



# **Routinedaten zu Suiziden und Suizidversuchen in der Schweiz – Ist-Analyse und Identifizierung von Verbesserungspotenzial**

**Technischer Datenbericht mit Fokus auf die Todesursachen-  
statistik und die Medizinische Statistik der Krankenhäuser  
zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG)**

Luzern, den 6. März 2020

**I Autorinnen und Autoren**

Cornel Kaufmann (Projektleitung)

Anina Hanimann (Qualitätssicherung)

Laura Meier (Projektmitarbeit)

Marcel Zwahlen (Experte)

**I INTERFACE Politikstudien**

Forschung Beratung GmbH

Seidenhofstrasse 12

CH-6003 Luzern

Tel +41 (0)41 226 04 26

Place de l'Europe 7

CH-1003 Lausanne

Tel +41 (0)21 310 17 90

[www.interface-pol.ch](http://www.interface-pol.ch)

**I Auftraggeberin**

Esther Walter, Projektleiterin Suizidprävention, Bundesamt für Gesundheit (BAG)

**I Zitiervorschlag**

Kaufmann, Cornel; Hanimann, Anina; Meier, Laura; Zwahlen, Marcel (2019): Routinedaten zu Suiziden und Suizidversuchen in der Schweiz – Ist-Analyse und Identifizierung von Verbesserungspotenzial. Technischer Datenbericht mit Fokus auf die Todesursachenstatistik und die Medizinische Statistik der Krankenhäuser zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG), Interface Politikstudien Forschung Beratung, Luzern.

**I Laufzeit**

Februar 2019 bis April 2020

**I Projektreferenz**

Projektnummer: 18-73

<b>Zusammenfassung</b>	<b>4</b>
<b>Synthèse</b>	<b>7</b>
<b>1. Einleitung</b>	<b>10</b>
1.1 Untersuchungsgegenstand	10
1.2 Fragestellungen	10
1.3 Methodisches Vorgehen	11
<b>2. Ist-Analyse</b>	<b>13</b>
2.1 Routinedaten zu Suiziden auf nationaler Ebene: Todesursachenstatistik	13
2.2 Weitere Datenquellen zu Suiziden	18
2.3 Routinedaten zu Suizidversuchen auf nationaler Ebene: Medizinische Statistik der Krankenhäuser	19
2.4 Weitere Datenquellen zu Suizidversuchen	25
2.5 Routinedaten zu Suiziden und Suizidversuchen auf kantonaler Ebene: Drei Fallbeispiele	26
2.6 Datenerhebung bei den Notfallstationen von akutsomatischen Spitälern	29
2.7 Weitere Daten zu Suiziden und Suizidversuchen	33
<b>3. Fazit</b>	<b>35</b>
<b>Anhang</b>	<b>37</b>
A 1 Interviewpartner/-innen	37
A 2 Formular der Todesbescheinigung	38
A 3 Formular zur Todesursache	39
A 4 Todesursachenstatistik	40
A 5 Medizinische Statistik der Krankenhäuser	42
A 6 Selbstbeurteilung der Symptombelastung	43
A 7 Erhebungsbogen Suizidprävention Zürich	45
A 7.1 Zusatz: Bei Vorfall mit Waffe	48
A 8 Erhebungsraster Observatoire Romand des Tentatives de Suicide	54
A 9 Online-Befragung	59
A 10 Schweizerische Gesundheitsbefragung	62
A 11 Experten/-innen Workshop	62

# Zusammenfassung

Der Nationale Aktionsplan Suizidprävention hat unter anderem das Ziel, den Akteuren der Suizidprävention für die Steuerung und die Evaluation ihrer Arbeit relevante Daten zur Verfügung zu stellen.

Im Rahmen der Umsetzung des Aktionsplans erteilte das Bundesamt für Gesundheit (BAG) Interface Politikstudien Forschung Beratung GmbH den Auftrag, den Ist-Zustand hinsichtlich verfügbarer Routinedaten zu Suiziden und Suizidversuchen in der Schweiz zu beschreiben, Optimierungspotenzial zu identifizieren und Empfehlungen abzuleiten.

Der Fokus liegt auf der Todesursachenstatistik (TUS) und der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MSK). Um die Datenlage zu Suizidversuchen besser einschätzen zu können, wurde eine Kurzbefragung bei Vertretenden von Notfallstationen akutsomatischer Spitäler und Kliniken durchgeführt.

Die Ist-Analyse erfolgte anhand von Dokumentenanalysen sowie Interviews mit Expertinnen und Experten. Berücksichtigt wurde neben der nationalen auch die kantonale und lokale Ebene. Für die Ist-Analyse interessierte der Inhalt, der Prozess und die Qualität der Daten. Dies entlang des Datenpfades von der Datenerzeugung bis hin zur Datennutzung.

Nachfolgend werden die aufgrund der Ist-Analyse gewonnenen Erkenntnisse zusammengefasst und die mit Expertinnen und Experten abgestimmten Empfehlungen beschrieben.

## I Suizide

Die umfassendste Erhebung hinsichtlich Suiziden in der Schweiz ist die Todesursachenstatistik (TUS). In ihr wird jeder Todesfall in der Schweiz mit der Ursache und den Begleiterkrankungen erfasst. In der TUS werden jedoch kaum vertiefende Informationen zu den verstorbenen Personen erfasst. Auch sind bei rund der Hälfte der Suizide keine Begleiterkrankungen erfasst, wobei mit grosser Wahrscheinlichkeit gewisse Begleiterkrankungen vorlagen. Die Kantone Zug und Zürich behelfen sich deshalb mit Informationen, die die kantonalen Staatsanwaltschaften und die Polizei im Rahmen der Abklärungen bei Verdacht auf einen unnatürlichen Tod erheben. Neben dem zusätzlichen Informationsgehalt dieser Daten sind sie auch früher verfügbar als die Daten der TUS. Die Erhebung von Daten zu Suiziden setzt manuelle Arbeit bei der Durchsicht und Digitalisierung der Akten der Staatsanwaltschaft voraus. Zudem sind auch die Daten der Staatsanwaltschaften oftmals unvollständig, da ihr primärer Verwendungszweck nicht die Suizidprävention ist.

Aus Perspektive der Suizidprävention lassen sich demnach folgende Empfehlungen ableiten:

- *Empfehlung 1 – Das Erfassen der existierenden Erhebungen optimieren:* Um Informationen zu Begleiterkrankungen in der TUS sowie in den Akten der Staatsanwaltschaft zu verbessern, sind entsprechende Informationen/Schulungen für todesfeststellende Ärztinnen und Ärzte bezüglich Ausfüllen des Todesursachenformulars zu prüfen. Informationen/Schulungen könnten durch das Bundesamt für Statistik (BFS) abgegeben oder durchgeführt werden. Auch eine Zusammenarbeit zwischen dem BFS und den Kantonen im Rahmen der Ausbildung von Amtsärzten/-innen ist zu prüfen.

Weiter können Fachartikel, die sich direkt an die Ärzte/-innen wenden (wie bspw. im BAG-Bulletin), sachdienlich sein.

- *Empfehlung 2 – Existierende Datengrundlagen mit zusätzliche Informationen ergänzen:* Es ist zu prüfen, ob existierende Routinedaten um weitere Variablen ergänzt werden können. Bei der TUS wären Zusatzinformationen in Abhängigkeit der Suizidmethode wünschenswert, beispielsweise genauere Angaben zum exakten Ort des Suizids bei Sprungsuiziden, zu den Substanzen bei Vergiftungen oder zur Waffe bei Schusswaffensuiziden. Die Einführung des Austrittsgrunds «Suizid» im minimalen Datensatz der MSK würde zusätzliche Erkenntnisse zum Krankheitsverlauf erlauben (wie dies bei den Zusatzdaten Psychiatrie erhoben wird). Zudem würde die Verknüpfung unterschiedlicher Routinedaten sehr wichtige Informationen liefern: Durch eine Verknüpfung der TUS mit der MSK könnte beispielsweise der Patientenpfad besser nachgezeichnet werden. Die Machbarkeit der Verknüpfung in juristischer und technischer Hinsicht ist abzuklären.
- *Empfehlung 3 – Den Prozess zwischen dem Todesfall bis zur Publikation der Daten beschleunigen:* Zwischen Todesfall und Veröffentlichung der TUS-Daten vergehen aktuell ungefähr zwei Jahre. Aus Perspektive der Forschung und Suizidprävention wäre eine schnellere Verfügbarkeit der Daten wichtig. Insbesondere, weil dies auch erlauben würde, die Effekte von suizidpräventiven Interventionen zeitnah zu evaluieren.

#### I Suizidversuche

Eine Vollerhebung aller Suizidversuche in der Schweiz existiert aktuell nicht. Es ist jedoch davon auszugehen, dass ein Grossteil der Betroffenen nach einem Suizidversuch in der Notfallstation eines akutsomatischen Spitals behandelt wird. Entsprechend können Daten aus den Spitälern und Kliniken eine wertvolle Informationsbasis darstellen. So umfasst etwa die MSK als Zusatz zur Hauptdiagnose einen Code zur absichtlichen Selbstschädigung und Selbstverletzung. Bei der MSK besteht allerdings das Problem, dass der Code zur Selbstschädigung und Selbstverletzung keine Informationen über die Methode der Selbstschädigung enthält. Zudem ist der Begriff der Selbstschädigung und Selbstverletzung breit gefasst und Suizidversuche lassen sich durch diesen Code nicht eindeutig identifizieren. Daten des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) und der Zusatzdatensatz aus der Psychiatrie hingegen beinhalten zusätzlich Informationen zur Suizidalität, sie beschränken sich aber auf Patienten/-innen in psychiatrischen Kliniken. Das Observatoire Romand des Tentatives de Suicide (ORTS) zielte zwischen 2016 und 2019 darauf ab, systematisch Informationen zu Suizidversuchen in Notfallstationen von Akutspitälern anhand eines umfassenden Fragebogens zu generieren. Auch frühere, analoge Erhebungen in Bern und Basel waren zeitlich beschränkt und blieben punktuelle Initiativen. Eine kurze Online-Befragung im Rahmen dieses Mandats bei Vertretenden aller Notfallstationen von Schweizer Spitälern und Kliniken hat gezeigt, dass nur ein kleiner Anteil der Notfallstationen Suizidversuche systematisch erfasst. Allerdings zeigt die Befragung auch, dass Spitäler und Kliniken grundsätzlich hohes Interesse an der Identifikation und Erfassung von Patienten/-innen nach einem Suizidversuch haben.

Im Hinblick auf die Routinedaten zu Suizidversuchen lassen sich folgende Empfehlungen ableiten:

- *Empfehlung 4 – Abgleichen von bereits erfassten Daten:* Es ist zu prüfen, ob die im Rahmen von Projekten erfassten Daten zu Suizidversuchen in Notfallstationen (bspw. ORTS) mit Daten aus der MSK verglichen werden können. Dadurch könnte die Qualität der Daten zu Suizidversuchen in der MSK validiert werden; beispielsweise hinsichtlich Unterschieden zwischen Spitälern mit einer stringenten Identifi-

zierung von Suizidversuchen in Notfallstationen (z.B. solche, die Teil des ORTS sind) und anderen Spitälern.

- *Empfehlung 5 – Ergänzen der existierenden Erhebungen mit zusätzlichen Informationen:* Zu prüfen ist, ob in der MSK auch die äusseren Umstände der Selbstverletzung nach ICD-10-WHO wieder erfasst werden könnten (X60–X84), wie dies bereits vor 2008 der Fall war. Um den Patientenpfad besser nachzeichnen zu können und zusätzliche Informationen zu den Patienten/-innen zu erhalten, wäre zudem eine Verknüpfung der Daten der TUS und der Daten aus der ambulanten Versorgung (bspw. im Rahmen von MAS – Medical Ambulatory Structures) prüfenswert.
- *Empfehlung 6 – Fördern einer einheitlichen Erfassung von Suizidversuchen:* Suizidversuche werden in der Schweiz nur punktuell und uneinheitlich erfasst. Es ist zu prüfen, wie auf eine einheitliche Erfassung und Falldefinition von Suizidversuchen hingearbeitet werden kann (in verschiedenen Datensätzen und verschiedenen Versorgungssettings). Als Startpunkt könnten jene Notfallstationen in Akutspitälern dienen, die in der Online-Befragung im Rahmen dieses Projektes angaben, dass sie Suizidversuche bereits heute anhand von schriftlichen Dokumenten identifizieren sowie jene Kantone, die planen, in den kommenden Jahren ein Suizidversuchs-Monitoring zu entwickeln.

#### I Allgemeine Empfehlung

Ergänzend zu Optimierungen an bestehenden Datensätzen, auf die sich die oben genannten Empfehlungen beziehen, ist aus Sicht der Experten/-innen zu prüfen, ob ein eigenständiger Datensatz zu Suiziden und Suizidversuchen im Sinne eines Registers zielführend wäre. Krankheitsspezifische, epidemiologische Register erfassen das Untersuchungskollektiv innerhalb einer definierten Region (national oder regional) möglichst ganzheitlich. Grundlagen und Empfehlungen für Register im Gesundheitswesen wurden über die vergangenen Jahre entwickelt. Hinsichtlich eines Registers für Suizide und/oder Suizidversuche sind neben dem Nutzen auch die Kosten für die Etablierung und den Betrieb eines solchen Registers zu prüfen.

Die Empfehlungen sind von den involvierten Akteuren (Bund, Kantone, Fachgesellschaften, Forschende usw.) gemeinsam weiterzuentwickeln und Umsetzungsschritte zu konkretisieren.

# Synthèse

Le plan d'action pour la prévention du suicide poursuit, entre autres, l'objectif de mettre à la disposition des acteurs concernés des données pertinentes leur permettant de gérer et d'évaluer leur travail.

Dans le cadre de la mise en œuvre de ce plan, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a mandaté *Interface Politikstudien Forschung Beratung GmbH* pour faire le point sur les données de routine disponibles concernant les suicides et les tentatives de suicide en Suisse dans le but d'identifier le potentiel d'optimisation et d'émettre des recommandations.

La statistique des causes de décès et la statistique médicale des hôpitaux constituent les principales sources pour ces travaux. Afin de mieux pouvoir apprécier les données concernant les tentatives de suicide, un bref sondage a été mené auprès des représentants des services des urgences dans les hôpitaux et cliniques de soins somatiques aigus.

L'état des lieux s'est appuyé sur une analyse documentaire et sur des interviews d'experts. Tant les données au niveau national que qu'aux niveaux cantonal et local ont été prises en compte dans l'analyse. Le contenu, la qualité et le processus de collecte ont été pertinents pour réaliser cet état des lieux et ce, de la production des données à leur utilisation.

Les paragraphes suivants résument ainsi les informations importantes ainsi que les recommandations émises en collaboration avec des experts du domaine.

## I Suicides

La « Statistique des causes de décès » est la base de donnée la plus complète en matière de suicides en Suisse. Si elle recense chaque décès survenu en Suisse, en incluant la cause et les maladies concomitantes, elle ne comporte toutefois que peu d'informations approfondies sur les personnes décédées. En effet, pour près de la moitié des suicides enregistrés, aucune maladie concomitante n'est indiquée, alors que la probabilité qu'une telle maladie soit présente est grande. Les cantons de Zoug et de Zurich recourent ainsi aux informations collectées par l'intermédiaire des ministères publics cantonaux et de la police dans le cadre de leurs enquêtes sur les décès de cause non naturelle. Outre leur qualité informative supplémentaire, ces données ont l'avantage d'être disponibles avant celles fournies par la statistique des causes de décès. La collecte d'informations sur les suicides exige une tâche manuelle lors de l'examen et de la numérisation des dossiers du ministère public. En outre, ces dossiers sont souvent incomplets dans la mesure où le but premier n'est pas la prévention du suicide.

Du point de vue de la prévention du suicide, les recommandations suivantes peuvent être formulées :

- *Recommandation n°1 – Optimiser les modes de collecte actuels* : afin d'améliorer les renseignements relatifs aux maladies concomitantes dans la statistique des causes de décès ainsi que dans les dossiers des ministères publics, il faut envisager de transmettre des informations ou dispenser des formations aux médecins sur la manière de remplir le formulaire relatant la cause du décès. L'Office fédéral de la statistique (OFS) pourrait assumer cette tâche. Il serait également opportun de considérer la mise en place d'une collaboration entre l'OFS et les cantons dans le

cadre de la formation des médecins cantonaux. Des publications scientifiques destinées directement aux médecins (par exemple dans le Bulletin de l'OFSP) pourraient ici s'avérer utiles.

- *Recommandation 2 – Compléter les bases de données avec des informations supplémentaires* : il est nécessaire d'examiner la possibilité d'ajouter d'autres variables aux données de routine déjà disponibles. Dans la statistique des causes de décès, il serait souhaitable d'avoir des précisions quant à la forme/méthode de suicide, comme par exemple sur le lieu exact dans le cas des suicides par saut dans le vide, sur les substances ingérées ou encore sur les armes utilisées. L'ajout de la rubrique « suicide » dans les motifs de sortie de la statistique médicale des hôpitaux permettrait d'en savoir plus sur le déroulement de la maladie (comme c'est le cas des données supplémentaires collectées en psychiatrie). Par ailleurs, la combinaison de différentes données de routine fournirait des informations essentielles : en établissant un lien entre la statistique des causes de décès et la statistique médicale des hôpitaux, il serait par exemple possible de mieux retracer le parcours du patient. Il reste toutefois à en clarifier la faisabilité sur le plan juridique et technique.
- *Recommandation 3 – Accélérer le processus entre le décès et la publication des données* : actuellement, deux années environ s'écoulent entre le décès et la publication des données correspondantes dans la statistique. Du point de vue de la recherche et de la prévention du suicide, il serait indispensable de disposer de ces données plus rapidement, en particulier pour pouvoir évaluer au mieux et au plus vite les effets de la prévention.

#### I Tentatives de suicide

À l'heure actuelle, il n'existe aucune base de donnée exhaustive qui comptabilise les tentatives de suicide en Suisse. On peut toutefois partir de l'hypothèse qu'une grande partie des personnes qui sont passées à l'acte sont ensuite admises au service des urgences d'un hôpital de soins somatiques aigus. Les données fournies par ces établissements pourraient ainsi constituer une précieuse source d'informations. La statistique médicale des hôpitaux complète le diagnostic principal grâce à un code correspondant à une lésion auto-infligée délibérément. Toutefois, ce code ne fournit aucune indication sur la forme/méthode de suicide. En outre, le terme de lésion auto-infligée a un sens large et ce code ne permet pas de désigner de manière univoque une tentative de suicide. Les données émanant de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) ainsi que la série de données supplémentaires en psychiatrie donnent quant à elles des renseignements sur le suicide mais sont limitées aux patients hospitalisés dans les établissements psychiatriques. Entre 2016 et 2019, l'Observatoire romand des tentatives de suicide (ORTS) a entrepris de relever systématiquement, au moyen d'un formulaire exhaustif, les informations sur les personnes admises aux urgences des hôpitaux de soins aigus après avoir tenté de se suicider. Des relevés similaires, limités dans le temps, avaient déjà eu lieu à Berne et à Bâle, mais ils n'ont pas été reconduits. Un sondage en ligne mené dans le cadre du présent mandat auprès des représentants de tous les services des urgences des hôpitaux et cliniques suisses a montré que seule une petite partie d'entre eux recensaient systématiquement les tentatives de suicide. Il est cependant ressorti du sondage un intérêt général de la part des représentants des urgences pour identifier et recenser les patients ayant tenté de mettre fin à leurs jours.

Concernant les données de routine sur les tentatives de suicide, les recommandations suivantes sont émises :

- *Recommandation 4 – Recouper les données déjà enregistrées* : il faut vérifier si les données issues de la statistique des hôpitaux pourraient être comparées avec les



informations sur les tentatives de suicide enregistrées dans les services des urgences (par exemple dans le cadre du projet de l'ORTS). Il serait ainsi possible d'en valider la qualité, notamment en constatant les différences entre les hôpitaux dotés d'une procédure d'identification des personnes admises aux urgences pour tentative de suicide (comme ceux participant au projet de l'ORTS) et les autres hôpitaux qui ne possèdent pas une telle procédure.

- *Recommandation 5 – Compléter les relevés avec des informations supplémentaires* : il convient de déterminer si les circonstances de la lésion auto-infligée, telles que définies selon la CIM-10 (X60 à X84), pourraient à nouveau être recensées, comme c'était le cas avant 2008. Afin de mieux pouvoir retracer le parcours des patients et de rassembler des informations supplémentaires, il serait judicieux de recouper les données de la statistique des causes de décès avec celles concernant les soins ambulatoires (par exemple dans le cadre du relevé des données structurelles des cabinets médicaux et centres ambulatoires [relevé MAS]).
- *Recommandation 6 – Promouvoir la saisie uniforme des tentatives de suicides* : en Suisse, les tentatives de suicide ne sont recensées que de façon ponctuelle et inégale. Il faut réfléchir aux modalités de procéder à une saisie uniforme et à la définition de cas des tentatives de suicide (en plusieurs jeux de données et dans différents contextes de soins). À cet égard, les services des urgences ayant déclaré lors du sondage en ligne qu'ils recensaient déjà les cas de tentatives de suicide et les cantons qui prévoient de développer prochainement un monitoring dans ce domaine pourraient servir de modèles.

#### I Recommandation générale

Outre les optimisations contenues dans les recommandations précédente, les experts estiment qu'il faudrait déterminer s'il est pertinent de créer, sous la forme d'un registre, une base de données propre aux suicides et aux tentatives de suicide. Les registres épidémiologiques spécifiques aux maladies concentrent les informations sur la population concernée au sein d'une région définie (au niveau national ou régional) de la manière la plus complète possible. Des principes de base et des recommandations en vue de la création de registres dans le domaine de la santé ont déjà été développées ces dernières années. Concernant spécifiquement les suicides et les tentatives de suicide, il conviendra de réfléchir, outre à l'utilité d'un tel registre, aux coûts nécessaires à sa mise en place et à son exploitation.

Les parties prenantes (Confédération, cantons, organisations spécialisées, chercheurs, etc.) doivent développer ensemble les présentes recommandations et procéder à la mise en œuvre étape par étape.

# 1. Einleitung

Mit der im Frühling 2014 angenommenen Motion Ingold (11.3973) «Suizidprävention. Handlungsspielraum wirkungsvoller nutzen» wurde der Bundesrat beauftragt, einen Aktionsplan zur Suizidprävention vorzulegen und umzusetzen. Im November 2016 haben der Bundesrat und der Dialog Nationale Gesundheitspolitik den Aktionsplan Suizidprävention verabschiedet.

