbesondere bei Personen, welche zudem eine psychische Erkrankung aufweisen.

Zu beachten ist auch, dass in nur wenigen Einrichtungen suizidales Verhalten gehäuft auftritt. Die meisten Wohneinrichtungen (22 von 28) berichten nur über einen einzigen Vorfall in den letzten zehn Jahren. Hier zeigt sich für die Einrichtungen eine besondere Herausforderung: Wie kann das Personal

dauerhaft sensibilisiert und im Umgang mit suizidalen Verhaltensweisen befähigt werden, wenn über Jahre hinweg kein solcher Vorfall eintritt?

Die Diskussion im Workshop mit Leitenden und Betreuenden aus den Einrichtungen zeigte deutlich, dass es als sinnvoll erachtet wird, Suizidpräventionskonzepte zu erarbeiten und zu implementieren. Sie sind im Notfall leitend. Zudem kann bei der Einführung neuer Mitarbeitenden auf das Thema und die Konzepte hingewiesen werden und so die dauerhafte Befähigung erfolgen.

### **Es wird von verhältnismässig wenig Suizidversuchen berichtet**

Von 45 detailliert beschriebenen Vorfällen betrafen 25 Vorfälle Suizidversuche und 20 Vorfälle Suizide (inkl. zwei assistierte Suizide). Die Rate der Suizidversuche ist in den Wohneinrichtungen für Erwachsene mit Behinderung nur leicht höher als die Suizidrate. Dies widerspricht anderen Forschungsergebnissen (Gysin-Maillart 2013), die eine sieben bis zehn Mal höhere Rate beschreiben.

Eine mögliche Erklärung für die niedrige Anzahl berichteter Suizidversuche könnte in der Definition des Suizidversuchs sowie in der Art der Fragestellung im Fragebogen zu finden sein. Nach Stengel (1964) werden alle auf einen kurzen Zeitraum begrenzten absichtlichen Selbstschädigungen, von denen der Betreffende, der diese Handlung begeht, nicht wissen kann, ob er überleben wird oder nicht, unter dem Begriff Suizidversuch zusammengefasst. Diese Definition wurde den Befragten in den Wohnheimen nicht mit dem Fragebogen mitgeliefert. Es wurden lediglich ohne Erklärung die Kategorien Suizidversuch, Suizid und assistierter Suizid zur Markierung angegeben. Es kann vermutet werden, dass aufgrund der fehlenden Definition leichtere Varianten des selbstverletzenden Verhaltens nicht aufgeführt sind. Des Weiteren muss bedacht werden, dass Suizide im Rahmen der kantonalen Richtlinien immer gemeldet werden müssen, während dies bei anderen Vorfällen von selbstverletzendem Verhalten nicht erwartet wird. Das heisst, auch selbstverletzendes Verhalten mit suizidaler Absicht wird nicht gesondert ausgewiesen.

Am Workshop mit den Leitenden und Betreuenden aus den Einrichtungen wurde diese Frage ebenfalls angesprochen. Dabei wurde selbstverletzendes Verhalten von selbstverletzendem Verhalten mit suizidaler Absicht unterschieden. In den Einrichtungen, auch in den Einrichtungen für Erwachsene mit kognitiver Beeinträchtigung, ist selbstverletzendes Verhalten sehr häufig anzutreffen. Dies habe aber oft mit einer gestörten Wahrnehmung der Person selber zu tun. Oft würden selbstverletzende Handlungen ausgeführt, um sich selber zu spüren, seine körperlichen Grenzen zu erfahren ohne dass dahinter eine suizidale Absicht oder auch nur ein Hilferuf stecke. Werde aber selbstverletzendes Verhalten mit suizidaler Absicht identifiziert, so würden umgehend Kriseninterventionsmassnahmen ergriffen, Psychiater herbeigezogen oder die Person in eine spezialisierte Klinik überweisen. Die Leitenden und Betreuenden sahen die tiefe Suizidversuchsrate eher dahingehend bestätigend, dass die Massnahmen, die bei Andeutung suizidaler Absichten ergriffen würden, sehr gut umgesetzt sind und viele Suizidversuche verhindert würden.

Dennoch wurde zum Teil auch bemängelt, dass manchmal zu wenig der Aspekt von suizidalem Verhalten bei Selbstverletzungen beachtet würde und eine Sensibilisierung diesbezüglich auch notwendig sei. In diesem Sinne solle in Suizidpräventionskonzepten auch dieser Aspekt aufgeführt sein.

