Triaplus AG - Klinik Zugersee
Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie

Umgang mit suizidalem Erleben und Verhalten

22. Oktober 2026

Prof. Dr. med. Urs Hepp

www.hepp-health.ch

Triaplus AG - Klinik Zugersee
Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie

- Suizide Facts & Figures
- Suizid-Methoden im zeitlichen Verlauf
- Suizidgedanken und Suizidversuche in der Schweiz
- Risikofaktoren - Der Blick zurück oder nach vorne?
- Risikoassessment / Fragen nach Suizidalität
- Suizide während Klinikaufenthalten
- Suizidprävention in der klinischen Praxis
- S3-Leitlinien Umgang mit Suizidalität

Suizide Facts & Figures

Facts & Figures Quiz

Suizidraten in der Schweiz:

- Zunahme?
- Keine Veränderung?
- Abnahme?

Die Suizidrate in der Schweiz ist

- überdurchschnittlich hoch?
- Im Durchschnitt?
- unterdurchschnittlich tief?

Die Suizidrate ist am höchsten

- Bei Jugendlichen?
- Im mittleren Alter?
- Bei älterem Menschen?

Jugendsuizide

- nehmen zu?
- bleiben gleich?
- nehmen ab?

Die Rate assistierter Suizide ist

- Höher als die Suizidrate?
- Gleichhoch wie die Suizidrate?
- Tiefer als die Suizidrate?

4

Facts & Figures

Die Suizidrate in der Schweiz

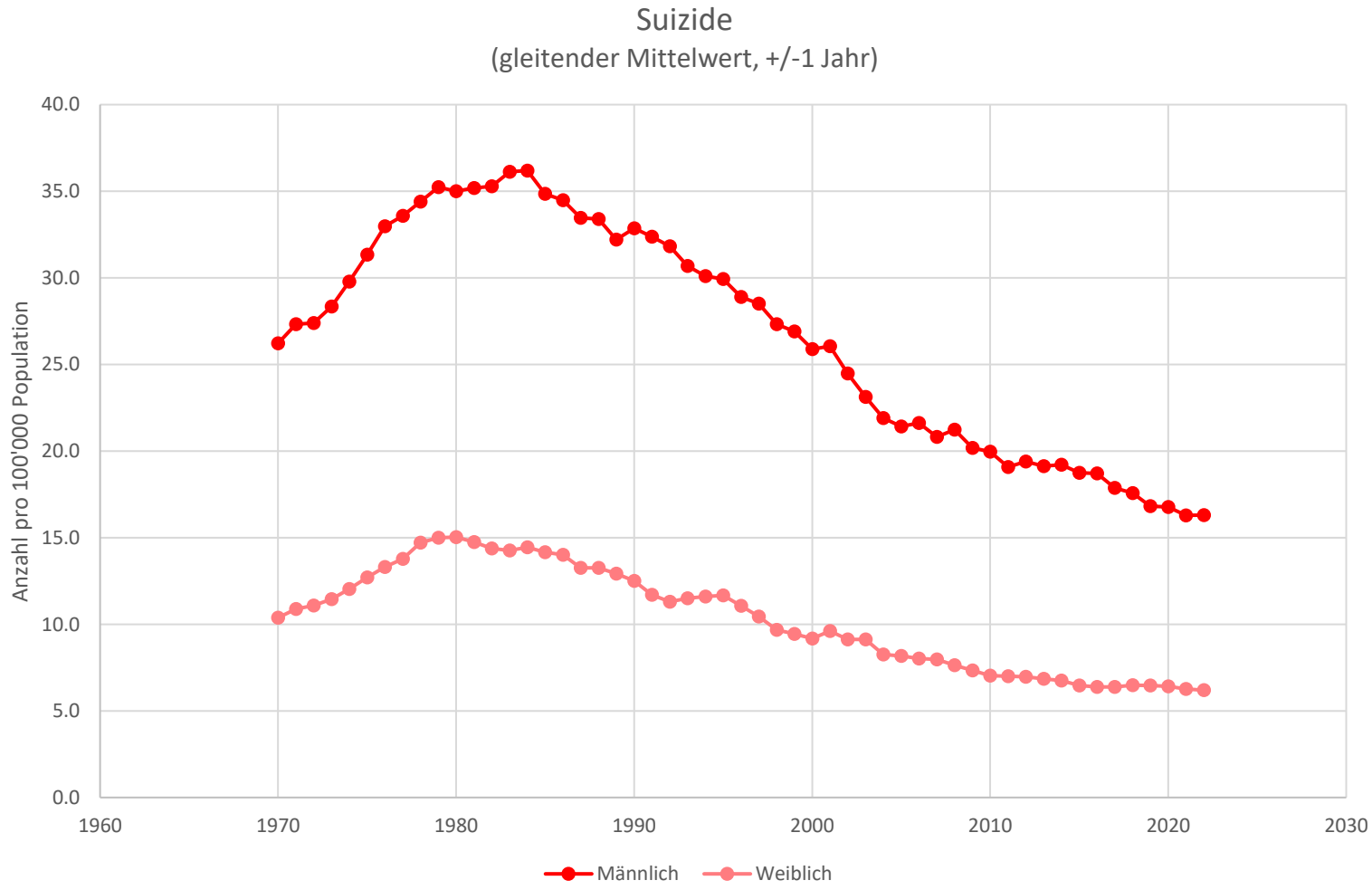
Total	ca.	11/100‘000
Männer	ca.	17/100‘000
Frauen	ca.	6/100‘000