Der Aktionsplan beinhaltet 10 Ziele und 19 Massnahmen. Ziel 9 des Aktionsplans lautet: «Den Akteuren in der Suizidprävention stehen für die Steuerung und die Evaluation ihrer Arbeit die relevanten wissenschaftlichen Grundlagen und Daten zur Verfügung.» Zur Erreichung von Ziel 9 wurden zwei Massnahmen definiert: Erstens sollen quantitative Routinedaten erhoben und ausgewertet werden, um suizidpräventive Interventionen zu steuern und zu evaluieren. Zweitens sollen allfällige Wissenslücken in der Suizidprävention durch qualitative und quantitative Forschung geschlossen werden.

Um einen Überblick über die Lage der vorhandenen Daten zu erhalten, wurden bereits bei der Erarbeitung des Aktionsplans Gespräche mit Expertinnen und Experten zur Datenlage von Suiziden und Suizidversuchen geführt. Dieser Faden wurde vom Bundesamt für Gesundheit erneut aufgenommen, indem es Interface Politikstudien Forschung Beratung GmbH damit beauftragte, den Ist-Zustand hinsichtlich verfügbarer Routinedaten zu Suiziden und Suizidversuchen zu beschreiben, Optimierungspotenzial zu identifizieren und Empfehlungen abzuleiten.

## 1.1 Untersuchungsgegenstand

Untersuchungsgegenstand des vorliegenden Berichts sind nationale Routinedaten, die Informationen zu Suiziden und Suizidversuchen enthalten. Im Zentrum stehen dabei die Todesursachenstatistik (TUS) und die Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MSK).<sup>1</sup> Weiter werden anhand von drei ausgewählten Fallbeispielen auf kantonaler Ebene Daten beschrieben, die (noch) nicht in eine nationale Erhebung einfließen. Schliesslich werden durch eine quantitative Kurzbefragung bei Vertretenden aller Notfallstationen in Spitälern und Kliniken erste Erkenntnisse dazu gewonnen, ob und wie die Identifikation, Dokumentation und Behandlung von Personen nach Suizidversuchen in Notaufnahmen der Schweiz geschieht.

Die in diesem Bericht untersuchten Daten zu Suiziden und Suizidversuchen erheben nicht den Anspruch, alle existierenden Routinedaten zu Suiziden und Suizidversuchen abzubilden. Vielmehr geht es darum, den Prozess der Erhebung bis zur Nutzung der routinemässig erhobenen Todesursachenstatistik und Medizinischen Statistik der Krankenhäuser nachzuzeichnen und gegebenenfalls Optimierungspotenzial zu identifizieren.

## 1.2 Fragestellungen

Bei der Aufarbeitung der Routinedaten bewegen wir uns entlang des Datenpfades, der in vier Phasen unterteilt ist: 1) Datenerzeugung und -übermittlung, 2) Datenverarbeitung und -management, 3) Datenaggregation und -bereitstellung, sowie 4) Datenanalyse und -nutzung. Um den gesamten Pfad der Daten nachzeichnen zu können, bezieht sich die Analyse auf unterschiedliche Ebenen: die nationale, die kantonale und die lokale Ebene.

---

<sup>1</sup> Der Fokus der Untersuchung liegt auf Registerdaten. Umfragedaten, wie beispielsweise die Schweizerische Gesundheitsbefragung, wurden nur am Rande in die Analyse eingeschlossen.

## D 1.1: Datenpfad und zu beantwortende Fragestellungen

### Fragestellungen

#### Inhalt:

- Welche Ereignisse werden erhoben und welche werden veröffentlicht?
- Welche Definitionen werden für die Ereignisse verwendet?
- Welche Aussagen sind basierend auf den vorhandenen Daten möglich?
- Stehen die verfügbaren Routinedaten allen relevanten Akteuren zur Verfügung und entspricht ihre Publikationsart den Bedürfnissen der Akteure?
- Entsprechen die aktuell erhobenen Routinedaten zu Suiziden und Suizidversuchen den Bedürfnissen der Akteure in der Suizidprävention und -forschung?

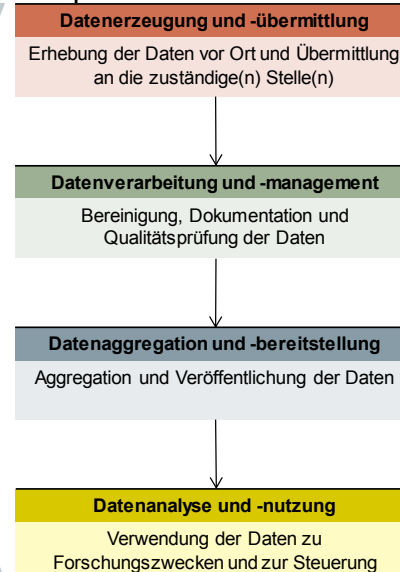
#### Prozess:

- Wie laufen die Prozesse in den Phasen ab?
- Welche Akteure sind in den einzelnen Phasen involviert?
- Was sind die Aufgaben und Rollen dieser Akteure?
- Ist die Aufgaben- und Rollenteilung klar?
- Funktioniert der Austausch zwischen den Akteuren?

#### Qualität:

- Nach welchen Vorgaben bzw. mit welchen Dokumenten arbeiten die Akteure in den jeweiligen Phasen (z.B. Leitfäden)?
- Sind die beteiligten Akteure für ihre Aufgaben ausreichend geschult?
- Findet in jeder Phase und auf jeder Ebene (lokal, kantonal, national) eine Qualitätsprüfung der Daten statt?
- Wie ist die Qualität der Daten zu beurteilen (z.B. Vollständigkeit, Einheitlichkeit)?

### Datenpfad



Quelle: Darstellung Interface.

Im ersten Schritt wird jeweils der Inhalt der Daten beschrieben, wobei auf die in den Daten erfassten Ereignisse im Zusammenhang mit Suizid und Suizidversuchen eingegangen wird. Anschliessend wird der Prozess der Daten entlang des Datenpfads beschrieben. Abschliessend wird die Qualität der Daten beurteilt. Bei der Beschreibung wird insbesondere auf die Fragen aus Darstellung D 1.1 eingegangen.

### 1.3 Methodisches Vorgehen

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden die vier folgenden methodischen Zugänge gewählt:

#### 1.3.1 Dokumentenanalyse

In einem ersten Schritt werden die verfügbaren Dokumente und Daten der jeweiligen Routinedaten und Projekte untersucht. Dazu gehören insbesondere:

- Konzepte und Richtlinien zu den Routinedaten,
- Publikationen zu den Routinedaten (v.a. zur Medizinischen Statistik der Krankenhäuser und zur Todesursachenstatistik),
- Unterlagen und Publikationen zu relevanten kantonalen Projekten.

#### 1.3.2 Leitfadenzentrierte Interviews

Insgesamt wurden 19 Interviews geführt. Die Interviewpartner/-innen wurden so gewählt, dass sie die unterschiedlichen Phasen im Datenerzeugungs- und Nutzungsprozess, die unterschiedlichen Ebenen (national, kantonal, lokal) und die unterschiedlichen Datenquellen (TUS, MSK) abdecken. Zusätzlich zu den nationalen Routinedaten wurden drei (über-) kantonale Fallbeispiele analysiert. Bei der Auswahl der Fallbeispiele wurde darauf geachtet, dass die französisch- sowie die deutschsprachige Schweiz vertreten ist. Zusätzlich wurde sichergestellt, dass die ausgewählten Kantone Daten zu Suiziden und Suizidversuchen erfassen. So fiel die Wahl auf die Kantone Waadt, Zug und Zürich. Die Auswahl der Interviewpartner/-innen erfolgte gemeinsam mit dem BAG. Die Interviews wurden leitfadengestützt durchgeführt. Die Interviewleitfäden orientieren sich an den Phasen von der Datenerzeugung bis hin zur Datennutzung und wurden je nach Inter-

viewpartner/-in angepasst. Die Liste mit den Interviewpartnern/-innen ist in Anhang A 1 zu finden.

### **1.3.3 Quantitative Erhebung**

Im November 2019 wurde eine Online-Kurzbefragung bei allen Schweizer Spitäler und Kliniken mit einer Notfallstation auf Deutsch, Französisch und Italienisch durchgeführt. Der Fragebogen wurde gemeinsam mit dem BAG erarbeitet (vgl. Fragebogen in Anhang A 9). Die Befragung wurde im Programm Qualtrics erstellt und deskriptiv ausgewertet. Das Projektteam verfügte nur über die Kontaktdaten der Direktoren/-innen der Spitäler und Kliniken. Entsprechend wurde die Befragung an die Direktoren/-innen verschickt mit der Bitte, diese an den Chefarzt/die Chefarztin der Notfallstation weiterzuleiten. Insgesamt haben 80 Vertretende von Notfallstationen der 123 angeschriebenen Spitäler und Kliniken aus allen drei Landesteilen an der Befragung teilgenommen.

### **1.3.4 Workshop mit Expertinnen und Experten**

Im Februar 2020 fand ein Workshop mit Experten/-innen statt. Der Workshop hatte zum Ziel, die Ergebnisse und die Empfehlungen zu validieren. Die Liste der Teilnehmenden findet sich im Anhang A 11.

Der Bericht umfasst drei Kapitel. Im Anschluss an die Einleitung (Kapitel 1) wird der Ist-Zustand der Routinedaten auf nationaler Ebene sowie anhand von drei Fallbeispielen auf kantonaler Ebene aufgezeigt (Kapitel 2). Zudem werden in diesem Kapitel die Resultate einer Online-Kurzbefragung bei Vertretenden von Notfallstationen der Schweizer Spitäler und Kliniken zu Suizidversuchen präsentiert. Basierend auf diesen Resultaten wird im letzten Kapitel ein Fazit mit Empfehlungen formuliert (Kapitel 3).

## 2. Ist-Analyse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der explorativen Analyse der Routinedaten zu Suiziden und Suizidversuchen auf nationaler Ebene dargelegt. Anschliessend werden die Ergebnisse zu (über-)kantonalen Fallbeispielen zu Suizid und Suizidversuchen aufgezeigt. Abschliessend werden die Resultate der Online-Kurzbefragung bei Vertretenden von Notfallstationen der Spitäler und Kliniken präsentiert.

### 2.1 Routinedaten zu Suiziden auf nationaler Ebene: Todesursachenstatistik

Die Todesursachenstatistik (TUS) ist eine Vollerhebung aller Todesfälle in der Schweiz. Sie wird seit ungefähr 150 Jahren erhoben. Sie liefert einen Überblick über das Sterbgeschehen in der Schweiz und dokumentiert die Ursachen der Sterblichkeit sowie der Totgeburten. Damit liefert die TUS ein Abbild der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung und zeigt allfällige Veränderungen im Gesundheitszustand über die Zeit auf.

Die Grundlage für die TUS bildet das Bundesstatistikgesetz (BstatG) und die dazugehörige Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes vom 30. Juni 1993. Darstellung D 2.1 fasst die wichtigsten Eckdaten zur TUS zusammen.

#### 2.1.1 Inhalt

Die Todesursachenstatistik enthält für jede verstorbene Person die Hauptursache des Todes, die unmittelbare Todesursache sowie allfällige Begleitkrankheiten. Die Todesursachen werden nach der Klassifikationsliste der International Classification of Diseases der WHO (ICD-10-WHO) kodiert. Hinsichtlich Suizid sind die Codes X60 bis X84 relevant. Diese Codes umfassen die vorsätzliche Selbstschädigung inklusive Selbsttötung sowie die Methode respektive den Umstand der Selbsttötung. So steht der Code X71 beispielsweise für «Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Handfeuerwaffe». Eine Liste mit den Definitionen der Codes X60 bis X84 nach WHO kann dem Anhang A 1 entnommen werden. Zusätzliche Variablen der Todesursachenstatistik sind Alter, Geschlecht, Zivilstand, Beruf, Wohngemeinde (zivilrechtlicher Wohnsitz) und Staatsangehörigkeit. Nicht kodiert wird der Ort des Todes. Es ist allerdings erfasst, ob ein Todesfall im Freien oder in einem Gebäude stattgefunden hat.

Über genauere Informationen zu Suiziden verfügen gemäss Aussagen von Interviewpartnern/-innen die todesfeststellenden Ärzte/-innen, die Polizei und auch die Staatsanwaltschaften. Der/Die todesfeststellende Arzt/Ärztin erstellt einen kurzen Legalinspektionsbericht zuhanden der Staatsanwaltschaft. Die Akten der Staatsanwaltschaft umfassen neben der Todesursache, Todesort und Datum auch sozio-demografische Hintergrundcharakteristiken. Diese Zusatzinformationen werden von einigen kantonalen Suizidpräventionsprogrammen genutzt (siehe Abschnitt 2.5).

**D 2.1: Tabellarischer Steckbrief der Todesursachenstatistik (TUS)**

<b>Meta-Informationen</b>	
<i>Publizierende Institution</i>	Bundesamt für Statistik (BFS)
<i>Kurzbeschreibung</i>	Die TUS dokumentiert alle Todesfälle und Totgeburten in der Schweiz sowie deren Ursachen. Dadurch lässt sich der Gesundheitszustand und das Sterbegeschehen der Bevölkerung überwachen. Die Daten der TUS können grundsätzlich mit Daten aus folgenden Quellen verknüpft werden: Statistik des Gesundheitszustands der Lebendgeborenen, Medizinische Statistik der Krankenhäuser.
<i>Periodizität</i>	jährlich
<i>Referenzperiode</i>	Kalenderjahr
<i>Daten verfügbar seit</i>	1876
<i>Grösse der Stichprobe</i>	Vollerhebung aller Todesfälle in der Schweiz
<i>Regionalisierungsgrad</i>	Auswertung auf Gemeindeebene möglich
<i>Aggregationslevel</i>	Individualdaten für Forschende auf Antrag erhältlich. Aggregierte, absolute Zahlen und Zahlen bezogen auf 100'000 Einwohner werden öffentlich publiziert.
<i>Erfasste Merkmale</i>	Todesursachen nach ICD-10-WHO, inkl. Begleiterkrankungen Alter, Geschlecht, Zivilstand, Beruf, Wohngemeinde, Staatsangehörigkeit  Folgende Merkmale sind im Zusammenhang relevant: Die äusseren Ursachen von Morbidität und Mortalität werden anhand der Codes X60-X84 festgehalten. Der Code X70 beispielsweise steht für «Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Erhängen, Strangulierung oder Ersticken».

Quelle: Bundesamt für Statistik. Statistik der Todesursachen und Totgeburten – Steckbrief.

**2.1.2 Prozess**

*Datenerzeugung und -übermittlung:* Bei einem Todesfall wird ein Arzt/eine Ärztin verständigt, der/die die Todesbescheinigung (siehe Anhang A 2) ausfüllt und an das Zivilstandsamt schickt. Das Zivilstandsamt stellt diesem Arzt/dieser Ärztin das Formular zur Erfassung der Todesursache zu (siehe Anhang A 3). Die Grundkrankheit beziehungsweise Grundursache sowie die unmittelbare Todesursache (Folgekrankheit) wird in Worten erwähnt, daneben können bis zu zwei Begleitkrankheiten eingetragen werden. Ob tatsächlich Begleitkrankungen oder weitere Angaben erfasst werden, hängt gemäss einem Interviewpartner vom zuständigen Arzt/der zuständigen Ärztin ab. Das ausgefüllte Formular übermittelt der Arzt/die Ärztin dem BFS.<sup>2</sup> Gibt es Anzeichen auf einen unnatürlichen Tod (bspw. Unfall, Delikt oder Suizid), so muss gemäss Art. 253 Abs. 1 der Strafprozessordnung, die schweizweit gültig ist, die Staatsanwaltschaft zur Klärung der Todesart eine Legalinspektion durch eine/n sachverständige/n Arzt/Ärztin anordnen. Bei der Legalinspektion ist neben dem/der sachverständigen Arzt/Ärztin und der Polizei teilweise auch die Staatsanwaltschaft anwesend.

Ob der Staatsanwalt/die Staatsanwältin vor Ort geht, um sich ein Bild von den Umständen zu machen, hängt gemäss Interviewteilnehmenden von den ersten Erkenntnissen ab. Sofern der Staatsanwalt/die Staatsanwältin nicht ausrückt, führen die Polizei und der Arzt/die Ärztin die Legalinspektion in seiner/ihrer Abwesenheit durch und melden ihm/ihr die Ergebnisse der Legalinspektion telefonisch mit. Mit der Legalinspektion sollen Todesart und Todesursache geklärt werden, insbesondere soll eine (mechanische)

<sup>2</sup> Bei einem unnatürlichen Tod wird die Todesursache vom Arzt/von der Ärztin teilweise nur provisorisch ausgefüllt. Die Weitergabe der definitiven Todesursache von der Staatsanwaltschaft an das BFS ist nicht systematisch geregelt.

Fremdeinwirkung ausgeschlossen werden. Kann eine Straftat nicht mit genügender Sicherheit ausgeschlossen werden (und bleibt somit die Todesart nach der Legalinspektion weiterhin unklar), ordnet die Staatsanwaltschaft eine Obduktion an. Ansonsten gibt der Staatsanwalt/die Staatsanwältin die Leiche zur Bestattung frei. Gemäss Expertenaussage ist die Weitergabe von Informationen zur Todesursache von der Staatsanwaltschaft ans BFS nicht systematisch geregelt und teilweise fehlt der Informationsfluss.

*Datenverarbeitung und -management:* Das Bundesamt für Statistik kodiert anschliessend die Todesursachen gemäss ICD-10-WHO, wobei zwischen dem Todestag und der Kodierung durch das BFS ungefähr 1,5 Jahre vergehen. Der Grund für diese lange Zeitdauer zwischen Todestag und Kodierung liegt in fehlenden personellen Ressourcen. Die Kodierung von Suiziden sei gemäss Interviewpartner relativ eindeutig und es gäbe wenig Uneinigkeiten zwischen den Kodierern/-innen. Bei fehlender Hauptursache oder Ungeheimheiten fragt das BFS beim Arzt/der Ärztin nach. Bei fehlenden Begleiterkrankungen wird nicht nachgefragt.

*Datenaggregation und -bereitstellung:* Sind die Daten kodiert und aufbereitet, werden sie öffentlich zugänglich gemacht – nach ungefähr zwei Jahren nach dem Todestag.<sup>3</sup> Für Journalisten/-innen führt das BFS auf Anfrage auch Auswertungen durch. Forschende haben die Möglichkeit, anonymisierte Individualdaten zu beziehen. Für Privatpersonen ist dies nicht möglich.

*Datenanalyse und -nutzung:* Die Datenbeschaffung für Forschungszwecke geht gemäss Aussage oftmals mit einer langen Wartedauer einher. Zudem gaben mehrere Forschende an, dass sich der Zugang zu den Rohdaten erschwert habe, da weniger klar sei, an wen man sich für den Datenbezug wenden muss. Aus der Perspektive einer Forschenden und einer kantonalen Suizidpräventionsverantwortlichen sind die Daten zu wenig detailliert. Erwünscht wären beispielsweise genauere Angaben zum Todesort oder dem individuellen Werdegang. Dies widerspiegelt sich ebenfalls in den exemplarischen kantonalen Fallbeispielen (siehe Abschnitt 2.5).

Entsprechend dem Öffentlichkeitsprinzip publizieren das BFS und das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) routinemässig Analysen zu Suiziden in der Schweiz. Die publizierten Kategorien der äusseren Umstände des BFS und des Obsan unterscheiden sich. Das BFS publiziert beispielsweise folgende Kategorien: Erhängen, Vergiften, Schusswaffen und eine Restkategorie, die andere Ursachen zusammenfasst.<sup>4</sup> Das Obsan veröffentlicht zusätzlich Zahlen zu Ertrinken und Sturz in die Tiefe.<sup>5</sup> Die interaktiven Karten und Grafiken des Obsan geben auch die Suizidraten nach Kanton und Alter sowie die Suizidmethoden nach Geschlecht wieder. Auch gibt es punktuelle Publikationen durch öffentliche Stellen oder Forschende.<sup>6</sup> Spezifisch hervorzuheben ist eine Studie der

<sup>3</sup> Ende 2019 wurden die Daten des Jahres 2017 publiziert.

<sup>4</sup> <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen/spezifische.assetdetail.11348855.html>, Zugriff am 17.12.2019.

<sup>5</sup> <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/suizid>, Zugriff am 17.12.2019.

<sup>6</sup> Eine Zusammenstellung von wissenschaftlichen Publikation zum Thema ist unter folgendem Link zu finden: [https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention/praxisbeispiele-suche/P114\\_Uebersicht\\_Fachpublikationen.html](https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention/praxisbeispiele-suche/P114_Uebersicht_Fachpublikationen.html), Zugriff am 08.01.2020.

Weitere Berichte im Rahmen von Suiziden und Suizidprävention sind auf der Webseite des BAG gelistet: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention.html>, Zugriff am 08.01.2020.



SBB zu Schienensuiziden, in der beispielsweise die Anzahl und der Anteil der Schienensuizide publiziert wurde (11%).<sup>7</sup> Schienensuizide werden jedoch weder vom BFS noch vom Obsan regelmässig veröffentlicht. In einer Publikation aus dem Jahr 2016 hat das BAG zusammen mit der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz die Suizidmethoden inklusive Schienensuiziden, aufgeschlüsselt nach Personengruppen, publiziert.<sup>8</sup> Weiter publizierte das BFS auch in der Vergangenheit spezifische Auswertungen im Rahmen der Reihe BFS Aktuell.<sup>9</sup>

### 2.1.3 Qualität

Die Vorgaben für das Ausfüllen des Formulars der Todesursache durch die Ärzte/-innen ist in der Richtlinie der Todesursachenstatistik aus dem Jahr 1996 festgehalten. Obwohl die Richtlinie mittlerweile in die Jahre gekommen ist, sei sie aber noch immer aktuell. Jedoch kann heute die Übermittlung der Bescheinigung auch digital erfolgen.<sup>10</sup> Zwei Interviewpartner fanden es schwierig einzuschätzen, ob die Ärzte/-innen genügend geschult sind, um das Formular der Todesursache auszufüllen. Eine Person sprach sich zudem für Schulungen der Ärzte/-innen aus, damit verdeutlicht werden kann, welche Informationen für das Ausfüllen dieses Formulars benötigt werden.