Selbstverletzendes Verhalten ist bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung gehäuft anzutreffen. Bezüglich der zu treffenden Intervention ist es wichtig zu unterscheiden, ob eine suizidale Absicht vorliegt oder nicht (Petermann et al. 2015). Gleichzeitig sollten Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Allgemeinen eine stärkere Berücksichtigung in der medizinischen, psychologischen, heilpädagogischen und auch verhaltenstherapeutischen Ausbildung erfahren. So, dass deren psychiatrische Behandlung und Betreuung angemessen erfolgen kann (Bienstein, Rojahn 2013).

### **Die Tendenz ist insgesamt steigend**

Die Ergebnisse der Studie zeigen in den Wohneinrichtungen in den letzten Jahren sowohl bei der Rate der Suizidversuche als auch bei derjenigen der Suizide eine steigende Tendenz. Auch dieser Aspekt wurde im Workshop mit den Leitenden und Betreuenden diskutiert. Es wurde nachgefragt, ob möglicherweise Vorfälle aus früheren Jahren nicht mehr präsent gewesen seien. Dies wurde aber deutlich verneint. Die Leitenden und Betreuenden konnten aus den letzten zehn Jahren genaue Angaben zu Suiziden und assistierten Suiziden liefern. Es wird davon ausgegangen, dass die Anzahl suizidaler Vorfälle seit 2011 tatsächlich stark zugenommen habe, weil unter anderem die betroffenen Personen nach Krisen oft sehr schnell wieder aus der psychiatrischen Klinik in die Wohneinrichtungen entlassen würden.

### **Spezifische Risiken in den Wohneinrichtungen**

Gut die Hälfte der Vorfälle ereignet sich im ersten Jahr des Aufenthalts in einer Wohneinrichtung für Erwachsene mit Behinderung. Dieses Ergebnis ist vergleichbar mit den Ergebnissen von Studien, welche die Suizide in Wohneinrichtungen für ältere Menschen untersucht haben. Auch bei der Metaanalyse von Murphy et al. (2015) wurde bei 52% der Suizide eine Aufenthaltsdauer von weniger als einem Jahr festgestellt.

Der Wohnortwechsel, das Einleben in einer neuen Umgebung und die Gestaltung von neuen Beziehungen sind für Erwachsene mit Beeinträchtigungen eine besondere Herausforderung. Solche Wechsel adäquat zu begleiten ist aufgrund der institutionellen Strukturen für die Betreuenden und Pflegenden nicht immer einfach, wie problemzentrierte Interviews mit Betreuenden und Pflegenden im Rahmen des Projektes „Palcap – Palliative Care in den Wohnheimen der Behindertenhilfe“ gezeigt haben (Wicki 2015). Demnach sind sich die Betreuenden und Pflegenden in den Wohneinrichtungen der Schwierigkeiten bei Übergängen bewusst, sie scheitern jedoch bei der interinstitutionellen Zusammenarbeit und an fehlenden Ressourcen.

Bei Personen mit psychischen oder affektiven Störungen und Abhängigkeitserkrankungen scheint es jedoch besonders wichtig zu sein, die Phase der Veränderung, des Einlebens und des Knüpfens neuer Kontakte eng begleiten zu können. Es ist darum unumgänglich, diesbezüglich die Konzepte der Einrichtungen und Dienstleister, der Abgebenden sowie der Aufnehmenden Einrichtung zu überprüfen und vermehrt Ressourcen einzuplanen.

Die Diskussionen im Workshop zeigten diesbezüglich auf, dass es vorkomme, dass beim Eintritt einer Person in eine neues Heim kaum Dokumente über den Verlauf der Krankheit der Person oder ihre Geschichte vorhanden seien. Dies erschwere es, zu prüfen, ob die Einrichtung die für diese Person notwendigen Rahmenbedingungen bieten könne oder nicht. Eine engere interinstitutionelle Zusammenarbeit und eine bessere Dokumentation erlaube eine bessere Platzierung. Zudem begrüsse man eine noch stärkere Spezialisierung und Differenzierung der Einrichtungen.

Die Ergebnisse der Studie zeigen auch, dass soziale Einsamkeit und fehlende Bewältigungsstrategien wesentliche Aspekte sind, die suizidales Verhalten begünstigen. Es gilt darum im ersten Jahr insbesondere die soziale Einsamkeit zu überwinden und Bewältigungsstrategien zu vermitteln. Die Diskussionen im Workshop zeigten diesbezüglich auf, dass die Einrichtungen bereits gut mit den verschiedenen Netzwerken in den Gemeinden zusammenarbeiten. Andererseits könne die soziale Netzwerkarbeit für und mit den Klienten selber immer gestärkt werden, da das soziale Netzwerk der Klienten durch die psychische Beeinträchtigung über die Jahre hinweg oft sehr stark zusammengeschrumpft sei.