Die Informationen des Formulars der Todesursache werden anschliessend beim Bundesamt für Statistik gemäss ICD-10-WHO kodiert. Die Kodierung beim BFS wird durch vier Personen durchgeführt. Dies erlaube, die Konsistenz der Kodierung sicherzustellen. Auch gibt es zwischen den kodierenden Personen kaum Abweichungen in der Kodierung. Bei Unklarheiten oder fehlenden Informationen wird beim Arzt/der Ärztin, der/die die Todeskarte ausgefüllt hat, nachgefragt. Jedoch erschwert der lange Zeitraum zwischen dem Todesfall und der Kodierung allfällige Rückfragen. Gemäss Interviewpartner funktioniert die Zusammenarbeit innerhalb des BFS sowie zwischen den involvierten Partner gut.

Die Datenlage der Todesursachenstatistik ist im Hinblick auf die Todesursache «Suizid» sehr gut, da Suizide in den meisten Fällen relativ einfach und klar erkennbar sind und entsprechend erfasst werden. Vereinfachende Faktoren sind beispielsweise Abschiedsbriefe von Personen, die sich suizidiert haben. Allerdings zeigte der Bericht der SBB zu Schienensuiziden im Auftrag des BAG (2016) auf, dass es Diskrepanzen zwischen der Anzahl Suiziden der SBB, des BFS sowie des Bundesamtes für Verkehr gibt. Diese Unterschiede sind teilweise durch die unterschiedlichen Erhebungsarten erklärbar. In der TUS fehlen insgesamt bei rund 3 Prozent aller Todesfälle die Informationen zur Todesursache.<sup>11</sup> Häufiger fehlen allerdings Angaben zu den Begleiterkrankungen: Bei mehr als der Hälfte der Suizide in der Todesursachenstatistik werden keine Begleiterkrankungen gemeldet.<sup>12</sup> Dies kann bedeuten, dass keine Begleiterkrankungen vorlagen, dass

<sup>7</sup> SBB (2018): Schienensuizide auf dem Netz der SBB. Dossier zu Präventionsmassnahmen, Handlungsbedarf und Empfehlungen. Bericht im Auftrag des BAG.

<sup>8</sup> Bundesamt für Gesundheit, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz (2016): Suizidprävention in der Schweiz. Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan.

<sup>9</sup> Bundesamt für Statistik (2016): Assistierter Suizid (Sterbehilfe) und Suizid in der Schweiz.

<sup>10</sup> Bundesamt für Statistik (1996): Schweizerische Todesursachenstatistik. Richtlinien für die ärztliche Bescheinigung der Todesursachen.

<sup>11</sup> Möglicherweise fehlen diese Angaben teilweise, weil die Weitergabe der Daten zwischen der Staatsanwaltschaft und dem BFS nicht systematisch geregelt ist.

<sup>12</sup> Bundesamt für Statistik (2016): Assistierter Suizid (Sterbehilfe) und Suizid in der Schweiz.



diese nicht bekannt waren oder dass der Arzt/die Ärztin das entsprechende Feld nicht ausgefüllt hat. Kritischer ist, dass die todesfeststellenden Ärzte/-innen die verstorbene Person oftmals nicht kannten. Somit ist es für den Arzt/die Ärztin schwierig, die Todesursache oder insbesondere Begleiterkrankungen zuverlässig zu erkennen.

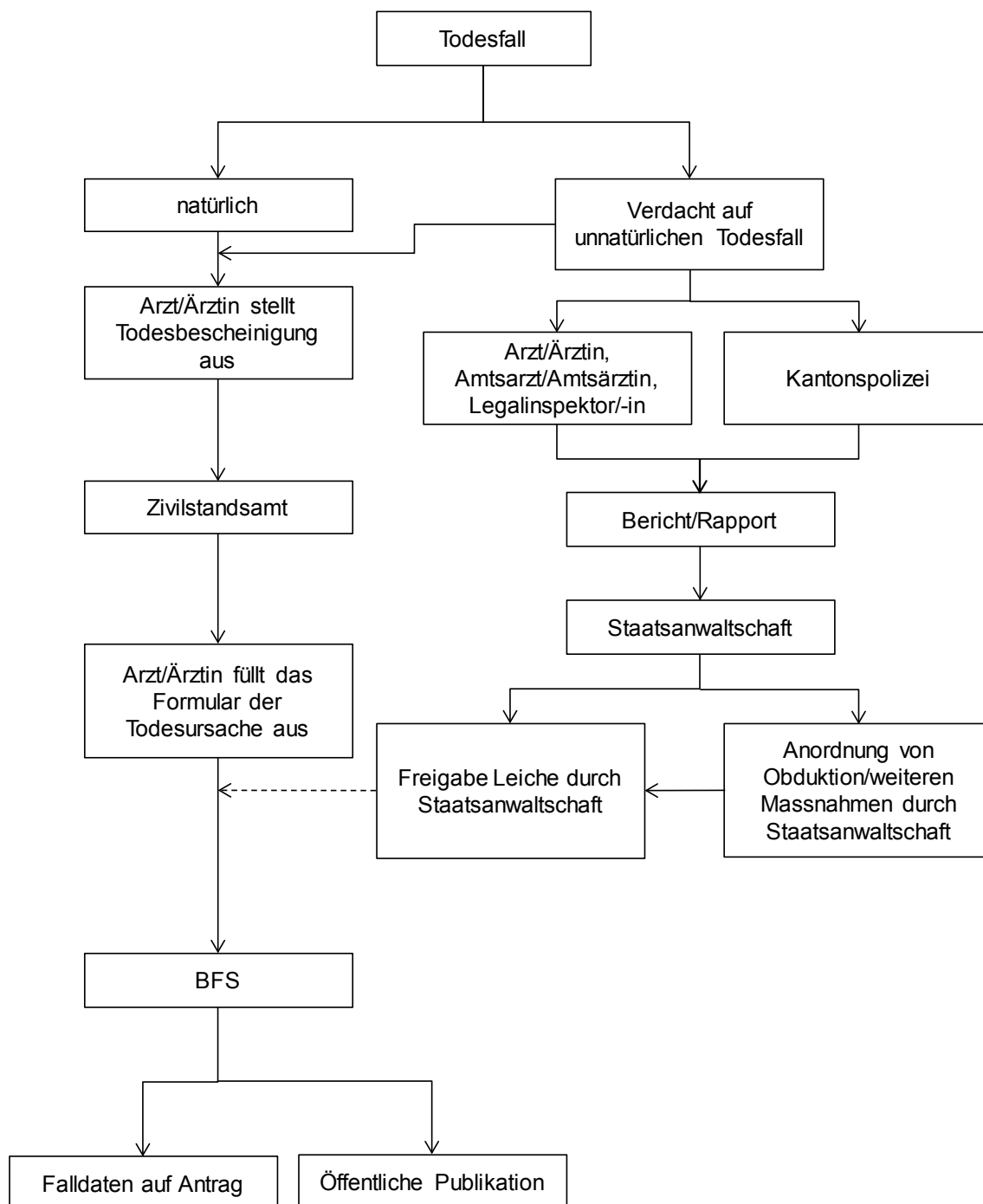
Obwohl der Grossteil der Suizide einfach festzustellen ist, gibt es gemäss Interviewpartnern Suizidmethoden, die schwieriger festzustellen sind. Dazu gehören das Ertrinken, Selbstunfälle mit einem Fahrzeug<sup>13</sup> oder bei älteren Personen auch die Vergiftung durch Arzneimittel. Gerade beim letztgenannten Fall wird der Todesfall vermutlich oftmals als natürlicher Tod eingestuft und die Polizei wird nicht informiert. Hinzu komme, dass man aus Respekt vor den Angehörigen bei unklaren Indizien eher von einem Unfall als von einem Suizid ausgehe.

Für Forschende ist die Qualität der Daten grundsätzlich schwierig einzuschätzen. Für die Prävention, Forschung und Evaluation enthält die TUS gemäss Interviewpartnern zu wenig Zusatzinformationen. Positiv sei jedoch, dass man allfällige Mängel in den Daten zurückmelden könne.

---

<sup>13</sup> Siehe dazu auch: Gauthier, Saskia; Reisch, Thomas; Ajdacic-Gross, Vladeta; Bartsch, Christine (2015): Road traffic suicide in Switzerland. *Traffic Injury Prevention*, Vol 16, Issue 8, 768–772.

D 2.2: Pfad der Daten der Todesursachenstatistik (TUS)



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf Expertengesprächen und der Literaturanalyse.

Legende: Gestrichelter Pfeil: Die Weitergabe und Verwendung von Erkenntnissen der Staatsanwaltschaft ist nicht systematisch geregelt.

### 2.2 Weitere Datenquellen zu Suiziden

Auch die Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MSK) beinhaltet Informationen zu Suiziden. Auf die MSK wird in Abschnitt 2.3 ausführlich eingegangen.

Die Zusatzdaten Psychiatrie der MSK werden auf freiwilliger Basis in den stationären Psychiatrien erfasst. Unter der Variable «Austrittsgrund» wird vermerkt, wenn sich der Patient/die Patientin suizidiert hat. Diese Information ist in der BFS-Variable 1.5.V02

und 3.5.V01 erfasst. Einige Kliniken erfassen diese Information mit der Kodierung 51 «Patient hat sich suizidiert», andere mit der Kodierung 80 «Anderes» und ergänzen die Kodierung mit Mord oder Suizid. Gemäss Aussagen einer interviewten Person vom Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) suizidieren sich gemäss den Angaben in den Zusatzdaten Psychiatrie ungefähr 0,1 Prozent aller Patienten/-innen in stationären Psychiatrien. Gemäss Schätzungen des Obsan ereignen sich gut 5 Prozent aller Suizide während eines stationären Psychiatrieaufenthaltes.<sup>14</sup>

Auf den Prozess und die Qualität der MSK wird nachfolgend vertieft eingegangen. Diese fallbezogenen Daten werden nicht öffentlich publiziert. Forschende können den Zugang jedoch beantragen. Bezüglich Qualität der Daten ist anzumerken, dass den Kliniken nicht einheitlich kodieren.

### 2.3 Routinedaten zu Suizidversuchen auf nationaler Ebene: Medizinische Statistik der Krankenhäuser

Die MSK wird vom Bundesamt für Statistik erhoben und umfasst medizinische und administrative Informationen zu jedem stationären Aufenthalt in Schweizer Krankenhäusern, Kliniken und Geburtshäusern. Entsprechend handelt es sich bei der MSK um eine Vollerhebung. Bei jedem/jeder Patienten/-in werden bei Austritt aus dem Krankenhaus die Haupt- und Nebendiagnosen (nach ICD-10-GM) sowie die Behandlungen (nach Schweizerischer Operationsklassifikation [CHOP]) erfasst. Ziel der MSK ist die Sicherstellung der epidemiologischen Überwachung der schweizerischen Wohnbevölkerung und die Bereitstellung medizinischer Grunddaten zur Untersuchung interkantonalen Versorgungsstrukturen im Krankenhausbereich und für interkantonale und internationale Synthesestatistiken.<sup>15</sup> Seit der Einführung des DRG-Systems (Diagnosis Related Groups) im Jahr 2012 wird die Statistik vorwiegend zu Abrechnungszwecken verwendet. Die gesetzliche Grundlage bildet das Bundesstatistikgesetz vom 1. Oktober 1992 (BStatG) und das Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG).

Zusätzlich zum obligatorischen Hauptdatensatz des Bundesamts für Statistik existiert unter anderem der Psychiatrie-Zusatzdatensatz. Dieser Datensatz ist eine freiwillige Ergänzung und enthält zusätzliche, für die Psychiatrie interessante Daten.

#### 2.3.1 Inhalt

Die *Minimaldaten der MSK* umfassen alle stationären Behandlungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie. Zu den erfassten Informationen gehören folgende Daten:

---

<sup>14</sup> Bundesamt für Gesundheit BAG (2019): Suizidprävention bei Klinikaustritten. Empfehlungen für Gesundheitsfachpersonen. [https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/psychische-gesundheit/politische-auftraege/motion-in-gold/Suizidpraevention\\_bei\\_Klinikaustritten.pdf.download.pdf/20190822\\_Suizidpr%C3%A4vention%20bei%20Klinikaustritten\\_Finanzierung\\_defV2\\_D.pdf](https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/psychische-gesundheit/politische-auftraege/motion-in-gold/Suizidpraevention_bei_Klinikaustritten.pdf.download.pdf/20190822_Suizidpr%C3%A4vention%20bei%20Klinikaustritten_Finanzierung_defV2_D.pdf), Zugriff am 24.02.2020.

<sup>15</sup> Bundesamt für Gesundheit BAG (1997): Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Bern, S.12. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/erhebungen.assetdetail.7369.html>, Zugriff am 21.05.2019.

- *Diagnosen:* Neben der Hauptdiagnose werden auch ein Zusatz zur Hauptdiagnose und Nebendiagnosen erfasst.<sup>16</sup> Die Diagnosen werden nach ICD-10-GM (German Modification – nicht nach WHO wie in der TUS) erfasst.
- *Chirurgische und medizinische Behandlungen:* Neben der Hauptbehandlung und dem Datum des Beginns der Hauptbehandlung werden auch weitere Behandlungen erfasst. Die Behandlungen werden gemäss der CHOP kodiert.<sup>17</sup>
- *Soziodemographische Angaben:* Zum Beispiel Geburtsdatum, Geschlecht oder Nationalität.
- *Eintrittsmerkmal:* Zum Beispiel das Eintrittsdatum, Aufenthaltsort vor dem Eintritt.
- *Aufenthaltsmerkmale:* Zum Beispiel die Behandlungsart, die Versicherungskategorie und Anzahl Stunden in einer Intensivstation.
- *Betriebswirtschaftliche Angaben:* Zum Beispiel die Hauptkostenstelle (Fachgebiet) und den Hauptkostenträger für Grundversicherungsleistungen.
- *Austrittsmerkmale:* Zum Beispiel der Entscheid für den Austritt oder den Aufenthalt nach dem Austritt (Todesfall wird in den Minimaldaten der MSK als Austrittsgrund festgehalten).<sup>18</sup>

In Bezug auf Suizidversuche ist insbesondere der Code X 84.9! «absichtliche Selbstschädigung, absichtlich selbstzugefügte Vergiftung oder Verletzung, Selbsttötung (Versuch)» von Interesse. Dieser Code umfasst aber auch Selbstverletzungen ohne das Ziel einer Selbsttötung. Ein Diagnosecode wird während eines Aufenthalts einmalig erfasst. Der Code X 84.9! wird als Zusatz zur Hauptdiagnose gestellt und nicht als Hauptdiagnose kodiert.<sup>19</sup> Bei einem Suizidversuch durch Schlafmittel würde beispielsweise T 42.7 «Antiepileptika, Sedativa und Hypnotika, nicht näher bezeichnet» als Hauptdiagnose stehen und X 84.9! als Zusatz zur Hauptdiagnose. Aus der Kodierung wird allerdings nicht ersichtlich, ob die Selbstschädigung vor oder während des Aufenthalts stattfand. Wird der Patient/die Patientin aber nach einem Aufenthalt in ein anderes Krankenhaus verlegt und es erfolgt dann eine zweite absichtliche Selbstschädigung, so wird X 84.9! erneut kodiert. Eine Zusammenstellung aller Codes der MSK, die Informationen zu Suizidversuchen und Suizidalität beinhalten, ist in Anhang A 5 zu finden.

Im Gegensatz zur deutschen Modifikation ICD-10-GM, nach der die MSK seit 2012 kodiert wird, umfasst die ICD-10-WHO zusätzliche Informationen zu den äusseren Ursachen einer vorsätzlichen Selbstbeschädigung (Code X60–X84). Beispielsweise bedeutet der Code X70 «Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Erhängen, Strangulierung oder Ersticken».

Sofern schon früher Suizidversuche stattgefunden haben, kann dies mit dem Code Z91.8 «sonstige näher bezeichnete Risikofaktoren in der Eigenanamnese, anderenorts nicht klassifiziert» erfasst werden. Solche Risikofaktoren umfassen beispielsweise Selbstschädigung und andere Körperverletzungen, versuchte Selbsttötung, aber auch mangelnde persönliche Hygiene oder psychisches Trauma. Dieser Code ist allerdings unspezifisch und hat mehrere Bedeutungen. Zudem wird dieser Code gemäss Interviewpartnerin nicht

---

<sup>16</sup> Als Nebendiagnose eist eine Krankheit oder Beschwerde definiert, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Spitalaufenthaltes entwickelt. Als Zusatz zur Hauptdiagnose können Codes für äussere Ursachen sein, wozu auch X 84.9! zählen.

<sup>17</sup> Bundesamt für Statistik (2018): Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP). Systematisches Verzeichnis – Version 2019.

<sup>18</sup> In den Zusatzdaten Psychiatrie wird Suizid als Austrittsgrund festgehalten.

<sup>19</sup> Gemäss Medizinischem Kodierungshandbuch des BFS dürfen Codes, die mit einem «!» enden nie als Hauptdiagnose angegeben werden.

immer erfasst, sondern nur wenn ein Zusammenhang mit der aktuellen Behandlung besteht.

Die *Zusatzdaten Psychiatrie der MSK* umfassen weitere Informationen zur Suizidalität von Patienten/-innen: Die HoNOS (Health of Nation Outcome Scale) für Erwachsene und die HoNOSCA (Health of Nation Outcome for Children and Adolescents) für Kinder und Adoleszente bilden den Schweregrad der Symptombelastung und die Gefährdung ab.<sup>20</sup> Die Codes 94.A1.2 für Erwachsene respektive 94.A2.3 für Kinder und Jugendliche umfassen den Schweregrad der Gefährdung einer «absichtlichen Selbstverletzung und Suizidalität»<sup>21</sup> Die HoNOS/HoNOSCA wird durch den/die Fallverantwortliche/-n<sup>22</sup> bei Eintritt (innerhalb von 3 Tagen) und Austritt (frühestens 3 Tage vor dem Austritt) ausgefüllt (siehe Anhang A 5). Der Symptomschweregrad, der durch HoNOS/HoNOSCA gemessen wird, ist neben der Hauptdiagnose und dem Alter für die Vergütung respektive die psychiatrische Kostengruppe<sup>23</sup> relevant und wird entsprechend in allen stationären Psychiatrien erhoben und liegt unabhängig von der MSK vor.

Die Kantone können zusätzlich *kantonale Zusatzdaten* erheben lassen. In gewissen Kantonen umfassen diese nur wenige Variablen, wie beispielsweise die Patientennummer, die Nummer des Betriebs, den Kanton und den Wohnort in Worten. Diese Variablen würden insbesondere für eine vereinfachte Kommunikation mit den einzelnen Krankenhäusern, Kliniken und Geburtshäusern genutzt.

**D 2.3: Tabellarischer Steckbrief der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MSK)**

<b>Meta-Informationen</b>	
<i>Publizierende Institution</i>	Bundesamt für Statistik (BFS)
<i>Kurzbeschreibung</i>	Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MSK) erfasst die jährlichen Hospitalisierungen in den schweizerischen Krankenhäusern, Kliniken und Geburtshäusern. Neben soziodemographischen Informationen der Patienten/-innen wie Alter, Geschlecht, Wohnregion werden auch administrative Daten wie Versicherungsart oder Aufenthaltsort vor der Hospitalisierung und medizinische Informationen wie Diagnosen und Behandlungen erhoben
<i>Periodizität</i>	jährlich
<i>Referenzperiode</i>	Kalenderjahr
<i>Daten verfügbar seit</i>	1998
<i>Messmethode</i>	Obligatorische Vollerhebung
<i>Regionalisierungsgrad</i>	MedStat-Regionen24
<i>Aggregationslevel</i>	Falldaten für Forschende auf Antrag erhältlich. Auszüge werden in aggregierter Form öffentlich publiziert.
<i>Erfasste Merkmale</i>	50 Variablen, darunter die soziodemographischen Variablen des Patienten/der Patientin, Merkmale der Hospitalisierung und des Austritts, bis zu 50 Diagnosen und 100 Behandlungen (Prozeduren). Dazu kommen diverse Variablen, die sich auf Neugeborene beziehen sowie weitere, freiwillig anzugebende Variablen zu psychiatrischen Behandlungsfällen.  Folgende Merkmale sind im Zusammenhang mit Suizid und Suizidversuchen relevant:

<sup>20</sup> Diese Daten werden im Rahmen der Qualitätsmessungen durch die ANQ erhoben.

<sup>21</sup> 94.A1.20 Suizidalität der Stufe 0, 94.A1.24 Suizidalität der Stufe 4.

<sup>22</sup> Fallführende Ärztin/Psychologin respektive fallführender Arzt/Psychologe oder fallführende Pflegefachperson (sofern in der Klinik Pflegende die Fallführung übernehmen).

<sup>23</sup> Psychiatric cost group (PCG).

<sup>24</sup> Geografische Regionen, die gross genug sind, damit die Anonymität der hospitalisierten Personen gewährleistet ist. Insgesamt ist die Schweiz in 706 MedStat-Regionen aufgeteilt.

Meta-Informationen	
Publizierende Institution	Bundesamt für Statistik (BFS)
	<p>Nach ICD-10-GM:            X84.9!: Absichtliche Selbstschädigung, absichtlich selbstzugefügte Vergiftung oder Verletzung, Selbsttötung (Versuch)            Z91.8: umfasst sonstige näher bezeichnete Risikofaktoren in der Eigenanamnese, die anderorts nicht klassifiziert sind (kann u.a. versuchte Selbsttötung umfassen)            Die Zusatzdaten Psychiatrie umfassen zusätzliche Informationen zu Suizid und Suizidalität:            3.5.V01: Sofern sich die Patientin/der Patient suizidiert hat, wird dies als Austrittgrund kodiert.            Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): HoNOS wird unabhängig von der MSK zur Symptombelastung in allen Psychiatrien erhoben (gehört zum ANQ-Messplan).</p>
Verwendete Datenquellen	Falldaten aus den einzelnen Krankenhäusern, Kliniken und Geburtshäusern.
Involvierte Akteure entlang des Datenpfads	Krankenhäuser, Kliniken Geburtshäuser, Kantone (zuständige kantonale Stellen), Bundesamt für Statistik.
Quelle: Bundesamt für Statistik. Medizinische Statistik der Krankenhäuser – Steckbrief.	

### 2.3.2 Prozess

*Datenerzeugung und -übermittlung:* Die Spitäler, Kliniken und Geburtshäuser sind für die Erhebung der Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser zuständig. Die Zuständigkeiten für die Datenerzeugung in Spitälern und Kliniken unterscheiden sich je nach Betrieb. Oftmals ist jemand aus den Abteilungen der Kodierung oder der Finanzen/Controlling zuständig. Diese zuständigen Personen kodieren bei Austritt des Patienten/der Patientin die Diagnosen und Behandlungen, basierend auf den durch die Ärzte/-innen ausgefüllten Akten der Patientinnen und Patienten. Die Akten können auch Informationen enthalten, die beispielsweise der Rettungsdienst in seinem Protokoll aufnimmt. Dieses kann auch Hinweise zu einem Suizidversuch beinhalten.<sup>25</sup> Die Daten werden durch die Spitäler und Kliniken gemäss dem Schnittstellenkonzept an die kantonale Statistikstelle übermittelt. Das Schnittstellenkonzept definiert die zu übermittelnden Variablen und wird periodisch angepasst.<sup>26</sup> Die Übermittlung der Daten erfolgt mindestens jährlich, in gewissen Kantonen findet die Übermittlung auch halbjährlich statt.

*Datenverarbeitung und -management:* Bis vor kurzem waren für die Spitäler und Kliniken insbesondere kantonale Statistikämter die Ansprechpartner in der Datenerhebung. Mittlerweile übernehmen diese Rolle häufiger auch Gesundheitsdirektionen. Teilweise sind es auch überkantonale Institutionen (z.B. Lustat – Statistik Luzern), die als Ansprechpartner beziehungsweise als Bindeglied zwischen Spitälern/Kliniken und BFS fungieren. Die Jahresdaten werden durch die Spitäler und Kliniken normalerweise bis spätestens Ende Februar des Folgejahres an die kantonalen Erhebungspartner geliefert. Diese plausibilisieren anschliessend die Daten mit dem Programm Medplaus und liefern sie bis spätestens Ende April an das BFS. Das BFS informiert über die zuständigen Stellen jährlich die Termine.<sup>27</sup> Für die Plausibilisierung der Daten steht ein Plausibilisierungskonzept des BFS zur Verfügung.<sup>28</sup> Insbesondere werden allfällige Anpassungen im Schnittstellenkonzept überprüft (bspw. neue Variablen, Reihenfolge). Je nachdem prüft

<sup>25</sup> Die Rettungsdienste geben ihre Protokolle schweizweit an die Notfallstationen weiter. Je nach Kanton wird das Protokoll handschriftlich oder digital an die Notfallstationen übertragen.

<sup>26</sup> Bundesamt für Statistik (2019): Variablen der Medizinischen Statistik Spezifikationen, gültig ab 01.01.2019, «Schnittstellenkonzept».

<sup>27</sup> Bundesamt für Statistik (2019): Information zuhanden der mit der Erhebung betrauten Instanzen. MS-02-2019.

<sup>28</sup> Bundesamt für Statistik (2016): Plausibilisierungskonzept der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser. Version 5.0.8.1.

die zuständige Stelle nicht nur die jährlichen, sondern auch die viertel- oder halbjährlichen Daten. Die kantonale Institution ist verpflichtet, die Daten fristgerecht dem BFS zuzustellen.

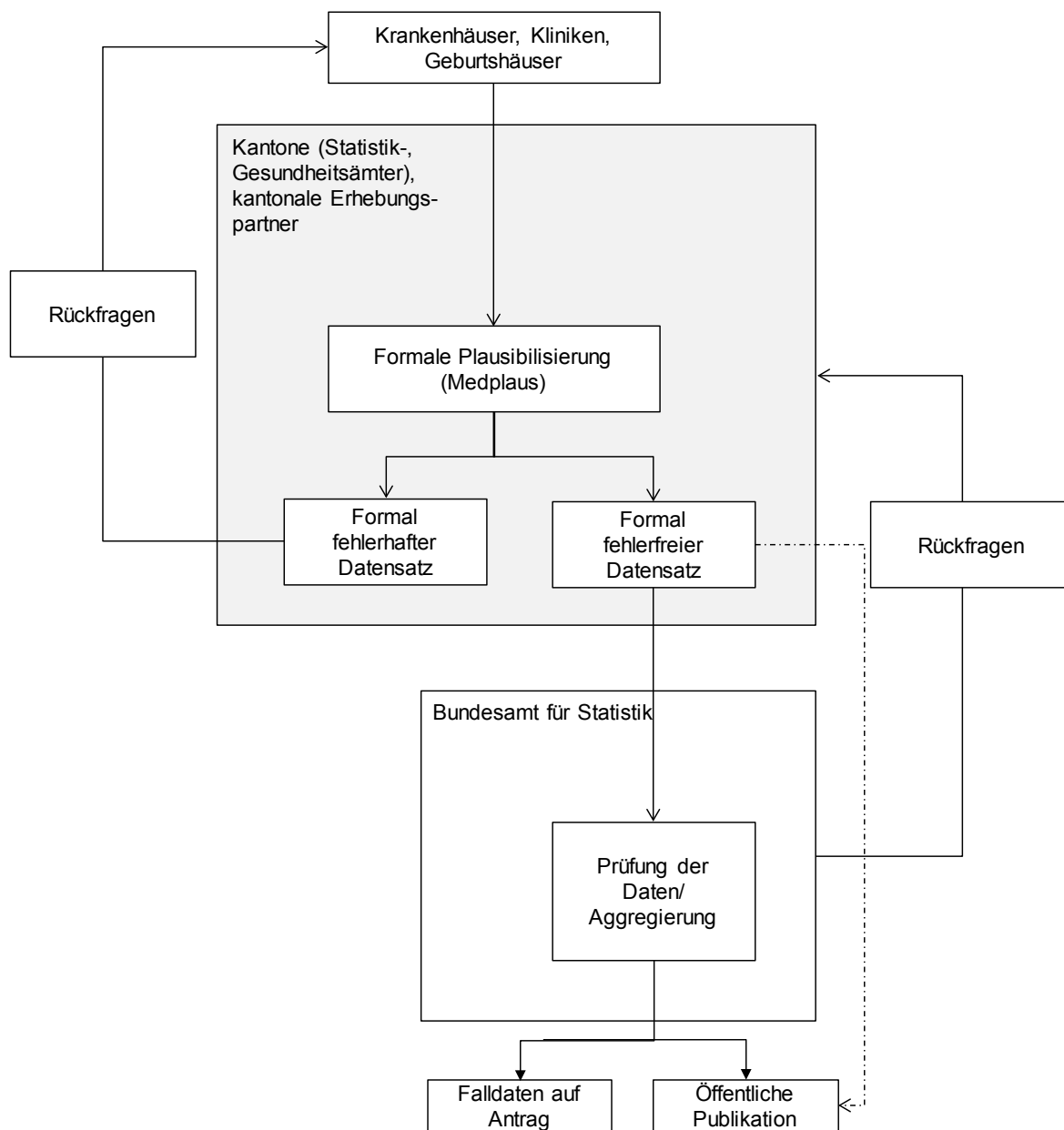
Neben dem Minimaldatensatz gibt es auch die Möglichkeit eines kantonalen Zusatzdatensatzes. Die kantonalen Zusatzdaten werden nicht an die nationale Ebene weitergegeben. In psychiatrischen Kliniken werden auf freiwilliger Basis zusätzlich die Zusatzdaten Psychiatrie erhoben. Ab 2021 ist die Erhebung der Zusatzdaten Psychiatrie obligatorisch.

Neben der Plausibilisierung führen Kantone teilweise auch selber Auswertungen durch und publizieren die Daten.

*Datenaggregation und -bereitstellung:* Das BFS kontrolliert die Datenlieferungen der vorgelagerten Stellen und erstellt die Datensätze für die Forschung. Die Daten werden an Forschende auf Antrag und nach Abschluss eines Datenvertrags herausgegeben. Die Bearbeitung eines Antrags kann mehrere Monate dauern.

*Datenanalyse und -nutzung:* Neben Forschenden, die anonymisierte Falldaten der MSK für Forschungszwecke verwenden, publiziert das BFS allgemeine, aggregierte Auswertungen auch online. Die Kantone verwenden die MSK für die Planung der leistungsspezifischen Versorgung (Spitalplanung in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie). Weiter wird die MSK auch für Abrechnungs- und Finanzierungszwecke verwendet. Gemäss durchgeführten Interviews scheinen die Daten der MSK wenig für Prävention oder Forschung im Bereich von Suizidversuchen verwendet zu werden.

D 2.4: Pfad der Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MSK)



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf Expertengesprächen und der Literaturanalyse.



### 2.3.3 Qualität

Die Aufgaben zwischen den involvierten Institutionen sind klar geregelt und es existieren entsprechende Konzepte, die die Zusammenarbeit regeln.<sup>29</sup>

Gemäss Aussagen der Experten/-innen hat sich die Qualität der MSK über die Jahre hinweg verbessert; insbesondere aufgrund der Professionalisierung der Kodierer/-innen in den Spitälern/Kliniken und kantonalen Stellen. Neben den Kodierern/-innen sind für die Qualität der Daten auch die Ärzte/-innen zuständig, die die Patientenakten führen.

Die Kodierqualität wird durch die kantonal zuständige Institution anhand des Plausibilisierungskonzepts des BFS mittels des Programms Medplaus überprüft. Bei der Aggregation der Daten auf Ebene des BFS findet wiederum eine Prüfung der Daten statt. Bei Fragen wird bei der vorgelagerten Ebene jeweils nachgefragt.

Die Aussagekraft hinsichtlich Suizidversuchen der in der MSK erfassten Variablen gemäss Aussagen der Experten/-innen ist aus vier Gründen beschränkt: Erstens hat sich die Qualität der Daten verändert, seit die Medizinische Statistik für Finanzierungszwecke verwendet wird. So würde öfters nur noch das in der MSK erfasst, was auch vergütungsrelevant sei. Zweitens deutet der Code X84.9! nicht eindeutig auf einen Suizidversuch hin, es kann sich dabei beispielsweise auch um Suchtverhalten handeln. Drittens wird der Code X84.9! nicht systematisch erfasst: Eine interne Analyse der Daten aus dem Jahr 2015, die durch das Bundesamt für Statistik durchgeführt wurde, ergab, dass bei ungefähr 5'400 Fällen (0,44% aller Fälle) der Code X84.9! erfasst wurde, was eher nicht der Realität entspricht, da die geschätzte Zahl der Suizidversuche höher ist.<sup>30</sup> Viertens wird auch der Code Z91.8, sonstige nicht näher bezeichnete Risikofaktoren in der Eigenanamnese, die anderorts nicht klassifiziert sind, nicht systematisch kodiert.

### 2.4 Weitere Datenquellen zu Suizidversuchen

Gemäss ANQ-Messplan wird die Symptombelastung in psychiatrischen Kliniken durch Fremd- und Selbstbeurteilung gemessen. Diese Messungen finden bei Ein- und Austritt statt. Die Fremdbeurteilung findet anhand von HoNOS/HoNOSCA statt und findet Eingang in die MSK (siehe auch Abschnitt 2.3). Die Selbstbeurteilung findet bei Erwachsenen anhand der Brief Symptom Checklist (BSCL) und bei Kindern und Jugendlichen anhand von HoNOSCA-SR statt (siehe Anhang A 6). Im BSCL wird anhand von 53 Beschwerden die Symptombelastung der Patienten/-innen erhoben. Drei Beschwerden/Items beziehen sich auf die Suizidalität: «Gedanken sich das Leben zu nehmen», «Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft» und «Gedanken an den Tod und ans Sterben». HoNOSCA-SR beinhaltet ein Item zur «absichtlichen Selbstverletzung/Selbstschädigung». Anhand der Vorher-Nachher-Messung lässt sich die Fremd- und Selbstbeurteilung der Veränderung in der Symptombelastung während der Thera-

<sup>29</sup> Bundesamt für Statistik (2005): Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens. Medizinische Statistik der Krankenhäuser.

Bundesamt für Statistik (2018): Medizinisches Kodierungshandbuch. Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz.

Bundesamt für Statistik (2019): Variablen der Medizinischen Statistik. Spezifikationen gültig ab 1.1.2019. «Schnittstellenkonzept».

Bundesamt für Statistik (2016): Plausibilisierungskonzept der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser. Version 5.0.8.1

<sup>30</sup> Diese Zahlen beziehen sich auf Individuen, die älter als 18 Jahre sind und auf den Bereich der Akutsomatik. Juli 2019.

piezeit berechnen. Die Daten zur Symptombelastung werden durch die ANQ periodisch ausgewertet und publiziert.<sup>31</sup>

## 2.5 Routinedaten zu Suiziden und Suizidversuchen auf kantonaler Ebene: Drei Fallbeispiele

Im Folgenden werden (über-)kantonale Fallbeispiele aus den Kantonen Zürich, Zug und Waadt beschrieben.

### 2.5.1 Schwerpunktprogramm «Suizidprävention Kanton Zürich»

#### I Suizide

Im Schwerpunktprogramm «Suizidprävention Kanton Zürich» wird im Kanton Zürich seit 2015 dank einer Vereinbarung zwischen dem Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention (EBPI) und der Staatsanwaltschaft Kanton Zürich ein kantonales Monitoring der Suizidhäufigkeiten und -methoden durchgeführt. Dieses Monitoring wird voraussichtlich mindestens bis 2022 weitergeführt. Für das Monitoring werden Daten von der Staatsanwaltschaft des Kantons Zürich und der Kantonspolizei Zürich genutzt.

Durch die Zusammenarbeit mit der Oberstaatsanwaltschaft und der Kantonspolizei verfügt das EBPI über eine Vollerhebung der Suizidfälle im Kanton Zürich. Es handelt sich hierbei um eine Erhebung nach dem Tatortprinzip. Entsprechend sind ausschliesslich Personen erfasst, die im Kanton Zürich wohnhaft waren und sich auch im Kanton Zürich suizidiert haben. Basierend auf diesen Daten lassen sich Risikogruppen, Suizidmethoden und Hotspots im Kanton identifizieren und für die Prävention nutzen. Die Vereinbarung mit der Oberstaatsanwaltschaft erlaubt es drei definierten Personen des EBPI, die Akten von abgeschlossenen Suizidfällen, das heisst Akten der betreffenden rechtskräftig abgeschlossenen Strafverfahren, bei den jeweiligen Staatsanwaltschaften zu sichten und für die Prävention relevante Informationen zu entnehmen. Das EBPI erfasst die Informationen für jeden Fall entlang eines Erhebungsbogens. Je nach Suizidmethode und Verfügbarkeit der Daten umfasst der Erhebungsbogen bis zu 76 Variablen (siehe Anhang A 7). Der Erhebungsbogen im Anhang gibt eine Übersicht über die gesammelten Informationen. Die Informationen der Erhebungsbögen werden anonymisiert in einer Datenbank abgespeichert. Damit die Oberstaatsanwaltschaft die entsprechenden Akten bereitstellen kann, liefert die Kantonspolizei jährlich die Daten zu Suizidfällen an das EBPI (anonymisiert) sowie an die Oberstaatsanwaltschaft (nicht anonymisiert). Diese Daten umfassen die Fallnummer, den Tatbestand, Ort, Datum, Zeit sowie Geburtsdatum und Alter des/der Verstorbenen. Innerhalb des EBPI wird bei der Digitalisierung der Erhebungsbogen das Vier-Augen-Prinzip angewendet.

Die durch das EBPI erfassten Daten zu Suiziden werden nur intern für das Schwerpunktprogramm Suizidprävention verwendet und bislang nicht publiziert. In Zukunft wird geprüft, ob und in welcher Form Ergebnisse des Monitorings publiziert werden.

In den Gesprächen wurde zusätzlich die Polizeiliche Kriminalstatistik angesprochen. Die Kantonspolizei Zürich publiziert im Rahmen der Polizeilichen Kriminalstatistik des Kantons Zürich Daten zu Suiziden. Neben den jährlichen Suiziden werden auch die angewendeten Methoden in detaillierten Kategorien veröffentlicht. Auch assistierte Suizide durch Sterbehilfeorganisationen auf kantonaler Ebene werden ausgewiesen<sup>32</sup>

<sup>31</sup> Siehe bspw. ANQ (2019): Symptombelastung und freiheitsbeschränkende Massnahmen Stationäre Psychiatrie Erwachsene. Nationaler Vergleichsbericht. Messung 2018.

<sup>32</sup> Zwischen folgenden Methoden wird in der Kriminalstatistik des Kantons Zürich unterschieden: Erschiessen, Erhängen, Ertrinken, Gas, Gift, Medikamente, Überfahrenlassen, Sturz aus der

Auf eine Differenzierung nach Bezirken wird verzichtet.<sup>33</sup> In der nationalen Polizeilichen Kriminalstatistik hingegen werden die Suizide oder Suizidversuche nur in einer aggregierten Kategorie mit anderen Straftaten ausgewiesen («übrige ausgewählte Artikel des StGB»)<sup>34</sup>.

Die Datenqualität hängt von der Rapportierung und Dokumentation der Suizide während den Ermittlungen durch die Kantonspolizei und Staatsanwaltschaft ab. Zu beachten ist, dass der Fokus der ermittelnden Behörde auf der Frage nach einem möglichen Drittverschulden liegt und nicht auf der Suizidberichterstattung. Trotzdem werden kantonale Daten gegenüber den Daten der Todesursachenstatistik bevorzugt, da sie mehr Informationen beinhaltet (bspw. hinsichtlich der Lokalisierung von Hotspots).

### I Suizidversuche

In den Interviews wurde die Polizeiliche Kriminalstatistik des Kantons Zürich angesprochen, die Ereignisse mit polizeilichen Interventionen umfasst, wie beispielsweise Suizide und Suizidversuche. Im Jahr 2018 wurden in dieser Datengrundlage 269 Suizidversuche registriert, bei denen die Kantonspolizei in irgendeiner Art involviert war. Detailliertere Informationen zu den Suizidversuchen werden nicht erfasst.<sup>35</sup> Die Vollständigkeit bei Daten zu Suizidversuchen sei eine Herausforderung. Einerseits ist unklar, welcher Anteil der Suizidversuche der Kantonspolizei bekannt ist. Andererseits können Kombinationen von Daten zu Doppelzählungen führen. Es kann deshalb zielführend sein, auf eine spezifische Gruppe von Suizidversuchen (z.B. Schienensuizide oder Vergiftung) zu fokussieren und zu diesen Gruppen detaillierte Daten zu sammeln, anstatt ein möglichst ganzheitliches Bild über alle Suizidversuche erlangen zu wollen.

Gewisse Spitäler und Kliniken im Kanton Zürich haben Erfassungsformulare für Suizidversuche. Erste Ergebnisse zeigten, dass Erfassungsformulare für Suizidversuche in Spitälern und Kliniken nicht unbedingt ausgefüllt würden. Ärzte/-innen tendierten dazu, beim Vorliegen eines solchen Erfassungsformulars eingehende Fälle als Selbstverletzung statt als Suizidversuch zu erfassen.<sup>36</sup>

## 2.5.2 Konzept «Früherkennung und Suizidprävention Kanton Zug»

### I Suizide

Im Kanton Zug wurden mit dem Konzept «Früherkennung und Suizidprävention im Kanton Zug (2010–2015)» Ziele zur Früherkennung psychischer Störungen und zur Suizidprävention formuliert. Mitunter ist es ein Ziel, dass eine statistische Erhebung und Aufarbeitung der Suizide und ein kontinuierliches Monitoring der Suizidversuche durchgeführt wird. Damit sollen unter anderem Erkenntnisse bezüglich methodenspezifischer

---

Höhe, Selbstverletzung, Ersticken, Verbrennen, Sprengen, Sterbehilfeorganisationen, anderes/unbekanntes Vorgehen.

<sup>33</sup> Kantonspolizei Zürich (2018): Polizeiliche Kriminalstatistik Kanton Zürich 2018.

<sup>34</sup> Übrige ausgewählte Artikel des StGB umfassen u.a.: strafbarer Schwangerschaftsabbruch ohne Einwilligung der Schwangeren, Geiselnahme, sexuelle Belästigung etc.

Bundesamt für Statistik (2019): Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS). Jahresbericht 2018 der polizeilich registrierten Straftaten. Neuenburg, 2019.

<sup>35</sup> Kantonspolizei Zürich (2018): Polizeiliche Kriminalstatistik Kanton Zürich 2018.

<sup>36</sup> Im Gegensatz zum Suizidversuch ist die Selbstverletzung nicht unbedingt suizidal intendiert.

scher Prävention gewonnen werden.<sup>37</sup> Bis heute wird ein Monitoring von Suiziden durchgeführt, das auf Daten der Staatsanwaltschaft basiert.

Die Staatsanwaltschaft füllt, basierend auf den ihr verfügbaren Akten zum Todesfall, den Erhebungsbogen der Gesundheitsdirektion des Kantons Zug aus. Der Erhebungsbogen umfasst Informationen zu folgenden Parametern:

- Hintergrundmerkmale der suizidierten Person (z.B. Beruf, Nationalität, Geburtsjahr)
- Angaben zum Todeszeitpunkt und Todesort
- Persönliche Angaben (z.B. Abschiedsnachricht, vermutetes Motiv, Patientengeschichte)
- Detaillierte Angaben zur angewendeten Suizidmethode

Die Daten aus dem Erhebungsbogen werden anschliessend durch die Gesundheitsdirektion in ein Excel-Dokument übertragen und intern ausgewertet. Die Datenqualität wird als gut eingeschätzt. Zudem könne bei Rückfragen immer beim zuständigen Staatsanwalt/bei der zuständigen Staatsanwältin nachgefragt werden.

Die verfügbaren Daten erlauben eine Trendanalyse, beispielsweise zu den angewendeten Methoden oder zu den Hotspots. Die Daten würden es auch erlauben, die existierenden Massnahmen zur Suizidprävention zu überprüfen. Einmal wurde ein Report inklusive einer Analyse der verfügbaren Daten publiziert.<sup>38</sup> Ansonsten wurden die Daten bislang ausschliesslich für interne Zwecke verwendet. Die Datenqualität wird für die Zwecke als ausreichend eingeschätzt.

Das kantonale Suizidmonitoring verwendet ausschliesslich die kantonal erhobenen Daten; also keine nationalen Datenquellen, wie beispielsweise die Todesursachenstatistik.