### **In 10% der Einrichtungen ist assistierter Suizid erlaubt**

In den Wohneinrichtungen für Erwachsene mit Behinderung im Kanton Zürich wurden in den letzten zehn Jahren nur wenige assistierte Suizide durchgeführt (2 Fälle). Diese betrafen Menschen mit Körper- oder Sinnesbehinderung. Dennoch zeigt die Befragung der Wohneinrichtungen, dass in rund 10%

der Einrichtungen assistierte Suizide möglich wären. Es wird den Einrichtungen empfohlen, hierzu spezifischen Konzepte oder Richtlinien zu implementieren.

### **Präventionskonzepte fokussieren auf sekundäre Prävention**

In fast der Hälfte aller Wohneinrichtungen für Erwachsene mit Behinderung gibt es Suizidpräventions-, bzw. Kriseninterventionskonzepte. Aber nur in acht Einrichtungen sind tatsächlich Suizidpräventionskonzepte vorhanden. Die uns zugestellten Konzepte fokussieren daher hauptsächlich auf Krisenintervention und damit auf die sekundäre Prävention: Wie gehe ich im Notfall vor?

Die Aspekte „Beziehungsgestaltung“, „Umgang mit sozialer Einsamkeit“ welche sich als Ergebnis der vorliegenden Befragung neben psychischer Erkrankung als wesentliche Problematiken herausgestellt haben, werden in den Suizidpräventionskonzepten nicht genannt. Auch in Kriseninterventionskonzepten ist dies kaum Thema.

Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern am Workshop wurde ein erster Entwurf eines Suizidpräventionskonzeptes vorgestellt. Das Konzept umfasste Fragen der Definition von Suiziden, Suizidversuchen und dem begleiteten Suizid, benannte wesentliche Ursachen und zeigte die Situation in den Einrichtungen der Behindertenhilfe im Kanton Zürich anhand der durchgeführten Befragung auf. Möglichkeiten der primären, sekundären und tertiären Prävention wurden genannt und ein Erhebungsbogen sowie weitere möglichen Formulare vorgestellt. In einem weiteren Teil wurde eine mögliche Richtlinie für den Umgang mit dem Wunsch nach einem assistierten Suizid formuliert.

Der Entwurf des Suizidpräventionskonzeptes wurde von den Teilnehmenden begrüsst und diskutiert. Im Anhang dieses Berichtes ist die überarbeitete Fassung zu finden.

## **8 Grenzen der Studie**

In der vorliegenden Arbeit wurden die Leitenden der Wohneinrichtungen für Erwachsene mit Behinderung bezüglich ihrer Suizidprävention und suizidalem Verhalten der Bewohnerinnen und Bewohner befragt. Die Rücklaufquote ist mit 80% sehr hoch, so, dass die Ergebnisse der Studie repräsentativ sind. Es stellt sich aber dennoch die Frage nach einem Einfluss auf die Beantwortung der Fragebogen im Hinblick auf „soziale Erwünschtheit“ sowie Fragen der Definition, wie beim Thema der Suizidversuche bereits oben angemerkt wurde.

Es handelt sich zudem um eine retrospektive Studie. Rückblickend auf zehn Jahre mussten die Antwortenden angeben, welche Krankheiten die betroffene Person hatte und welche Lebensumstände sie begleiteten. Aufgrund von Personalwechsel und der Archivierung der Akten ist nicht klar, auf welcher Basis die Antworten teilweise fussen. Dennoch scheinen die Daten, den Rückmeldungen aus dem Workshop nach, valide zu sein.

## **9 Empfehlungen**

Aufgrund der tiefen Suizidversuchsrate in den Wohneinrichtungen stellt sich die Frage, warum die Rate so niedrig ist. Zwischen selbstverletzendem Verhalten und suizidalem Verhalten besteht ein Graubereich: wo endet selbstverletzendes Verhalten bei Personen, die sich aufgrund ihrer kognitiven oder psychischen Beeinträchtigung kaum spüren und wo beginnt suizidales Verhalten mit suizidaler Absicht? Hierzu fehlen empirische Daten und es wird empfohlen, die Forschung diesbezüglich zu vertiefen. Den Wohneinrichtungen wird empfohlen, Richtlinien oder Handreichungen zu entwickeln und die Mitarbeitenden zu sensibilisieren.

Es fehlen Fachpersonen der Psychiatrie welche im Themenfeld selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung geschult sind. Hier gilt es vermehrt Akzente zu setzen in der Aus- und Weiterbildung dieser Fachpersonen.