#### I Suizidversuche

Bislang existieren im Kanton Zug keine Daten zu Suizidversuchen. Aktuell lanciert der Kanton aber den Aufbau eines Monitorings von Suizidversuchen. Das Amt für Gesundheit des Kanton Zug und die Klinik Zugersee teilen sich die Projektleitung des Suizidversuchs-Monitoring. Gemäss Interviewpartner ist das Projekt allerdings noch in der Planungsphase. Insbesondere plane man, eine entsprechende Checkliste zur Erfassung von Suizidversuchen auszuarbeiten. Bestenfalls würden diese Checklisten anschliessend in Spitälern und Kliniken, bei Psychiatern/-innen und bei Hausärzten/-innen eingesetzt. Zum jetzigen Zeitpunkt laufen insbesondere Abklärungen für ein zentralisiertes Register von Suizidversuchen. Das Suizidversuchs-Monitoring soll gemäss Aussagen ab 2022 umgesetzt werden.

#### 2.5.3 «Observatoire Romand des Tentatives de Suicide» und Kanton Waadt

In den Jahren 2009–2014 gab es einen Aktionsplan zur Suizidprävention im Kanton Waadt. 2016–2019 führte die Groupe Romand Prévention Suicide im Auftrag des BAG das Projekt «Observatoire Romand des Tentatives de Suicide» ORTS durch. In diesem Projekt werden Daten zu Suizidversuchen und selbstverletzendem Verhalten in Akutspitälern der Romandie erhoben.<sup>39</sup> Im ersten halben Jahr des Projekts wurden Daten in

<sup>37</sup> Kanton Zug (2009): Konzept Früherkennung und Suizidprävention im Kanton Zug 2010–2015.

<sup>38</sup> Schuler, Daniela; Walti, Hanspeter (2017): Suizide im Kanton Zug 2008–2015 im Vergleich mit 1991–2007. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).

<sup>39</sup> Analoge Studien gab es in der Vergangenheit in der Agglomeration Bern (2004–2010) und in Basel (2003–2006).

Lausanne am Centre hospitalier universitaire vaudois (Chuv) und in Neuenburg erhoben. Im Jahr 2017 kamen weitere Akutspitäler im Kanton Wallis und in Genf dazu.

### I Suizidversuche

Die Erfassung der Daten im Rahmen des ORTS erfolgte durch die Ärzte/-innen und Psychiater/-innen während der normalen Konsultation des Patienten/der Patientin und nicht durch eine spezifische Befragung. Entsprechend war keine informierte Einwilligung des Patienten/der Patientin nötig. Dazu wurde ein vierseitiger Fragebogen verwendet. In diesem Fragebogen wurde jegliche selbstverschuldeten Verletzungen oder selbstverletzende Handlungen, die nicht zum Tode geführt haben, unabhängig vom Grad der Suizidabsicht, erfasst. Der Fragebogen beinhaltet unter anderem:

- Hintergrundmerkmale zum Individuum: Nationalität, Migrationshintergrund, finanzielle Situation, Bildungsstand usw.
- Informationen in Bezug auf die Selbstverletzung: Zeitpunkt und Ort der Selbstverletzung, suizidale Absicht der Selbstverletzung, allfällige Vorgeschichte, schwerwiegende Ereignisse im privaten oder beruflichen Leben, Konsum von Suchtmitteln usw.

Die Daten wurden meistens direkt in der Notfallstation des akutsomatischen Krankenhauses erhoben. Bei schweren Selbstverletzungen kam es aber auch vor, dass die Datenerhebung erst nach der Verlegung auf die Krankenstation durchgeführt wurde. Die Daten wurden aufbereitet und in Form von Berichten und wissenschaftlichen Publikationen öffentlich zugänglich gemacht.<sup>40</sup> Rohdaten werden keine herausgegeben.

Für die Datenerhebung des ORTS existieren Guidelines, die die Einheitlichkeit der Erhebung unterstützen.<sup>41</sup> Zusätzlich wurden 14 Schulungen in den Akutspitälern durchgeführt.<sup>42</sup> Die Qualität der Daten konnte über die Jahre hinweg verbessert werden.

## 2.6 Datenerhebung bei den Notfallstationen von akutsomatischen Spitälern

Gemäss WHO-Empfehlungen zählt die Erfassung von Suizidversuchen in Spitälern und insbesondere Notfallstationen zum methodischen Goldstandard für ein Überwachungs- oder Monitoringsystem.<sup>43</sup> Im Rahmen von Forschungsvorhaben wurde dies in der Schweiz in den vergangenen Jahrzehnten auch bereits gemacht (in Bern, Basel sowie der Westschweiz). Dies wiederum deckt sich mit Aussagen von Interviewteilnehmenden, wonach ein Grossteil der Personen nach einem Suizidversuch in eine Notfallstation eines akutsomatischen Krankenhauses eingeliefert werden. Um zu erfassen, wie der Stand bezüglich Identifikation, Dokumentation und Behandlung von Personen nach Suizidversuchen in den Schweizer Notfallstationen ist, führte Interface im Auftrag des BAG eine kurze Online-Befragung bei allen Notfallstationen in der Schweiz durch.

---

<sup>40</sup> Siehe <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention/Datenlage-Suizide-Suizidversuche-Schweiz.html>. Zugriff am 06.01.2020.

<sup>41</sup> Groupe Romand Prévention Suicide (GRPS). (2018): Observatoire Romand des Tentatives de Suicide.

<sup>42</sup> Während der Projektdauer waren insgesamt über 60 Fachpersonen in die Datenerhebung involviert. Siehe dazu Orts (2018): Observatoire Romand des Tentatives de Suicide. Rapport final. Sur mandate de l'Office Fédéral de la Santé Publique.

<sup>43</sup> World Health Organization (2016): Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm.

Insgesamt haben von 123 angeschriebenen Spitälern und Kliniken 80 Vertretende von Notfallstationen an der Befragung teilgenommen (der Fragebogen zur Online-Befragung befindet sich im Anhang A 9).<sup>44</sup> Davon sind knapp 75 Prozent aus der Deutschschweiz, ungefähr 20 Prozent aus der französischsprachigen und 4 Prozent aus der italienischsprachigen Schweiz. Die relativ hohe Rücklaufquote zeigt das hohe Interesse am Thema.

### **2.6.1 Identifikation von Patienten/-innen nach einem Suizidversuch**

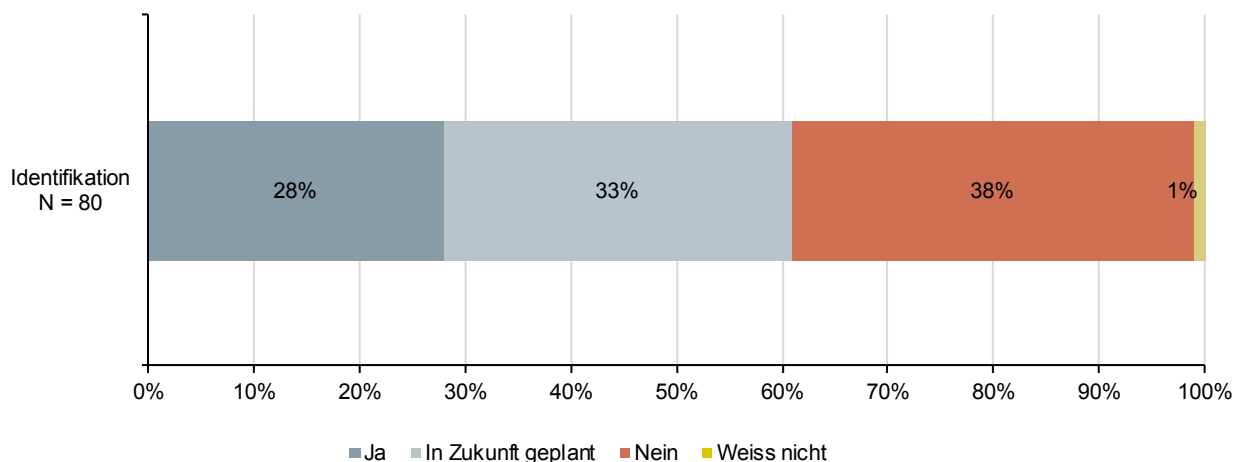
Wie in Darstellung D 2.5 ersichtlich, hat knapp ein Drittel aller Vertretenden von Notfallstationen angegeben, dass Patienten/-innen systematisch anhand schriftlicher Grundlagen nach Suizidversuchen identifiziert werden. In einem offenen Feld hatten die Vertretenden die Möglichkeit, die Antwort zu ergänzen. Zehn Vertretende von Notfallstationen gaben an, dass die Identifikation durch die Anamnese, die individuelle Befragung oder die klinische Beurteilung respektive dem vorliegenden Verletzungsmuster erfolgt. Bei diesen Antworten ist unklar, ob sich die Identifikation auf eine schriftliche Grundlage stützt.

Von den Notfallstationen ohne systematische Erfassung von Suizidversuchen gibt knapp die Hälfte an, dass sie eine solche Erfassung in den nächsten fünf Jahren plant. Dies zeigt ein grosses Interesse am Thema der Suizidversuche. Vier Vertretende von Notfallstationen spezifizierten ihre Antwort: Sie werden für die Identifikation von Suizidversuchen eine Richtlinie oder einen standardisierten Prozess entwerfen (n = 3) oder aber die Nurses' Global Assessment of Suicide Risk Skala (NGASR) einführen (n = 1). Auch haben zwei Personen ihre Antworten dahingehend spezifiziert, dass sie sich eine einheitliche Identifikation von Suizidversuchen in den Schweizer Notfallstationen wünschten. 38 Prozent der Notfallstationen planen gemäss Angaben auch in Zukunft keine systematische Identifikation von Suizidversuchen. Gründe dafür sind beispielsweise, dass bislang nur wenige Patienten/-innen nach Suizidversuchen ihre Notfallstation aufsuchen oder dass die Abläufe, die Anamnese oder die persönliche Erfahrung eine genügende Grundlage für die Identifikation von Personen mit Suizidversuchen seien.

---

<sup>44</sup> Basierend auf Datenbankauszügen aller Spitäler und Kliniken der Schweiz wurden im Oktober 2019 alle Direktoren/-innen von Spitälern und Kliniken mit mindestens einer 24/7-Notfallstation durch das BAG angeschrieben mit der Bitte, an der kurzen Online-Umfrage von Interface teilzunehmen.

**D 2.5: Identifikation von Suizidversuchen in Notaufnahmen anhand einer schriftlichen Grundlage**

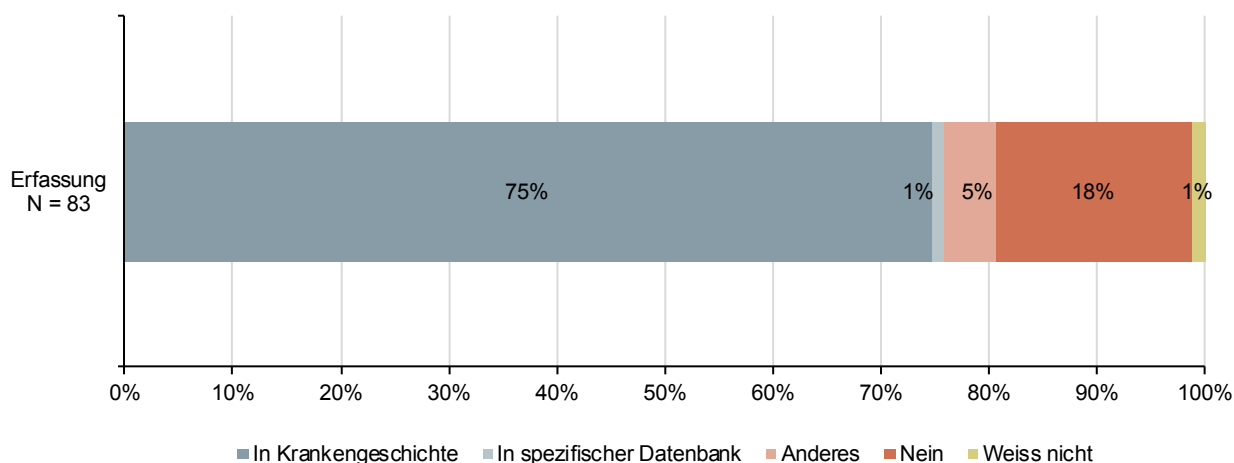


Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Online-Befragung bei den Notfallstationen der Schweizer Spitäler und Kliniken.  
 Legende: Gestellte Frage in der Befragung: «Erfolgt die Identifikation von Suizidversuchen in Ihrer Notaufnahme anhand einer Checkliste, einer Richtlinie, eines Konzepts oder anderer schriftlicher Grundlagen?» Sofern die Antwort mit «Nein» beantwortet wurde, folgte: «Planen Sie, in den nächsten fünf Jahren eine Checkliste, eine Richtlinie, ein Konzept oder andere schriftliche Grundlagen für die Identifikation von Suizidversuchen in Ihrer Notaufnahme einzuführen?»

**2.6.2 Erfassung von Patienten/-innen nach einem Suizidversuch**

Insgesamt gaben drei Viertel der Antwortenden an, die identifizierten Suizidversuche in der einen oder anderen Art zu dokumentieren. Die Dokumentation erfolgt mehrheitlich über die Erfassung in der Krankengeschichte. 18 Prozent gaben an, die Suizidversuche nicht zu dokumentieren. Diese Anteile unterscheiden sich nur geringfügig über die Sprachregionen hinweg. Andererseits scheinen Universitätsspitäler tendenziell häufiger Suizidversuche zu dokumentieren (85%) als Regionalkrankenhäuser der Grundversorgung (79%).

**D 2.6: Systematische Dokumentation von identifizierten Suizidversuchen**



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Online-Befragung bei den Notfallstationen der Schweizer Spitäler und Kliniken.  
 Legende: Gestellte Frage in der Befragung: «Werden Suizidversuche in der Notaufnahme in irgendeiner Form systematisch erfasst?» Mehrfachantworten sind möglich.

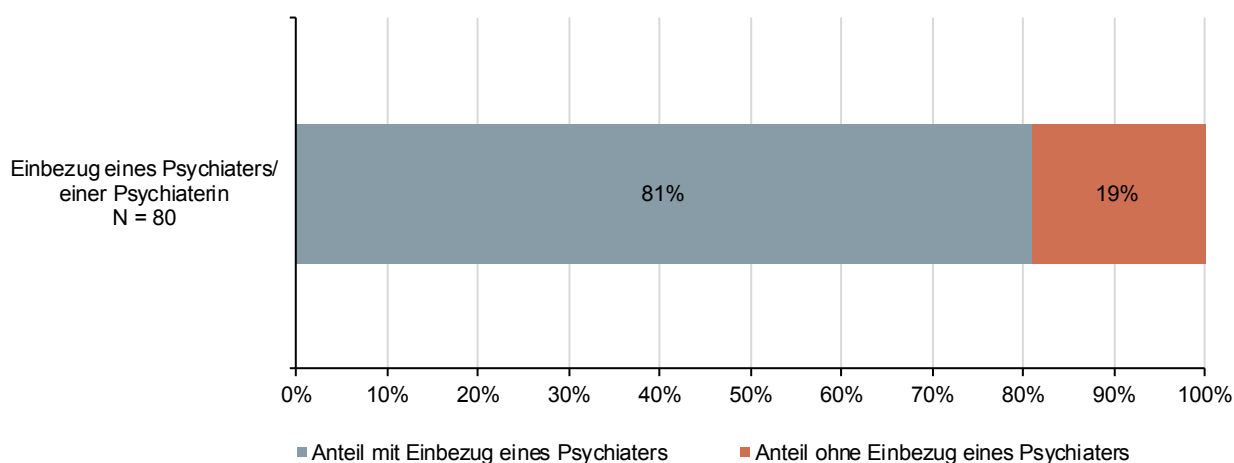


Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass momentan eine Minderheit von Notfallstationen systematisch und basierend auf schriftlichen Grundlagen Suizidversuche identifiziert. Das Interesse an einer systematischen Identifikation der Fälle scheint bei den Vertretenden von Notfallstationen vorhanden zu sein. Dies zeigt sich darin, dass ein Drittel aller Antwortenden plant, in den nächsten fünf Jahren eine systematische Identifikation einzuführen.

### 2.6.3 Betreuung von Patienten/-innen nach Suizidversuchen

Für die Betreuung von Patienten/-innen nach einem Suizidversuch gaben über alle Spitäler und Kliniken hinweg 81 Prozent der Antwortenden an, dass ein/-e Psychiater/-in (z.B. Konsiliar- oder Liaisondienst) beigezogen wird (siehe Darstellung D 2.7).<sup>45</sup> In den Universitätsspitalern liegt der Anteil bei 89 Prozent, bei Krankenhäusern der Grundversorgung bei 81 Prozent und bei Spezialkliniken bei 38 Prozent.

D 2.7: Anteil von identifizierten Suizidversuchen, bei dem ein Psychiater/eine Psychiaterin einbezogen wird



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Online-Befragung bei den Notfallstationen der Schweizer Spitäler und Kliniken.  
 Legende: Gestellte Frage in der Befragung: «Von allen erkannten Suizidversuchen, wie hoch schätzen Sie den Anteil, bei dem in Ihrem Krankenhaus ein Psychiater/eine Psychiaterin (bspw. Konsiliar- oder Liaisondienst) beigezogen wird?»

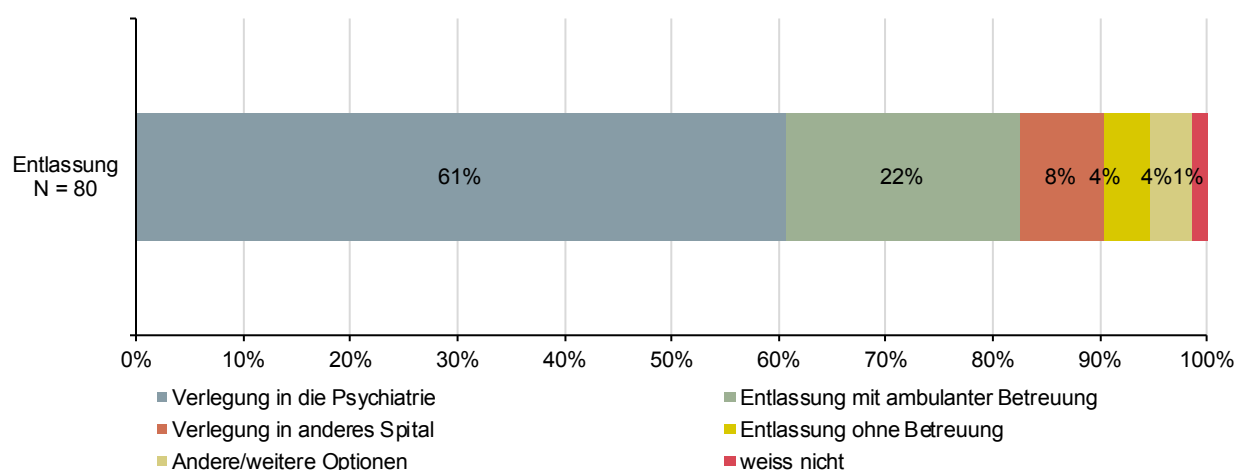
<sup>45</sup> Da alle Spitäler und Kliniken, unabhängig von ihrer Grösse, gleich gewichtet sind, kann nicht abgeleitet werden, dass bei 81 Prozent aller Patienten/-innen ein Psychiater/eine Psychiaterin beigezogen wird. Es ist aber möglich, dass es sich bei den 81 Prozent um eine untere Schranke handelt, da die grösseren Krankenhäuser (Universitätsspitäler) tendenziell bei einem grösseren Anteil der identifizierten Suizidversuche einen Psychiater/eine Psychiaterin beiziehen.



### 2.6.4 Entlassung von Patienten/-innen nach Suizidversuchen

Über alle Notfallstationen hinweg gaben die Antwortenden an, dass es bei 61 Prozent der Suizidversuche eine Verlegung in eine Psychiatrie gäbe und bei 22 Prozent eine Verlegung in eine ambulante Betreuung. Bei Antwortenden von Universitätsspitälern liegt die Überweisungsrate in eine Psychiatrie bei ungefähr 50 Prozent und jene in die ambulante Betreuung bei 38 Prozent. Bei Antwortenden von Notfallstationen eines Krankenhauses der Grundversorgung liegt die Überweisungsrate in eine Psychiatrie bei rund 66 Prozent und jene in eine ambulante Betreuung bei knapp 20 Prozent.<sup>46</sup>

D 2.8: Versorgung von den Patienten/-innen nach der Entlassung aus der Notfallstation



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Online-Befragung bei den Notfallstationen der Schweizer Spitäler und Kliniken.  
 Legende: Gestellte Frage in der Befragung: «Welche der folgenden Optionen kommen beim Austritt der Personen mit erkanntem Suizidversuch zu tragen? Bitte teilen Sie 100 Prozent gemäss Ihrer Einschätzung auf die verschiedenen Optionen auf».

### 2.7 Weitere Daten zu Suiziden und Suizidversuchen

In den Interviews wurden weitere Datenquellen zu Suiziden und Suizidversuchen angesprochen. Diese Aufzählung erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit der verfügbaren Daten.<sup>47</sup>

#### I Interne Dokumente von Spitälern und Kliniken

H+ Die Spitäler der Schweiz entwickelt derzeit ein interprofessionelles Review-Verfahren für den Fachbereich Psychiatrie. Im Rahmen des Projektes werden Indikatoren aus spitalinternen Routinedaten analysiert. Suizide und Suizidversuche sind einerseits für die Auswahl der Fälle für das Review, andererseits auch für deren Analyse und Besprechung innerhalb des Verfahrens von Interesse. Ein analoges Verfahren existiert bereits in der Akutsomatik. Im Rahmen eines (Peer-)Reviews werden mehrere Fälle durch ein internes Team und externe Reviewende analysiert und diskutiert. Das Verfah-

<sup>46</sup> Da davon ausgegangen werden kann, dass in Universitätsspitäler absolut mehr Patienten/-innen nach einem Suizidversuch eingeliefert werden als in einem Krankenhaus der Grundversorgung, wäre es eine Fehlinterpretation zu sagen, dass 60 Prozent aller Patienten/-innen nach einem Suizidversuch in eine Psychiatrie überwiesen würden.

<sup>47</sup> Eine Liste von potenziell interessanten Datenquellen findet sich in auf Seite 33 des Berichts Suizidprävention in der Schweiz, Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan des BAG, der GDK und der Gesundheitsförderung Schweiz.

ren erlaubt die Ableitung von Optimierungspotenzial und Zielformulierungen zu Handen der besuchten Kliniken.