Allen Einrichtungen wird empfohlen, Vorfälle mit suizidalen Verhaltensweisen zu registrieren, so, dass statistische Erhebungen in Zukunft einfach möglich sind. Dabei sind neben Jahr des Vorfalls, Alter und Geschlecht auch Aspekte der Gesundheit (bspw. psychische Erkrankung, chronische degenerative Erkrankung) und der Lebensbedingungen der betroffenen Person (bspw. soziale Einsamkeit, belastende Lebensereignisse, fehlende Bewältigungsstrategien) zu erfassen.

Den Einrichtungen wird zudem empfohlen, sich bezüglich der Möglichkeit des assistierten Suizids Gedanken zu machen und sich zu entscheiden, ob dies in der Einrichtung möglich sein soll oder nicht.

Einrichtungen, welche entschieden haben, dass assistierter Suizid in der Einrichtung erlaubt ist, wird empfohlen, Konzepte zur Sterbebegleitung zu implementieren. Dabei gilt es, auf die Stärkung der Lebensqualität von schwer kranken oder chronisch kranken Menschen zu achten und auch Konzepte der Palliative Care zu berücksichtigen. Ebenso wichtig sind klare Richtlinien für die Mitarbeitenden im Umgang mit dem Wunsch nach einem assistierten Suizid.

Den Einrichtungen für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung wird empfohlen, Suizidpräventionskonzepte zu implementieren oder Suizidprävention in den Kriseninterventionskonzepten zu implementieren. Besonders zu beachten ist dabei die Eintrittsphase sowie Begleitung im ersten Jahr nach dem Eintritt in die Einrichtung. Hinweise auf den Umgang mit sozialer Einsamkeit, Netzwerkarbeit und das Erlernen von Bewältigungsstrategien sind zentral.

Einrichtungen, welche als Zielgruppe Personen mit kognitiver oder schwerer mehrfacher Beeinträchtigung haben, wird empfohlen, bei der Arbeit mit psychisch erkrankten Personen das Thema Suizid aufzunehmen.

Auf Grund der steigenden Tendenz der Suizidversuche und Suizide wird dem Kantonalen Sozialamt Zürich empfohlen, die Daten zu suizidalem Verhalten in den Wohneinrichtungen für Erwachsene mit Behinderung in fünf Jahren noch einmal zu erheben. Es ist zu überprüfen, inwiefern die Suizidprävention in einem allgemeinen Behindertenkonzept des Kantons Zürich aufgenommen werden soll.

## 10 Literaturverzeichnis

- Adler, J., & Wicki, M.T. (2016). *Die Zukunft ist jetzt! Personenzentrierte Zukunftsplanung. Arbeitsbuch und Leitfaden*. Zürich: Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik.
- Althaus, D.(2005). Suizidprävention: Vorgehensweisen und Wirksamkeit. *Verhaltenstherapie* 15 (1), S. 12–19. DOI: 10.1159/000083696.
- BAKST, S., BRAUN, T., HIRSHBERG, R., ZUCKER, I., & SHOHAT, T. (2014). Characteristics of suicide completers with a psychiatric diagnosis before death: A postmortem study of 98 cases (English). *Psychiatry res. (Print)* 220 (1-2), 556–563.
- Bienstein, P., & Rojahn, J. (2013). *Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung. Grundlagen, Diagnostik und Intervention*. Göttingen: Hogrefe.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2015a). *Epidemiologie von Suiziden, Suizidversuchen und assistierten Suiziden in der Schweiz*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG). Online verfügbar unter <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14149/14173/?lang=de>.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2015b). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandsaufnahme und Handlungsfelder. Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG). Online verfügbar unter <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14149/14714/?lang=de>.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG), Schweizerische Konferenz der Kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), & Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz (2016). *Suizidprävention in der Schweiz. Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan. Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik. Version für die Konsultation*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2012). *Todesursachenstatistik 2009. Sterbehilfe (assistierter Suizid) und Suizid in der Schweiz*. Neuenburg: Bundesamt für Statistik (BFS). Online verfügbar unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=4729>.
- DeVylder, J. E., Lukens, E. P., Link, B. G., & Lieberman, J. A. (2015). Suicidal ideation and suicide attempts among adults with psychotic experiences: Data from the Collaborative Psychiatric Epidemiology Surveys. *JAMA Psychiatry* 72 (3), 219–225. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2014.2663.
- Du ROSCOÄT, E., & BECK, F. (2013). Efficient interventions on suicide prevention: A literature review (English). *Rev. épidémiol. santé publique* 61 (4), 363–374.
- Frei, A., Han, A., Weiss, M. G., Dittmann, V., & Ajdacic-Gross, V. (2006): Use of army weapons and private firearms for suicide and homicide in the region of Basel, Switzerland. *Crisis* 27 (3), 140–146. DOI: 10.1027/0227-5910.27.3.140.
- Gesundheitsdirektion Kanton Zug (2009). *Konzept Früherkennung und Suizidprävention im Kanton Zug. 2010 – 2015*. Zug: Kanton Zug. Online verfügbar unter <http://www.psychische-gesundheit-zug.ch/wp-content/uploads/2010/09/12-Konzept-Früherkennung-und-Suizidprävention-im-Kanton-Zug-def.pdf>.
- Gysin-Maillart, A. (2013). *Kurztherapie für Patienten nach Suizidversuch. ASSIP - Attempted Suicide Short Intervention Program*. Inauguraldissertation der Philosophisch-humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität Bern zur Erlangung der Doktorwürde. Bern: Huber. Online verfügbar unter [http://www.zb.unibe.ch/download/eldiss/13gysin-maillart\\_a.pdf](http://www.zb.unibe.ch/download/eldiss/13gysin-maillart_a.pdf).

- Jo, S.-J., Ko, J.-A., Park, J., Yim, H. W., Lee, K., & Lee, M.-S. (2016). Psychosocial factors associated with suicide re-attempts in persons with chronic mental disabilities in Korea. *Community Mental Health Journal* 52 (5), 609–614. DOI: 10.1007/s10597-016-0010-x.
- KAPLAN, M. S., MCFARLAND, B. H., HUGUET, N., & NEWSOM, J. T. (2007). Physical illness, functional limitations, and suicide risk. A population-based study (English). *Am. j. orthopsychiatr.* 77 (1), 56–60.
- Kommission Schwerpunktprogramm Suizidprävention Kanton Zürich (2015). *Schwerpunktprogramm Suizidprävention Kanton Zürich*. Universität Zürich, Institut für Epidemiologie, Biostatik und Prävention. Zürich.
- LUNSKY, Y., RAINA, P., & BURGE, P. (2012). Suicidality among adults with intellectual disability (English). *J. affect. disord.* 140 (3), 292–295.
- Murphy, B. J., Bugeja, L., Pilgrim, J., & Ibrahim, J. E. (2015). Completed suicide among nursing home residents: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 30 (8), 802–814. DOI: 10.1002/gps.4299.
- Nagraj, D., & Omar, H. A. (2015). Disability and suicide. In H. A. Omar (Hg.), *Youth suicide prevention: Everybody's business* (S. 85–95). New York, NY, US: Novinka/Nova Science Publishers (Pediatrics, child and adolescent health),
- Petermann, F., Nitkowski, D., Achtergrade, S., Plener, P. L., & Fegert, J. M. (2015). *Selbstverletzendes Verhalten. Erscheinungsformen, Ursachen und Interventionsmöglichkeiten*. Göttingen: Hogrefe (Klinische Kinderpsychologie, Band 9).
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (2013). *Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende*. Basel. Online verfügbar unter <http://www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html>.
- Stengel, E. (1964). *Suicide and attempted suicide*. Baltimore: Penguin Books.
- Torresani, S., Toffol, E., Scocco, P., & Fanolla, A. (2014). Suicide in elderly South Tyroleans in various residential settings at the time of death: A psychological autopsy study. *Psychogeriatrics* 14 (2), 101–109. DOI: 10.1111/psyg.12046.
- Wicki, M. T. (2015). *Palliative Care für Menschen mit einer intellektuellen Behinderung. Handlungsbedarf und Massnahmenvorschläge. Bericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG*. Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik. Zürich. Online verfügbar unter <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13777/15317/?lang=de>.
- Woldt, H. (2012). *Suizid und geistige Behinderung. Suizidprophylaxe bei Menschen mit geistiger Behinderung (und psychischer Störung) innerhalb betreuter Wohnformen*. Saarbrücken: AkademikerVerlag.
- World Health Organisation (WHO) (2012). *Die OECD in Zahlen und Fakten 2011-2012. Suizid*. OECD. Online verfügbar unter <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/3011045ec106.pdf?expires=1469299946&id=id&accname=guest&checksum=1D78374A561320084933DB1EC172758C>.
- World Health Organization (2001). *International classification of functioning, disability and health*. United Nations. Online verfügbar unter <http://www.who.int/classifications/icf/wha-en.pdf>, zuletzt aktualisiert am 18.08.2008, zuletzt geprüft am 23.07.2013.

Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, Marco et al. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30030-X.