#### I Schienensuizide

Eine insbesondere bei den Jugendlichen verbreitete Suizidmethode in der Schweiz ist der Schienensuizid. Jährlich kommt es auf dem Schienennetz der SBB zu durchschnittlich 115 Suiziden. Neben Daten zu Suiziden hat die SBB zusätzlich Informationen zu Suizidversuchen: Pro Jahr sind dies durchschnittlich 72.<sup>48</sup> Die in den Statistiken der SBB verfügbaren Informationen fliessen ebenfalls in andere öffentlichen Statistiken ein (dies sind insb. die Todesursachenstatistik und der jährlich erscheinende Bericht über die Sicherheit im öffentlichen Verkehr des Bundesamts für Verkehr).

#### I Statistik des Freiheitsentzugs

Diese nationale Erhebung gibt Auskunft über die Insassenbestände nach Inhaftierungsart der Justizvollzugseinrichtungen. Weiter umfasst die Statistik Variablen zu Todesfällen und Suiziden (seit 2003). Im Jahr 2018 starben während eines Freiheitsentzugs insgesamt 12 Personen. Davon waren sechs Suizide.<sup>49</sup> Suizide im Freiheitsentzug sind als Setting wichtig, da der Staat bei Insassen in besonderem Masse und direkt für die Gesundheit der Insassen verantwortlich ist. Diese Fälle sind Teil der TUS, allerdings ohne weitere Informationen zum Ort des Suizides.

#### I Schweizerische Gesundheitsbefragung

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) wird seit 1992 alle fünf Jahre durchgeführt. Sie befragt die ständige Wohnbevölkerung ab 15 Jahren, die in Privathaushalten lebt. Seit 2012 schliesst die SGB eine Frage zu Suizidgedanken und seit 2017 Fragen zu Suizidversuchen ein.<sup>50</sup> Eine Übersichtstabelle zu den eingeschlossenen Fragen befindet sich im Anhang A 10. Neben den Informationen zu Suiziden beinhaltet die SGB ausführliche Daten zum Gesundheitszustand und dem Gesundheitsverhalten der Bevölkerung.<sup>51</sup>

#### I Tox Info Suisse

Seit mehr als 50 Jahren ist Tox Info Suisse die offizielle Informationsstelle für und bei Vergiftungen. Tox Info Suisse betreibt seit langer Zeit eine umfassende Datenbank zu Vergiftungen. Im Jahr 2019 führten sie rund 39'000 Beratungen durch, die zu einer grossen Mehrheit nach der Exposition mit einem Gift stattfanden.<sup>52</sup> Im Jahr 2018 erfolgten rund 3'000 Beratungen nach einer Vergiftung mit suizidaler Absicht.<sup>53</sup>

<sup>48</sup> SBB (2018): Schienensuizide auf dem Netz der SBB. Dossier zu Präventionsmassnahmen, Handlungsbedarf und Empfehlungen. Bericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit.

<sup>49</sup> Drei in Untersuchungshaft, zwei im Strafvollzug und einer in einer anderen Haftart. Siehe Freiheitsentzug, Todesfälle und Suizide vom Bundesamt für Statistik (Tabellen-Nummer: je-d-19.04.02.81).

<sup>50</sup> Obsan (2019): Suizidgedanken und Suizidversuche in der Schweizer Bevölkerung. <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/suizidgedanken-und-suizidversuche-der-schweizer-bevoelkerung>, Zugriff am 24.02.2020.

<sup>51</sup> Siehe: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/sqb.html>, Zugriff am 20.01.2020.

<sup>52</sup> Siehe: <https://www.toxinfo.ch/302>, Zugriff am 24.02.2020.

<sup>53</sup> Tox Info Suisse (2019): Jahresbericht 2018. [https://www.toxinfo.ch/customer/files/743/Tox\\_JB-2018\\_DE\\_Website.pdf](https://www.toxinfo.ch/customer/files/743/Tox_JB-2018_DE_Website.pdf), Zugriff am 24.02.2020.

### 3. Fazit

Im Rahmen dieser Studie wurde der Ist-Zustand hinsichtlich verfügbarer Routinedaten zu Suiziden und Suizidversuchen in der Schweiz beschrieben, Optimierungspotenzial identifiziert und Empfehlungen abgeleitet. Der Fokus lag auf der Todesursachenstatistik und der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser. Es wurden Dokumente analysiert und leitfadenzentrierte Interviews geführt. Zusätzlich wurde eine Kurzbefragung bei Notfallstationen von akutsomatischen Spitälern und Kliniken durchgeführt, um die Datenlage zu Suizidversuchen besser einschätzen zu können.

Die Analysen haben ergeben, dass aus Perspektive der Suizidprävention und Forschung die TUS sowie die MSK grosses Verbesserungspotenzial aufweisen.

#### I Empfehlungen Suizide

In der TUS fehlen erstens Hintergrundinformationen zu Personen, die sich suizidiert haben, und die für die Suizidprävention wichtig sind (z.B. zum Krankheitsverlauf oder zum exakten Todesort). Zweitens scheint die Erfassung von Begleiterkrankungen von Personen, die sich suizidert haben, lückenhaft. Weiter sind die Daten der TUS nur mit einer relativ langen Zeitverzögerung verfügbar. Für die Suizidprävention ist die TUS deshalb oftmals nicht ausreichend. Dies widerspiegelt sich auch darin, dass die kantonalen Fallbeispiele für die Suizidprävention nicht die Daten der TUS verwenden, sondern eigene Daten aus den Akten der Staatsanwaltschaft erheben.

Im Hinblick auf Routinedaten zu Suiziden lassen sich folgende Empfehlungen ableiten:

- *Empfehlung 1 – Das Erfassen der existierenden Erhebungen optimieren:* Um Informationen zu Begleiterkrankungen in der TUS sowie in den Akten der Staatsanwaltschaft zu verbessern, sind entsprechende Informationen/Schulungen für todesfeststellende Ärztinnen und Ärzte bezüglich Ausfüllen des Todesursachenformulars zu prüfen. Informationen/Schulungen könnten durch das Bundesamt für Statistik (BFS) abgegeben oder durchgeführt werden. Auch eine Zusammenarbeit zwischen dem BFS und den Kantonen im Rahmen der Ausbildung von Amtsärzten/-innen ist zu prüfen. Weiter können Fachartikel, die sich direkt an die Ärzte/-innen wenden (wie bspw. im BAG-Bulletin), sachdienlich sein.
- *Empfehlung 2 – Existierende Datengrundlagen mit zusätzliche Informationen ergänzen:* Es ist zu prüfen, ob existierende Routinedaten um weitere Variablen ergänzt werden können. Bei der TUS wären Zusatzinformationen in Abhängigkeit der Suizidmethode wünschenswert, beispielsweise genauere Angaben zum exakten Ort des Suizids bei Sprungsuiziden, zu den Substanzen bei Vergiftungen oder zur Waffe bei Schusswaffensuiziden. Die Einführung des Austrittsgrunds «Suizid» im minimalen Datensatz der MSK würde zusätzliche Erkenntnisse zum Krankheitsverlauf erlauben (wie dies bei den Zusatzdaten Psychiatrie erhoben wird). Zudem würde die Verknüpfung unterschiedlicher Routinedaten sehr wichtige Informationen liefern: Durch eine Verknüpfung der TUS mit der MSK könnte beispielsweise der Patientenpfad besser nachgezeichnet werden. Die Machbarkeit der Verknüpfung in juristischer und technischer Hinsicht ist abzuklären.
- *Empfehlung 3 – Den Prozess zwischen dem Todesfall bis zur Publikation der Daten beschleunigen:* Zwischen Todesfall und Veröffentlichung der TUS-Daten vergehen aktuell ungefähr zwei Jahre. Aus Perspektive der Forschung und Suizidprävention wäre eine schnellere Verfügbarkeit der Daten wichtig. Insbesondere, weil dies auch

erlauben würde, die Effekte von suizidpräventiven Interventionen zeitnah zu evaluieren.

### I Empfehlungen Suizidversuche

Die Datenlage für die Suizidversuche ist deutlich schlechter. Die MSK beinhaltet die Diagnose der absichtlichen Selbstverletzung, jedoch keine eindeutigen Angaben zu Suizidversuchen. In der MSK werden Suizidversuche demnach nicht systematisch erfasst. Einzelne Projekte, wie das Observatoire Romand des Tentatives de Suicide (ORTS) oder Initiativen in den Spitälern in Bern und Basel zielten darauf ab, Suizidversuche in Notfallstationen von Akutspitälern systematisch anhand eines umfassenden Fragebogens zu erfassen. Weiter hat der Kanton Zug ein Projekt initiiert, das eine möglichst vollständige Erfassung von Suizidversuchen anstrebt. Die Befragung von Vertretenden der Notfallstationen von Spitälern und Kliniken hat zudem gezeigt, dass das Interesse an der Thematik grundsätzlich gross ist. Ein Teil der Notfallstationen erfasst Suizidversuche bereits systematisch.

Im Hinblick auf die Routinedaten zu Suizidversuchen lassen sich folgende Empfehlungen ableiten:

- *Empfehlung 4 – Abgleichen von bereits erfassten Daten:* Es ist zu prüfen, ob die im Rahmen von Projekten erfassten Daten zu Suizidversuchen in Notfallstationen (bspw. ORTS) mit Daten aus der MSK verglichen werden können. Dadurch könnte die Qualität der Daten zu Suizidversuchen in der MSK validiert werden; beispielsweise hinsichtlich Unterschieden zwischen Spitälern mit einer stringenten Identifizierung von Suizidversuchen in Notfallstationen (z.B. solche, die Teil des ORTS sind) und anderen Spitälern.
- *Empfehlung 5 – Ergänzen der existierenden Erhebungen mit zusätzlichen Informationen:* Zu prüfen ist, ob in der MSK auch die äusseren Umstände der Selbstverletzung nach ICD-10-WHO wieder erfasst werden könnten (X60–X84), wie dies bereits vor 2008 der Fall war. Um den Patientenpfad besser nachzeichnen zu können und zusätzliche Informationen zu den Patienten/-innen zu erhalten, wäre zudem eine Verknüpfung der Daten der TUS und der Daten aus der ambulanten Versorgung (bspw. im Rahmen von MAS – Medical Ambulatory Structures) prüfenswert.
- *Empfehlung 6 – Fördern einer einheitlichen Erfassung von Suizidversuchen:* Suizidversuche werden in der Schweiz nur punktuell und uneinheitlich erfasst. Es ist zu prüfen, wie auf eine einheitliche Erfassung und Falldefinition von Suizidversuchen hingearbeitet werden kann (in verschiedenen Datensätzen und verschiedenen Versorgungssettings). Als Startpunkt könnten jene Notfallstationen in Akutspitälern dienen, die in der Online-Befragung im Rahmen dieses Projektes angaben, dass sie Suizidversuche bereits heute anhand von schriftlichen Dokumenten identifizieren sowie jene Kantone, die planen, in den kommenden Jahren ein Monitoring der Suizidversuche zu entwickeln.

### I Allgemeine Empfehlung

Neben den bereits ausgeführten Empfehlungen, die auf die Verbesserung der verfügbaren Datengrundlagen abzielen, sprachen sich Experten/-innen darüber hinaus für die Prüfung der Einführung eines Registers aus, im Sinne eines eigenständigen Datensatzes für Suizide und / oder Suizidversuche. Wichtig erscheint, dass eine Abschätzung der Kosten und des Nutzens eines Registers vorgenommen wird.

Alle Empfehlungen sind von den involvierten Akteuren (Bund, Kantone, Fachgesellschaften, Forschende usw.) gemeinsam weiterzuentwickeln und Umsetzungsschritte zu konkretisieren.

# Anhang

## A 1 Interviewpartner/-innen

<b>DA 1: Interviewpartner/-innen</b>	
<i>Name und Vorname</i>	<i>Institution</i>
Blaser Martina	Prävention und Gesundheitsförderung Kanton Zürich
Burkhalter Jérôme	Staatsanwaltschaft Zürich-Sihl
Castelli-Dransart Angela	Forschungsgruppe Suizidprävention
Eggli Daniel	KAPO Zürich, Präventionsabteilung
Ernst Marina	Amt für Gesundheit Kanton Zug
Friedli Johanna	ANQ
Gross Lucas	Prävention und Gesundheitsförderung Kanton Zürich
Herrmann Eva Maria	Oberstaatsanwaltschaft Kanton Zürich
Hofstetter Angelina	H+ Die Spitäler der Schweiz
Jenewein Josef	Psychiatrie Klinik Zugersee
Junker Christoph	Bundesamt für Statistik (BFS)
Leutenegger Jann	KAPO Zürich, Datenmanagement
Michaud Laurent	Centre hospitalier universitaire vaudois
Müller Andreas	Rettungsdienst Kanton Zug
Praplan Isabelle	H+ Die Spitäler der Schweiz
Reift Nicole	Bundesamt für Statistik (BFS)
Ring Mariann	Clienia Schössli AG, Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Schnyder Alphons	Meta-Cultura
Schwab Patrick	Bundesamt für Statistik (BFS)

## A 2 Formular der Todesbescheinigung

Kanton St.Gallen  
Gesundheitsdepartement



Kantonsarztamt

### Ärztliche Todesbescheinigung

Die unterzeichnete Ärztin / der unterzeichnete Arzt (siehe Anmerkung\*) hat nach persönlich vorgenommener Untersuchung am:  
..... (TT/MM/JJJJ), um ..... Uhr (00:00 - 00:00)  
den Tod der nachstehenden Person festgestellt:

#### 1. Angaben zur Identifikation

- Die verstorbene Person ist der unterzeichneten Ärztin / dem unterzeichneten Arzt oder Anwesenden persönlich bekannt.
- Die Identität ist lediglich angenommen oder unbekannt (→Meldepflicht).

#### Personalien der verstorbenen Person

Name	
Vorname(n)	
Geburtsdatum	Heimatort o. Staatsangehörigkeit
Wohnadresse	
Konfession	Letzter Beruf

#### 2. Angaben zum Todesort und zur Todeszeit

Todesort (genaue Adresse, wo der Tod eingetreten ist)	
Todestag (Datum) (TT/MM/JJJJ)	
Todes-Uhrzeit (00:00 – 00:00)	
Bei unklarer Todeszeit (siehe Anmerkung**)	

#### 3. Angaben zu ärztlichen Leichenschau, Todesart und Meldepflicht (siehe Anmerkung\*\*\*)

<input type="checkbox"/> nicht-natürlicher Tod (Unfall, Tötungsdelikt, Suizid, Behandlungsfehler, inkl. Spätfolgen davon) <input type="checkbox"/> unklarer Tod (plötzlich und unerwarteter Tod, nicht-natürlicher Tod nicht ausgeschlossen) <input type="checkbox"/> Meldung an Polizei ..... oder Staatsanwaltschaft ..... ist erfolgt.	ODER	Nach durchgeführter ärztlicher Leichenschau bestätigt die/der unterzeichnete Ärztin/Arzt den natürlichen Tod der vorgenannten Person. <input type="checkbox"/> natürlicher Tod
--	------	---


Der leichenschauende Arzt hat die Untersuchung des Verstorbenen **persönlich** durchzuführen, was er mit seiner Unterschrift auf dem Totenschein bestätigt.  
Voraussetzung für die sorgfältige Durchführung einer Leichenschau ist das komplette **Entkleiden** des Leichnams. Ziel ist es, mögliche Hinweise auf eine Selbst- oder Fremdeinwirkung (Verletzungen, Fremdkörper, verdächtige Spuren, etc.) zu erheben.

Ort und Datum: ..... Die Ärztin / Der Arzt (Name/Adresse): .....  
(Stempel und Unterschrift)

#### Anmerkungen

* Ausständergründe gelten gemäss Art. 89 Abs. 3 der Zivilstandverordnung (ZStV).
** Falls Todestag bekannt, jedoch nicht exakter Zeitpunkt: am (Datum): .....(TT/MM/JJJJ) zwischen ..... und ..... Uhr (00:00 – 00:00) <b>Falls Todestag auf max. 4 Tage eingrenzbar ist:</b> Zwischen (Datum): .....(TT/MM/JJJJ) und (Datum): .....(TT/MM/JJJJ) <b>Falls Todestag nicht bekannt:</b> Auffindung am (Datum): .....(TT/MM/JJJJ) um ..... Uhr (00:00 – 00:00) Die gesetzliche Frist für die Bestattung von 120 Stunden darf ausnahmsweise um längstens 48 Stunden erstreckt werden, wenn der Leichnam in einer Leichenhalle oder in einem anderen hierzu besonders eingerichteten Raum aufgebahrt wird und die <b>Ärztin / der Arzt, welche / welcher die Leichenschau vornahm, keine Einwendungen aus Gründen der öffentlichen Gesundheit erhebt.</b>
*** Die Meldepflicht für aussergewöhnliche Todesfälle ist in den kantonalen Gesundheitsgesetzen geregelt. Nach Gesetz müssen aussergewöhnliche, d.h. nicht eindeutig und ausschliesslich natürliche Todesfälle, unverzüglich den zuständigen Behörden (Polizei oder Staatsanwaltschaft) gemeldet werden.

### A 3 Formular zur Todesursache



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Bundesamt für Statistik BFS  
Abteilung Gesundheit und Soziales

+

Todesbescheinigung

+

Institution	
Arzt / Ärztin	
Adresse	
PLZ / Ort	

Todesfall

Infostar-Geschäftsnummer	
Geschlecht	
Geburtsdatum	
Todesdatum und -zeit	

Durch das BFS auszufüllen:

---

**Ärztliche Bescheinigung der Todesursache**

**Ia** Grundkrankheit, Grundursache (Bei externen Ursachen bitte Vorgang und Mittel angeben) \_\_\_\_\_

**Ib** Folgekrankheit, unmittelbare Ursache des Todesfalles \_\_\_\_\_

**II** Begleitkrankheiten \_\_\_\_\_

**III** Bei Tod durch Unfall, Datum des Unfalls (t.mm.jjjj)

Ja    Nein

**IV** Wurde eine Autopsie durchgeführt? (Zutreffendes ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Wenn ja:      Wurden die Todesursachen durch die Autopsie bestätigt?

                  Ist das Resultat der Autopsie noch ausstehend?

++

Name, Adresse (Stempel)

Unterschrift

## A 4 Todesursachenstatistik

### DA 2: ICD-10-WHO

Code	Beschreibung
X60	Vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber nichtopioidhaltige(n) Analgetika, Antipyretika und Antirheumatika Inkl.: Nichtsteroidale Antiphlogistika [NSAID], Pyrazolon-Derivate, Salizylate, 4-Aminophenol-Derivate
X61	Vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber Antiepileptika, Hypnotika, Antiparkinsonmittel(n) und psychotrope(n) Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert Inkl.: Antidepressiva, Barbiturate, Hydantoin-Derivate, Iminostilbene, Methaqualonverbindungen, Neuroleptika, Psychostimulanzien, Succinimide und Oxazolidine, Tranquilizer
X62	Vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber Betäubungsmittel(n) und Psychodysleptika [Halluzinogene(n)], anderenorts nicht klassifiziert Inkl.: Cannabis (-Derivate), Heroin [Diazetylmorphin], Kodein, Kokain, Lysergid [LSD], Meskalin, Methadon, Morphin [Morphium], Opium (-Alkaloide)
X63	Vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber sonstige(n) Arzneimittel(n) mit Wirkung auf das autonome Nervensystem Inkl.: Parasympatholytika [Anticholinergika und Antimuskarinika] und Spasmolytika, Parasympathomimetika [Cholinergika], Sympatholytika [Antiadrenergika], Sympathomimetika [Adrenergika]
X64	Vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber sonstige(n) und nicht näher bezeichnete(n) Arzneimittel(n), Drogen und biologisch aktive(n) Substanzen Inkl.: Anästhetika (Allgemein-) (Lokal-), Arzneimittel: für das Herz-Kreislaufsystem, Arzneimittel für den Magen-Darmtrakt, Arzneimittel für den Wasserhaushalt, Arzneimittel für den Mineral- und Harnsäurestoffwechsel, Impfstoffe, Hormone und synthetische Ersatzstoffe, Primär auf die glatte Muskulatur, die Skelettmuskulatur und das Atmungssystem wirkende Mittel, Systemisch wirkende Antibiotika und andere Antiinfektiva, Systemisch wirkende Mittel und auf das Blut wirkende Mittel, Therapeutische Gase, Zubereitungen zur topischen Anwendung
X65	Vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber Alkohol Inkl.: Alkohol: Äthyl- [Äthanol], Butyl- [1-Butanol], Isopropyl- [2-Propanol], Methyl- [Methanol], Propyl- [1-Propanol] o.n.A; Fuselöl
X66	Vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber organische(n) Lösungsmittel(n) oder halogenierte(n) Kohlenwasserstoffe(n) und deren Dämpfe(n) Inkl.: Benzol und dessen Homologe, Erdöl (-Derivate), Fluorkohlenwasserstoffe [FCKW], Tetrachlorkohlenstoff [Tetrachlormethan]
X67	Vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber sonstige(n) Gase(n) und Dämpfe(n) Inkl.: Helium (nichtmedizinisch), anderenorts nicht klassifiziert, Kohlenmonoxid, Motor- (Fahrzeug-) Abgas, Schwefeldioxid, Stickstoffoxide, Technisches Gas, Tränengas Exkl.: Metallrauch und -dämpfe (X69)
X68	Vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber Schädlingsbekämpfungsmittel(n) [Pestizide(n)] Inkl.: Ausräucherungsmittel, Fungizide, Herbizide, Holzschutzmittel, Insektizide, Rodentizide Exkl.: Pflanzennährstoffe und Düngemittel (X69)
X69	Vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber sonstige(n) oder nicht näher bezeichnete(n) Chemikalien und schädliche(n) Substanzen Inkl.: Aromatische Ätzigifte, Säuren und Ätzalkalien, Farben und Farbstoffe, Giftige Nahrungsmittel und giftige Pflanzen, Leime und Klebstoffe, Metalle, einschließlich deren Rauch und Dämpfe, Pflanzennährstoffe und Düngemittel, Seifen und Detergenzien



<i>Code</i>	<i>Beschreibung</i>
X70	Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Erhängen, Strangulierung oder Ersticken
X71	Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Ertrinken und Untergehen
X72	Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Handfeuerwaffe
X73	Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Gewehr, Schrotflinte oder schwerere Feuerwaffe [Schusswaffe]
X74	Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch sonstige oder nicht näher bezeichnete Feuerwaffe [Schusswaffe]
X75	Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Explosivstoffe
X76	Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Rauch, Feuer und Flammen
X77	Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Wasserdampf, heiße Dämpfe oder heiße Gegenstände
X78	Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch scharfen Gegenstand
X79	Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch stumpfen Gegenstand
X80	Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Sturz in die Tiefe Inkl.: Vorsätzlicher Sturz von einer Ebene auf eine andere
X81	Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Sichwerfen oder Sichlegen vor ein sich bewegendes Objekt
X82	Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch absichtlich verursachten Kraftfahrzeugunfall Inkl.: Vorsätzlicher Zusammenstoß mit: Eisenbahnzug, Kraftfahrzeug, Straßenbahn, Tram Exkl.: Vorsätzlicher Luftfahrzeugunfall (X83)
X83	Vorsätzliche Selbstbeschädigung auf sonstige näher bezeichnete Art und Weise Inkl.: Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch: ätzende Substanzen, ausgenommen Vergiftung, elektrischen Strom, Luftfahrzeugunfall
X84	Vorsätzliche Selbstbeschädigung auf nicht näher bezeichnete Art und Weise

**A 5 Medizinische Statistik der Krankenhäuser**

**DA 3: ICD-10-GM**

<i>Code</i>	<i>Beschreibung</i>
X84.9!	Absichtliche Selbstbeschädigung Inkl.: Absichtlich selbstzugefügte Vergiftung oder Verletzung Selbsttötung (Versuch)
Z91.8	Sonstige näher bezeichnete Risikofaktoren in der Eigenanamnese, anderenorts nicht klassifiziert Inkl.: Mangelhafte persönliche Hygiene; Missbrauch o.n.A.; Misshandlung o.n.A.; Parasuizid; Psychisches Trauma Selbstbeschädigung und andere Körperverletzung; Selbstvergiftung; Ungesunder Schlaf-Wach-Rhythmus; Versuchte Selbsttötung Exkl. Schlafstörung
Zusatzdaten Psychiatrie 3.5.V01	Entscheid für Austritt (Psychiatrie)  51 = Patient hat sich suizidiert

**DA 4: HoNOS/HoNOSCA**

<i>Code</i>	<i>Beschreibung</i>
94.A1.2 HoNOS	Die Fremdbeurteilung mit dem HoNOS misst verschiedene Problembereiche mit Bezug auf die letzten 7 Tage
Item 2	<p>Absichtliche Selbstverletzung Hier werden die Suizidalität und die absichtlich herbeigeführten Selbstverletzungen ohne Suizidabsicht abgebildet. Versehentliche Selbstverletzungen (z. B. aufgrund von Demenz oder schwerer Lernbehinderung) werden nicht mit einbezogen; das kognitive Problem, das eventuell zu einem Sturz geführt hat, wird im Item 4 und die Verletzung selbst im Item 5 eingeschätzt. Verletzungen als direkte Folge von Drogen- / Alkoholkonsum werden nicht mit einbezogen. (Das Ausmaß des Drogen- / Alkoholkonsums wird im Item 3 eingeschätzt; mögliche körperliche Folgen des Drogen- / Alkoholkonsums wie z.B. Leberzirrhose oder Verletzungen, die durch Trunkenheit am Steuer verursacht werden, werden im Item 5 eingeschätzt).</p> <p>Antwortkategorien 0 = Kein Problem dieser Art während des Bewertungszeitraums. 1 = Flüchtige Gedanken, alles zu beenden, jedoch geringes Risiko während des Bewertungszeitraums; keine Selbstverletzung. 2 = Mässiges Risiko während des Bewertungszeitraums; schließt ungefährliche Selbstverletzung (z. B. Kratzen der Handgelenke) ein. 3 = Mittleres bis schweres Risiko der absichtlichen Selbstverletzung während des Bewertungszeitraums; schließt vorbereitende Handlungen (z. B. das Sammeln von Tabletten) ein. 4 = Schwerer Suizidversuch und/oder schwere absichtliche Selbstverletzung während des Bewertungszeitraums.</p>

<i>Code</i>	<i>Beschreibung</i>
94.A2.3 HoNOSCA Item 3	<p>Absichtliche Selbstverletzung (für Kinder und Jugendliche)</p> <p>Selbstverletzung (sich selbst schlagen und schneiden, Suizidversuche, Überdosis, (sich) Hängen, Ertrinken, etc.</p> <p>Antwortkategorien</p> <p>0 = Kein Problem dieser Art während des Bewertungszeitraums</p> <p>1 = Gelegentliche Gedanken an den Tod oder an selbstverletzendes Verhalten, ohne dass diese zu einer Verletzung führen. Keine Selbstverletzung und keine suizidalen Gedanken</p> <p>2 = Ungefährliche Selbstverletzung, wie Kratzen der Handgelenke, ob mit suizidalen Gedanken gekoppelt oder nicht</p> <p>3 = Mittelschwerer Vorsatz zum Suizidversuch (einschliesslich vorbereitende Handlungen wie z.B. dem Sammeln von Tabletten) oder eher schwere ungefährliche Selbstverletzung (z.B. geringe Überdosis)</p> <p>4 = Schwerer Suizidversuch (z.B. erhebliche Überdosis) oder schwere absichtliche Selbstverletzung</p>

### **A 6 Selbstbeurteilung der Symptombelastung**

**DA 5: BSCL**

<i>Code</i>	<i>Beschreibung</i>
Brief Symptom Checklist	<p>Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage einzeln sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, und zwar während der vergangenen sieben Tage bis heute (bzw. seit dem letzten Ausfüllen, falls vor weniger als sieben Tagen). Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort «den besten Eindruck» machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage ein Kreuz bei der für Sie am besten zutreffenden Antwort.</p> <p>Antwortkategorien:</p> <p>0 = überhaupt nicht</p> <p>1 = ein wenig</p> <p>2 = ziemlich</p> <p>3 = stark</p> <p>4 = sehr stark</p>
Item 9	Gedanken, sich das Leben zu nehmen
Item 35	Dem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft
Item 39	Gedanken an den Tod und ans Sterben

---

**DA 6: HoNOSCA-SR**

---

<i>Code</i>	<i>Beschreibung</i>
	<p>Im Folgenden geht es darum, wie gut du in der letzten Zeit insgesamt zurechtgekommen bist bzw. welche Schwierigkeiten du im Alltag hattest. Du kannst angeben, dass du in einem Bereich überhaupt keine, leichte, teils/teils, mäßige oder starke Probleme hattest. Wähle bei jeder Frage bitte die Antwortmöglichkeit, die für die letzten 7 Tage vor stationärer Aufnahme am besten zu dir passt.</p> <p>Antwortkategorien: 0 = überhaupt nicht 1 = leicht 2 = teils/teils 3 = mässig 4 = stark</p>
Item 2	Hast du etwas getan, um Dich selbst absichtlich zu verletzen oder zu schädigen?

---

**I N T E R F A C E**

**A 7 Erhebungsbogen Suizidprävention Zürich**

**DA 7: Erhebungsbogen Suizide: Suizidprävention Kanton Zürich**

	<i>Variable-Name</i>	<i>Erklärung</i>	<i>Codierung</i>	<i>Antwort</i>
1.	Erfassungsdatum	Wann wurde diese Datenzeile erfasst?	TTMMJJ	
2.	Interne Fallnummer	Fallnummer, welche der Fall in dieser Datenbank trägt.	Fortlaufende Nummerierung	
3.	Erfasser/in	Welcher Codierer hat die Daten erfasst	2 = Lucas Gross 3 = Myriam Ebinger 4 = Martina Blaser	<input type="checkbox"/> Lucas Gross <input type="checkbox"/> Myriam Ebinger <input type="checkbox"/> Martina Blaser
4.	Staatsanwaltschaft	Von welcher Staatsanwaltschaft wurde dieser Fall bearbeitet.	1 = Zürich Limmat 2 = Zürich Sihl 3 = See / Oberland 4 = Limmattal / Albis 5 = Winterthur / Unterland 6 = Staatsanwaltschaft IV 7 = andere	<input type="checkbox"/> Zürich Limmat <input type="checkbox"/> Zürich Sihl <input type="checkbox"/> See / Oberland <input type="checkbox"/> Limmattal / Albis <input type="checkbox"/> Winterthur / Unterland <input type="checkbox"/> Staatsanwaltschaft IV <input type="checkbox"/> andere: _____
5.	Externe Fallnummer	Fallnummer, welche von der erfassenden Instanz diesem Fall gegeben wurde.	<i>Vorliegender Zahlencode</i>	KAPO:  SA:
6.	Vorfallart	Welche Art von Suizid liegt vor? Bei Fall 2 & 3 Bemerkung dazu.	1 = Suizid 2 = Suizid mit vorgäng. Gewaltdelikt 3 = gemeinsamer Suizid	<input type="checkbox"/> Suizid <input type="checkbox"/> Suizid mit vorgängigem Gewaltdelikt <input type="checkbox"/> gemeinsamer Suizid
7.	Bem_Vorfallart	Gibt es eine Bemerkung zur Vorfallart?	<i>Text</i>	
8.	Jahrgang	In welchem Jahr wurde die Person geboren?	JJJJ	
9.	Geschlecht	Welche Geschlechtsidentität lag zum Todeszeitpunkt vor?	1 = weiblich 2 = männlich 3 = andere	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> andere: _____
10.	Bem_Geschlecht	<i>Liegt eine kürzlich Änderung vor? Datum Gab es Probleme mit der Geschlechtsidentität</i>	<i>Text</i>	

## I N T E R F A C E

	<i>Variable-Name</i>	<i>Erklärung</i>	<i>Codierung</i>	<i>Antwort</i>
11.	Wohnort	In welcher Gemeinde war die Person zum Zeitpunkt ihres Todes wohnhaft?	<i>Name / Postleitzahl</i>	
12.	Wohnkanton	In welchem Kanton war die Person zum Zeitpunkt ihres Todes wohnhaft?	1 = ZH 2 = anderer Kanton 3 = Ausland	<input type="checkbox"/> Kanton:  <input type="checkbox"/> Ausland:
13.	Bem_Wohnort/-kanton	Bemerkungen Umzug: Wann fand der letzte Umzug statt? Heimaufenthalt? <i>Schriften / Wochenaufenthalter?</i>	<i>Text</i>	
14.	Nationalität	Welche Nationalitäten besass die Person? <i>(Mehrfachnennungen möglich)</i> *EFTA: Island, Liechtenstein, Norwegen, Schweiz	1 = Schweiz, 2 = EU / EFTA, 3 = Europa Rest, 4 = Nordamerika, 5 = Südamerika, 6 = Afrika, 7 = Asien, 8 = Ozeanien, 9 = mehrere, 10 = unbekannt	<input type="checkbox"/> Schweiz <input type="checkbox"/> EU / EFTA: _____ <input type="checkbox"/> andere: _____ <input type="checkbox"/> mehrere: _____
15.	Aufenthaltsbewilligung	Falls die Person kein Schweizer, welchen Aufenthaltsstatus hatte sie?	1 = Ausweis B , 2 = Ausweis C , 3 = Ausweis Ci , 4 = Ausweis G , 5 = Ausweis L, 6 = Ausweis F , 7 = Ausweis N , 8 = Ausweis S , 9 = Sans-Papiers, 10 = Tourist, 11 = Visa , 12 = andere, 13 = unklar, 14 = unbekannt	<input type="checkbox"/> Ausweis B <input type="checkbox"/> Sans-Papier <input type="checkbox"/> Ausweis C <input type="checkbox"/> Tourist <input type="checkbox"/> Ausweis Ci <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Ausweis G <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> Ausweis L      _____ <input type="checkbox"/> Ausweis F <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> Ausweis N <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> Ausweis S
16.	Datum der Polizei	Datum welches die Polizei festhält.	TTMMJJJJ und HHMM	
17.	Datum des Suizids: Aktueller Vorfall	An welchem Datum fand der aktuelle Suizid(-versuch) statt (Erfassungsrund, aktueller Vorfall)?	TTMMJJJJ und <b>Wochentag</b>	
18.	Zeitfenster des Suizids: Anfang (Aktueller Vorfall)	Zwischen welcher Uhrzeit fand der aktuelle Suizid wahrscheinlich statt?	HHMM	
19.	Zeitfenster des Suizids: Ende (Aktueller Vorfall)	Zwischen welcher Uhrzeit fand der aktuelle Suizid wahrscheinlich statt?	HHMM	
20.	Bem_Datum:	Bemerkungen, z.B.: Hat das Datum eine Bedeutung?	<i>Text</i>	
21.	Suizidort	In welcher Gemeinde fand der Suizid statt? Evtl. genaue Koordinaten	<i>Gemeinde / Postleitzahl</i>	

## I N T E R F A C E

	Variable-Name	Erklärung	Codierung	Antwort
22.	Örtlichkeit	Welche Örtlichkeit wurde vom Suizidenten gewählt?	<i>Text (lieber zu genau als zu wenig detailliert). z.B.: Falls bekannt, hinzufügen, dass die Örtlichkeit der Arbeitsplatz ist. Beispiele: Wohnhaus, Gleisanlage</i>	
23.	Bemerkungen Örtlichkeit	Bemerkungen zur Örtlichkeit	<i>Öffentlichkeit → genauer! Wo? Aussichtsturm → genauer! Welcher? Parkplatz → genauer! Privater/Zuhause? Öffentlicher?</i>	
24.	Suizidmethode	Welche Suizidmethode wurde gewählt? (Mehrfachnennungen möglich)	1 = Erschiessen, 2 = Erhängen, 3 = Ersticken/ Drosseln/Strangulieren, 4 = Ersticken durch Gas, 5 = Ertrinken, 6 = Suizid durch Sprung in die Tiefe, 7 = An- /überfahrenlassen, 8 = Vergiftung 9 = Stromschlag / Elektrizität, 10 = Selbstverletzung schneiden, 11 = Selbstverletzung stechen, 12 = Kombination von Methoden, 13 = Andere, 14 = unklar, 15 = Unbekannt	<input type="checkbox"/> Erschiessen <input type="checkbox"/> Stromschlag / Elektrizität <input type="checkbox"/> Erhängen <input type="checkbox"/> Schneiden <input type="checkbox"/> Ersticken/ Drosseln/Strangulieren <input type="checkbox"/> Stechen <input type="checkbox"/> Ersticken durch Gas <input type="checkbox"/> Kombination von Methoden <input type="checkbox"/> Ertrinken (Badewanne, Gewässer) <input type="checkbox"/> Andere: <input type="checkbox"/> Suizid durch Sprung in die Tiefe                      _____ <input type="checkbox"/> An- /überfahrenlassen <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> Vergiftung <input type="checkbox"/> Unbekannt
25.	Bem_Suizidmethode	Bemerkungen Suizidmethode Primärmethode (wichtig, wenn gleichzeitig mehrere Methoden verwendet wurden)?	<i>Text</i>	
26.	Todesursache	Was hat den tatsächlichen Tod verursacht? Quelle: <b>Legalinspektion</b>	<i>Text</i>	
27.	Tathilfsmittel	Welche Tathilfsmittel wurden für den Suizid verwendet.	<i>Text (lieber zu genau als zu wenig detailliert).</i>	
28.	Bem_Tathilfsmittel	Auffälligkeiten?	<i>Text</i>	

**I N T E R F A C E**

**A 7.1 Zusatz: Bei Vorfall mit Waffe**

29.	Schusswaffe_Herkunft	Falls Waffensuizid: Welche Art von Waffen wurden verwendet?		<input type="checkbox"/> Private Schusswaffe <input type="checkbox"/> Ordonanzwaffe aktiv <input type="checkbox"/> Ordonanzwaffe nicht mehr aktiv <input type="checkbox"/> Ordonanzwaffe unklar <input type="checkbox"/> andere Herkunft: _____ <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> unbekannt
30.	Schusswaffenbesitzer	Wem gehörte die verwendete Schusswaffe?		<input type="checkbox"/> eigene Waffe <input type="checkbox"/> Waffe von anderer Person <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> unbekannt
31.	Bem_Schusswaffe	<b>Waffentyp, Wie viele Waffen besass die Person?</b>	Text	
32.	Sexuelle Orientierung (Vermutlich)	Welche sexuelle Orientierung hatte die Person vermutlich (basierend auf Informationen aus den Akten)	1 = heterosexuell 2 = homosexuell 5 = andere	<input type="checkbox"/> heterosexuell <input type="checkbox"/> homosexuell <input type="checkbox"/> andere: _ <input type="checkbox"/> unbekannt _____
33.	Bem_Sexuelle Orientierung	Was lässt auf die sexuelle Orientierung schliessen?	Text	
34.	Zivilstand	Zivilstand zum Todeszeitpunkt	1 = ledig 2 = verheiratet / eingetr. Partnerschaft 4 = geschieden 5 = verwitwet 6 = unbekannt	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet / eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> unbekannt
35.	Bem_Zivilstand	Bemerkung Zivilstand: <i>Liegt kürzlich Änderung vor? Datum von Lebensereignissen: z.B. Heirat, Scheidung. Im Scheidungsprozess?</i>	Text	
36.	Beziehungsstatus	Lebte die Person zum Zeitpunkt ihres Todes in einer Beziehung?	1 = keine Beziehung 2 = feste Partnerschaft	<input type="checkbox"/> keine Beziehung <input type="checkbox"/> feste Partnerschaft



## I N T E R F A C E

			3 = in Trennung / getrennt 4 = unbekannt	<input type="checkbox"/> in Trennung / getrennt <input type="checkbox"/> unbekannt
37.	Bem_Bezieh.Status	Bemerkungen Beziehung: z.B. besondere Belastungen des Partners (psych. Erkrankungen, Drohungen, Arbeitslosigkeit, etc.)	Text	
38.	Wohnsituation	In welcher Wohnsituation befand sich die Person zum Todeszeitpunkt?	1 = alleine lebend, 2 = mit Partner/in / Familienhaushalt, 4 = WG, 5 = Heim, betreutes Wohnen, 6 = Alters- und Pflegeheim, 8 = obdachlos, 9 = andere, 11 = unbekannt	<input type="checkbox"/> alleine lebend <input type="checkbox"/> mit Partner/in / Familienhaushalt <input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> Heim, betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Alters- und Pflegeheim <input type="checkbox"/> obdachlos <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> unbekannt
39.	Bem_Wohnsituation	Bemerkungen zur Wohnsituation?	Text	
40.	Kinder	Hatte die Person zum Zeitpunkt geborene / ungeborene Kinder?	1 = ja 2 = nein 3 = unklar 4 = unbekannt	<input type="checkbox"/> ja, im selben Haushalt <input type="checkbox"/> ja, nicht zusammenlebend <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
41.	Bem_Kinder	Bemerkungen Kinder: Z.B.: Kinder Erwachsen? Alleinerziehend, besondere Belastungen der Kinder, Stiefkinder.	Text	
42.	Ausbildung_Polizei	Ausbildung / Beruf gemäss den Polizeiangaben.	Text	
43.	Beruf aktuell	Welcher Beruf übte die Person zum Zeitpunkt des Todes aus?	Bezeichnung	
44.	Beschäftigungsstatus	Welchen Beschäftigungsstatus hatte die Person zum Zeitpunkt des Todes? ( <i>Mehrfachnennungen möglich</i> )	1 = selbständig, 2 = angestellt, 3 = in Ausbildung (Lehrling, Schüler, Student, etc.), 4 = arbeitslos, 5 = pensioniert, 6 = IV-Rentenbezüger, 7 = Hausfrau/-mann, 8 = andere, 10 = unbekannt	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> in Ausbildung (Lehrling, Schüler, Student, etc.) <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> pensioniert <input type="checkbox"/> IV-Rentenbezüger <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> unbekannt
45.	Bem_Beschäftigung	Bemerkungen Beschäftigung: <i>Liegt kürzlich Änderung vor? Falls arbeitslos: seit wann? Beschäftigungsgrad? Finanzielle Unterstützung?</i>	Text	

## I N T E R F A C E

46.	Vorgeschichte psychologisch	Psychologische Vorgeschichte: Hatte die Person bereits vor der aktuellen Behandlung bekannte psychische Probleme?	1 = ja 2 = nein 4 = unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
47.	Bem_Vorgeschichte psychologisch	Mehrfachhospitalisierung? Wurde die Person bereits früher behandelt (Datum, Art, Ort).	Text	
48.	Psychische Erkrankung	Liegt eine bekannte psychische Erkrankung kurz vor dem Tod vor? <i>Problem Mehrfachnennungen</i>	1 = ja, mit Diagnose (genannt oder ungenannt), 2 = ja, von Umfeld (inkl. Betr.) vermutet, 3= nein, 5 = unbekannt	<input type="checkbox"/> ja, mit Diagnose (genannt oder ungenannt) <input type="checkbox"/> ja, von Umfeld (inkl. Betroffener) vermutet <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
49.	Art psych. Erkrankung	Wenn ja, welche Krankheit wurde diagnostiziert / wird vermutet? Datum? Zeitspanne? <i>ICD-10-Diagnose, falls möglich, Diagnose gestellt von?</i>	<i>Namen und Detailangaben</i>	
50.	Besuch Psychologe/Psychiater	Fand ein Kontakt zu einem Arzt / Psychologen <b>1 Monat</b> vor dem Suizid statt?	1 = ja, mit dem Hausarzt 2 = ja, mit einem Psychologen/Psychiater 3 = nein 5 = unbekannt	<input type="checkbox"/> ja, mit dem (Haus-)Arzt / Spitalaufenthalt <input type="checkbox"/> ja, mit einem Psycholog/Psychiater <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
51.	Behandlung psychisch	Psychisch: Welchen Behandlungsstatus hatte die Person beim Zeitpunkt ihres Todes?	1 = in Behandlung 2 = aus Behandlung entlassen 3 = keine Behandlung 4 = Behandlung war vorgesehen 6 = unbekannt	<input type="checkbox"/> in Behandlung <input type="checkbox"/> aus Behandlung entlassen <input type="checkbox"/> keine Behandlung <input type="checkbox"/> Behandlung war vorgesehen <input type="checkbox"/> unbekannt
52.	Behandlung psychisch: Organisationsform	Falls Behandlung: Organisationsform	1 = <i>stationär</i> 2 = <i>intermediär</i> 3 = <i>ambulant</i> 5 = <i>unbekannt</i>	<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> intermediär <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> unbekannt
53.	Bem_Organisationsform	Gab es bekannte Sonderregelungen/-genehmigungen? Freigang? Wochenende zuhause?	Text	
54.	Fürsorgerische_Unterbringung	Lag ein FU vor?	1 = ja 2 = nein 4 = unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt

**I N T E R F A C E**

55.	Klinik Aufenthalt	Fand der Suizid während des Aufenthaltes oder nach Entlassung aus einer psychiatrischen Klinik (innerhalb der folgenden 3 Monaten) statt?	1 = Ja, während eines Aufenthaltes 2 = Ja, während erlaubtem Ausgang/Wochenende 3 = Ja, nach Entlassung 4 = Nein 6 = unbekannt	<input type="checkbox"/> Ja, während eines Aufenthaltes <input type="checkbox"/> Ja, während erlaubtem Ausgang/Wochenende <input type="checkbox"/> Ja, nach Entlassung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unbekannt
56.	Name Klinik	Falls stationär: In welcher Klinik / Anstalt / Spital	1 = Sanatorium Kilchberg 2 = Privat Klinik Hohenegg 3 = Clenia Privatklinik Schlössli 4 = Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, 5 = Universitätsspital Zürich 6 = Integrierte Psychiatrie Winterthur 7 = KJPP, 8 = KIZ, 9 = Gerontopsychiatrische Einrichtung: 10 = andere, 12 = unbekannt	<input type="checkbox"/> Sanatorium Kilchberg <input type="checkbox"/> Privat Klinik Hohenegg <input type="checkbox"/> Clenia Privatklinik Schlössli <input type="checkbox"/> Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK) <input type="checkbox"/> Universitätsspital Zürich Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie <input type="checkbox"/> Integrierte Psychiatrie Winterthur (IPW) <input type="checkbox"/> KJPP <input type="checkbox"/> KIZ <input type="checkbox"/> Gerontopsychiatrische Einrichtung: _____ <input type="checkbox"/> andere: _____ <input type="checkbox"/> unbekannt
57.	Medikation psychisch	Gab es eine medikamentöse Behandlung. Bei Abweichungen Bemerkung schreiben	1 = ja 2 = nein 4 = unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
58.	Bem_allgemein_psychisch	Gibt es allgemein wichtige Informationen zum psychologischen Zustand der Person	Text	
59.	Somatische Erkrankung	Liegt eine bekannte somatische Erkrankung vor?	1 = ja, mit Diagnose (genannt oder ungenannt), 2 = ja, von Umfeld (inkl. Betr.) vermutet, 3= nein, 5 = unbekannt	<input type="checkbox"/> ja, mit Diagnose (genannt oder ungenannt) <input type="checkbox"/> ja, von Umfeld (inkl. Betroffener) vermutet <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
60.	Bem_Somatische Erkrankung	Art / Name der Erkrankung. Behandlungsart. Zeitpunkt. Organisationsform.	Text	
61.	Aeusserung Suizidabsichten	Äusserte die Person bereits zuvor Suizidabsichten?	1 = ja 2 = nein 4 = unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
62.	Bem_Aeusserung Suizidabsichten	Wenn ja, was?	Text	
63.	Auffälliges Verhalten	Zeigte die Person in den letzten <b>6 Monaten</b> auffälliges oder verändertes Verhalten?	1 = ja 2 = nein 4 = unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt

**I N T E R F A C E**

64.	Bem_ Auffälliges Verhalten	Wenn ja, welches?	Text	
65.	Suizidversuche	Liegen Informationen zu vorangegangene Suizidversuche vor?	1 = ja, Suizidversuche 2 = nein 4 = unbekannt	<input type="checkbox"/> ja, Suizidversuche <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
66.	Bemerkungen Suizidversuche	Bemerkungen zur <b>Anzahl, Zeitpunkt und Methoden</b> (Methodenveränderungen, Beschaffungswege). Besonders vom letzten SV	Text	
67.	Suizid_Umkreis	Fanden frühere Suizide oder Suizidversuche in der Familie / Bekanntenkreis / Umkreis statt?	1 = Ja 2 = Nein 4 = unbekannt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unbekannt
68.	Bem_Suizid Familie	Falls Ja: <b>Wer?</b> Wann? Wie? War es ein <b>Suizid oder ein Suizidversuch?</b>	Text	
69.	Ankündigung	Wurde der Suizid in den letzten <b>6 Monaten</b> angekündigt?	1 = ja mündlich 2 = ja per Mail, Brief, SMS 3 = ja per soziale Medien 4 = nein, 5 = andere, 7 = unbekannt	<input type="checkbox"/> ja mündlich <input type="checkbox"/> ja per Mail, Brief, SMS <input type="checkbox"/> ja per soziale Medien <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> andere: _____ <input type="checkbox"/> unbekannt
70.	Bem_Ankündigung	Welche Inhalte waren in der Ankündigung enthalten? <i>Motive / Gründe?</i> Zu welchem Zeitpunkt wurde die Ankündigung gemacht?	Text	
71.	Abschiedsbotschaft	Liegt eine Abschiedsbotschaft vor?	1 = ja 2 = nein 4 = unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
72.	Art_A.Botschaft	Falls ja, welche Art? ( <i>Mehrfachnennungen möglich</i> )	1 = Testament, 2 = Abschiedsbrief, 3 = Abschieds-SMS, 4 = Abschied auf Social-Media-Kanal, 5 = Email, 6 = Telefon, 7 = letzte Anweisungen, 8 = andere, 10 = unbekannt	<input type="checkbox"/> Testament <input type="checkbox"/> letzte Anweisungen <input type="checkbox"/> Abschiedsbrief / Notiz <input type="checkbox"/> Abschieds-SMS <input type="checkbox"/> Abschied auf Social-Media-Kanal <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> andere: _____ <input type="checkbox"/> unbekannt
73.	Abschiedsbotschaft Inhalt	Welche Inhalte waren in der Abschiedsbotschaft enthalten?	Text	

**I N T E R F A C E**

<b>74.</b>	Kriseninhalt	Welche Themen waren Teil der Krise? Wie lange waren diese Themen bereits andauernd (Stunden / Tage / Wochen / Monate / Jahre)	1 = Krankheit u. gesund. Aspekte 2 = Zwischenmenschliche Konflikte 3 = Arbeitslosigkeit etc 4 = Verluste etc. 5 = Sinneskrisen u. Bilanz 6 = Altersbedingte Probleme 7 = Andere Kategorie	<input type="checkbox"/> Krankheit u. gesundheitlich Aspekte <input type="checkbox"/> Zwischenmenschliche Konflikte <input type="checkbox"/> Arbeitslosigkeit und wirtschaftliche Probleme <input type="checkbox"/> Verluste u. Vergangenheitsbewältigung <input type="checkbox"/> Sinneskrisen u. Bilanz <input type="checkbox"/> Altersbedingte Probleme <input type="checkbox"/> Andere Kategorie
<b>75.</b>	Bemerkungen Krisensituation	Hauptelement? Wer hat sie geäußert? Bemerkungen zur Krisensituation:	<i>Text</i>	
<b>76.</b>	Bem_Allgemein	Allgemeine Bemerkungen die für den Fall relevant scheinen.	<i>Text</i>	

Quelle: Erhebungsraster des Kantons Zürich

## A 8 Erhebungsraster Observatoire Romand des Tentatives de Suicide

# Observatoire Romand des Tentatives de Suicide

A remplir pour tout·e patient·e adressé·e aux urgences 05/07 pour un geste auto-dommageable / Tranche d'âges : 18-65 ans  
Merci de bien vouloir répondre à chaque question.

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Sexe :  M  F  T- (transgenre ou autre)

IPP : .....

Lausanne, le ...../...../.....

Consultant·e : .....

Copier cette page et marquer les informations à la main

Diagnostic psychiatrique (par ordre d'importance, code CIM-10, ne pas coder les lésions auto-infligées) :

1. ....
2. ....
3. ....

**Self-harm, tentative de suicide (TS) = « toute lésion auto-infligée ou geste auto-dommageable n'ayant pas conduit au décès, sans considération du degré d'intentionnalité suicidaire ».**

**Une tentative de suicide est considérée comme « grave », lorsque (i) les circonstances du passage à l'acte indiquent une intention claire de mourir (ex. précautions prises pour ne pas être sauvé·e ou retrouvé·e, absence de message de détresse avant le passage à l'acte, lieu peu accessible aux secours), que (ii) la méthode utilisée est hautement létale (ex. arme à feu, précipitation, pendaison, etc.) et que (iii) l'atteinte somatique conduit à une prise en charge médicale soutenue (ex. soins intensifs, hospitalisation de plus de 24h). Ces trois conditions doivent être réunies.**

## Nationalité (1 rép.)

- suisse
- portugaise
- française
- italienne
- espagnole
- kosovare
- roumaine
- nigérienne
- algérienne
- marocaine
- tunisienne
- érythréenne
- serbe
- autre (précisez, svp.)

.....

## Commune de résidence

(ou pays si pas en Suisse, en toutes lettres)

.....

## Statut légal (1 rép.)

- nationalité suisse
- légalement de passage en Suisse (tourisme, etc.)
- permis B
- permis C
- permis F
- permis L
- permis N
- permis G
- statut NEM
- clandestin
- mineur non accompagné
- autre
- sans info

## Migration dans les 10 dernières années (1 rép.)

- pas de migration
- migration choisie
- migration forcée
- sans info

## Situation socio-économique (1 rép.)

- non problématique
- problématique
- sans info

**Mode de vie** (1 rép.)

- seul·e
- en couple sans enfant
- parent·s avec enfant·s
- vit chez un/ses parent·s
- colocation / logement d'étudiant·e
- institution (foyer, EMS, etc.)
- prison
- sans domicile fixe
- autre
- sans info

**Etat civil** (1 rép.)

- célibataire
- marié·e / partenariat enregistré
- divorcé·e
- séparé·e
- veuf·ve
- sans info

**Enfants** (1 rép.)

- oui     non     sans info

**Niveau de formation** (plus haut niveau atteint) (1 rép.)

- scolarité obligatoire
- apprentissage
- maturité
- école prof/commerciale/tech.
- université/haute école
- aucune scolarité menée à terme
- en rupture scolaire
- parcours scolaire spécialisé
- autre
- sans info

**Activité professionnelle** (1 rép.)

- en formation
- travaille à temps plein
- travaille à temps partiel
- activité au foyer
- sans emploi ou chômage
- retraité·e ou équivalent
- AI
- autre
- sans information

**Profession** (en toutes lettres) (1 rép.)

.....

**Représentant légal** (1 rép.)

- lui/elle-même
- parents
- curatelle
- autre
- sans info

**Orientation sexuelle** (1 rép.)

- hétérosexuel·le
- homosexuel·le
- bisexuel·le
- incertitude évoquée
- autre
- sans info

**Douleurs physiques** (1 rép.)

- oui     non     sans info

**Maladie physique invalidante** (1 rép.)

- oui (en toutes lettres)

- .....
- non
  - sans info

**Méthode de la TS** (1 rép.)

- intoxication médicamenteuse
- (précisez nom, dosage et nombre de comprimés)**

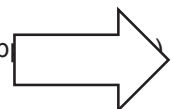
Nom générique	Dosage	Nbr de comprimés

- intoxication par autre substance
- objet tranchant
- arme à feu
- saut dans le vide
- pendaison
- noyade
- impact véhiculaire (train, voiture, etc.)
- méthodes multiples (**indiquez les méthodes**)

- .....
- autre (**précisez, svp.**)
- .....

- sans info

**Date et heure de la TS** (même ap





Date : ...../...../.....

âge en années : .....

Heure (sur 24) : .....h.....

pas de TS antérieure

sans info

**Lieu de la TS** (1 rép.)

- domicile
- établissement scolaire / lieu de travail
- établissement socio-médical / prison
- espace public (rue, etc.)
- lieu isolé (forêt, campagne, etc.)
- autre
- sans info

**Temps écoulé depuis la dernière TS (indiquez l'unité, svp.)** (1 rép.)

.....  jours  semaines  mois  ans

pas de TS antérieure

sans info

**Intention suicidaire** (1 rép.)

(selon les dires du / de la patient-e)

- intention suicidaire claire
- intention suicidaire pas claire
- pas d'intention suicidaire
- sans info

**Intoxication au moment de la TS** (max. 2 rép.)

- non
- alcool
- cannabis
- médicaments non prescrits
- cocaïne et autres stimulants
- opiacés
- autre
- sans info

**Degré de réalisation de la TS** (1 rép.)

- tentative de suicide (accomplissement complet du geste auto-dommageable)
- tentative interrompue (par une personne ou une circonstance extérieure)
- tentative avortée (interrompue par la personne elle-même)
- sans info

**Traces du geste / messages** (max. 2 rép.)

- pas de trace ou de message
- déclaration orale
- lettre
- téléphone
- SMS
- e-mail
- réseaux sociaux
- TS en présence d'autrui
- autre
- sans info

**Tentative de suicide grave** (1 rép.)

(3 conditions cumulatives selon définition au recto)

- oui  non  sans info

**Mode de venue** (1 rép.)

- seul-e de sa propre initiative
- avec des proches sous leur impulsion
- en ambulance appelée par patient-e
- en ambulance appelée par autre
- avec la police appelée par patient-e
- avec la police appelée par autre
- sans info

**Destinataire(s) de la trace ou du message** (max. 2 rép.)

- pas de trace ou de message
- conjoint-e, partenaire
- enfant-s
- parent-s
- ami-e-s, proches, connaissances
- autre
- sans info

**Antécédents de TS** (1 rép.)

- aucun
- un
- deux
- trois
- plus de trois
- sans info

**Âge de la première TS** (1 rép.)

**Evénements récents significatifs**

Dans le domaine scolaire  
(cochez non si la personne n'est pas élève/étudiant-e)

Rupture scolaire (décrochage scolaire) (1 rép.)

oui  non  sans info

Phobie scolaire (1 rép.)

oui  non  sans info

Harcèlement scolaire / bullying (1 rép.)

oui  non  sans info

Dans le domaine professionnel  
(cochez non si la personne n'est jamais/pas encore  
entrée dans le monde du travail)

Rupture professionnelle  
(perte d'emploi, licenciement) (1 rép.)

oui  non  sans info

Souffrance au travail / burn-out (1 rép.)

oui  non  sans info

Mobbing (1 rép.)

oui  non  sans info

Dans le domaine privé

Rupture amoureuse (1 rép.)

oui  non  sans info

Conflit de couple (1 rép.)

oui  non  sans info

Conflit familial / séparation des parents (1 rép.)

oui  non  sans info

Deuil (1 rép.)

oui  non  sans info

Surcharge dans l'occupation principale  
(activité au foyer ou proche aidant) (1 rép.)

oui  non  sans info

Autre(s) événement(s) récent(s) significatif(s) (tous  
domaines confondus, précisez, svp.)

.....

Consommations dans les trois derniers mois

Alcool (1 rép.)

jamais  1-2 fois  tous les mois  toutes les semaines  chaque jour  sans info

Cannabis (1 rép.)

jamais  1-2 fois  tous les mois  toutes les semaines  chaque jour  sans info

Médicaments non prescrits (1 rép.)

jamais  1-2 fois  tous les mois  toutes les semaines  chaque jour  sans info

Cocaïne et autres stimulants (1 rép.)

jamais  1-2 fois  tous les mois  toutes les semaines  chaque jour  sans info

Opiacés (1 rép.)

jamais  1-2 fois  tous les mois  toutes les semaines  chaque jour  sans info

Evénements passés significatifs

Adoption (1 rép.)

oui  non  sans info

Abus sexuel (1 rép.)

oui  non  sans info

Maltraitance physique (1 rép.)

oui  non  sans info

Hétéro-agressivité (bagarres, etc.) (1 rép.)

oui  non  sans info

Suicide d'un proche (famille, amis, etc.) (1 rép.)

oui  non  sans info

Nature du suivi pré TS (1 rép.)

sans

généraliste traitant

réseau ambulatoire psychiatrie publique

soignant psy en pratique privée

autre professionnel de la santé traitant

autre professionnel du social

hospitalisation psychiatrique volontaire

hospitalisation psychiatrique PLAFA

hospitalisation psychiatrique sans précision

hospitalisation non psychiatrique (liaison)

sans info

Nature du suivi post TS (1 rép.)

sans

fugue

généraliste traitant

réseau ambulatoire psychiatrie publique

soignant psy en pratique privée

autre professionnel de la santé traitant

autre professionnel du social

hospitalisation psychiatrique volontaire

hospitalisation psychiatrique PLAFA

hospitalisation psychiatrique sans précision

hospitalisation non psychiatrique (liaison)

sans info

## A 9 Online-Befragung

### Befragung des Bundesamts für Gesundheit zu Suizidversuchen in Notaufnahmen von Akutspitälern

Suizidversuche können unterschiedlich definiert werden. Bei der folgenden Befragung soll unabhängig von der Definition ermittelt werden, ob und wie die Identifikation, Dokumentation und Behandlung von Personen nach Suizidversuchen in Notaufnahmen der Schweiz geschieht.

Die Befragung dient als erste Orientierung. Je nach Ergebnis wird das Thema in einem Folgeprojekt vertieft.

Wenn Sie die Befragung unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt beenden möchten, schliessen Sie einfach den Browser. Beim erneuten Öffnen des Links werden Sie automatisch zur richtigen Stelle in der Befragung geführt. In der Schaltfläche oben rechts können Sie die Sprache auswählen. Für allgemeine Bemerkungen finden Sie am Ende der Befragung ein Kommentarfeld.

Die Daten werden anonym ausgewertet und es werden keine Rückschlüsse auf einzelne Spitäler gezogen.

Bei Fragen zur Befragung steht Ihnen gerne Cornel Kaufmann zur Verfügung (kaufmann@interface-pol.ch).

#### 1. Erfolgt die Identifikation von Suizidversuchen in Ihrer Notaufnahme anhand einer Checkliste, einer Richtlinie, eines Konzepts oder anderer schriftlicher Grundlagen?

Ja, die Identifikation erfolgt bei uns durch: \_\_\_\_\_

Nein

Weiss nicht

1.1. Filter: Wenn F1=Nein

#### Planen Sie in den nächsten fünf Jahren eine Checkliste, eine Richtlinie, ein Konzept oder andere schriftliche Grundlagen für die Identifikation von Suizidversuchen in Ihrer Notaufnahme einzuführen?

Nein, weil \_\_\_\_\_

Ja, nämlich \_\_\_\_\_

#### 2. Werden Suizidversuche in der Notaufnahme in irgendeiner Form systematisch erfasst? Mehrfachantworten sind möglich.

Ja, Suizidversuche werden in der Krankengeschichte vermerkt

Ja, Suizidversuche werden in einer spezifischen Datenbank erfasst (z.B. Monitoring-System von Suizidversuchen)

Nein

Anderes, nämlich: \_\_\_\_\_

Weiss nicht

**3. Von allen erkannten Suizidversuchen, wie hoch schätzen Sie den Anteil, bei dem in Ihrem Spital ein Psychiater/eine Psychiaterin (bspw. Konsiliar- oder Liaisondienst) beigezogen wird?**

Prozentualer Anteil

**4. Welche der folgenden Optionen kommen beim Austritt der Personen mit erkanntem Suizidversuch zu tragen? Bitte teilen Sie 100% gemäss Ihrer Einschätzung auf die verschiedenen Optionen auf.**

Entlassung nach Hause ohne weitere Betreuung

Entlassung nach Hause mit ambulanter Betreuung (z.B. Hausarzt/Hausärztin, Psychiater/-in, Psychiatrische Spitex)

Verlegung in Psychiatrie

Verlegung in anderes Spital

Anderer / weitere Massnahmen, nämlich: \_\_\_\_\_

Weiss nicht

**Abschliessend möchten wir Ihnen noch zwei Fragen zu Ihrem Spital stellen.**

**5. In welchem Kanton befindet sich Ihr Spital?**

Dropdown mit Kantonen

**6. Welcher Kategorie gehört ihr Spital an?**

Zentrumsversorgung (Universitätsspital, Versorgungsniveau 1)

Zentrumsversorgung (Versorgungsniveau 2)

Grundversorgung (Versorgungsniveau 3-5)

Spezialklinik

Anderes: \_\_\_\_\_

**7. Haben Sie noch Kommentare oder Ergänzungen?**

\_\_\_\_\_

**Abschluss:**

Sie sind nun am Ende der Befragung angelangt.

Bitte betätigen Sie die Schaltfläche unten rechts ein letztes Mal, um die Befragung abzuschliessen und Ihre Antworten zu speichern. Danach können Sie Ihre Antworten nicht mehr einsehen oder ändern.

Bei Fragen zur Befragung steht Ihnen gerne Cornel Kaufmann von Interface zur Verfügung ([kaufmann@interface-pol.ch](mailto:kaufmann@interface-pol.ch)).

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

## A 10 Schweizerische Gesundheitsbefragung

### DA 8: Auszug schweizerische Gesundheitsbefragung

S5100	Wie oft haben Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt gefühlt: <i>a) Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten b) Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit</i> <i>c) Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf</i> <i>d) Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben</i> <i>e) Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen</i> <i>f) Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben</i> <i>g) Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen</i> <i>h) Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?</i> <i>i) Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten</i>
S7600	Haben Sie jemals versucht, sich das Leben zu nehmen? <i>Ja</i> <i>Nein</i>
S7700	Haben Sie in den letzten 12 Monaten versucht, sich das Leben zu nehmen? (Filter: Nur wenn 7600=ja)
S7800	Haben Sie nach Ihrem Suizidversuch mit jemandem darüber gesprochen? (Filter: Nur wenn S7600=ja) <i>a) Ja, mit jemandem aus meinem privaten Umfeld</i> <i>b) Ja, mit einem Arzt/einer Ärztin oder einer Gesundheitsfachperson</i> <i>c) Nein, mit niemandem</i>

## A 11 Experten/-innen Workshop

### DA 9:

<i>Name und Vorname</i>	<i>Institution</i>
Beer Sigrid	Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Blaser Martina	Prävention und Gesundheitsförderung Kanton Zürich
Eggl Daniel	Kantonspolizei Zürich, Präventionsabteilung
Ernst Marina	Amt für Gesundheit Kanton Zug
Fleischmann Alexandra	Focal Point for Suicide Prevention, WHO
Friedli Johanna	ANQ
Gross Lucas	Kanton Zürich
Herrmann Eva Maria	Oberstaatsanwaltschaft Kanton Zürich
Junker Christoph	Bundesamt für Statistik (BFS)
Michaud Laurent	Observatoire Romand des Tentatives de Suicide (ORTS)
Peter Claudio	Obsan
Praplan Isabelle	H+ Die Spitäler der Schweiz
Reisch Thomas	Psychiatriezentrum Münsingen
Ring Mariann	Clenia AG
Schwab Patrick	Bundesamt für Statistik (BFS)
Tuch Alexandre	Obsan