Rund 1000 Suizide / Jahr

Seit 2009 werden assistierte Suizide in der Todesursachenstatistik nicht mehr den Suiziden zugeordnet

Suizidraten CH 1969-2023

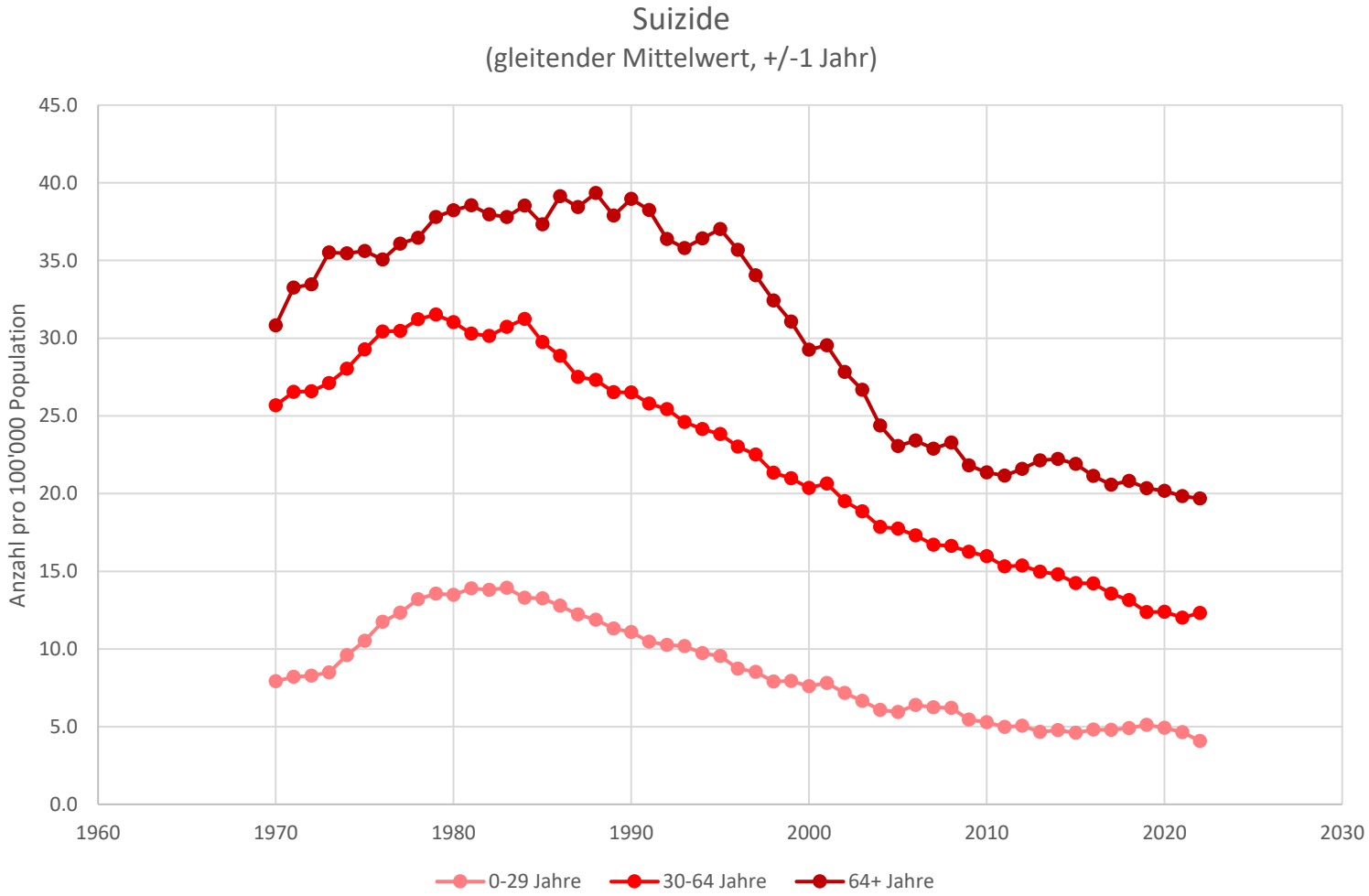
nach Geschlecht



Quelle BfS: Darstellung Stulz & Hepp

Suizidraten CH 1969-2023

nach Alter



Quelle BfS: Darstellung Stulz & Hepp

Entwicklung der Suizide in Deutschland

Deutsches Ärzteblatt

Vermischtes

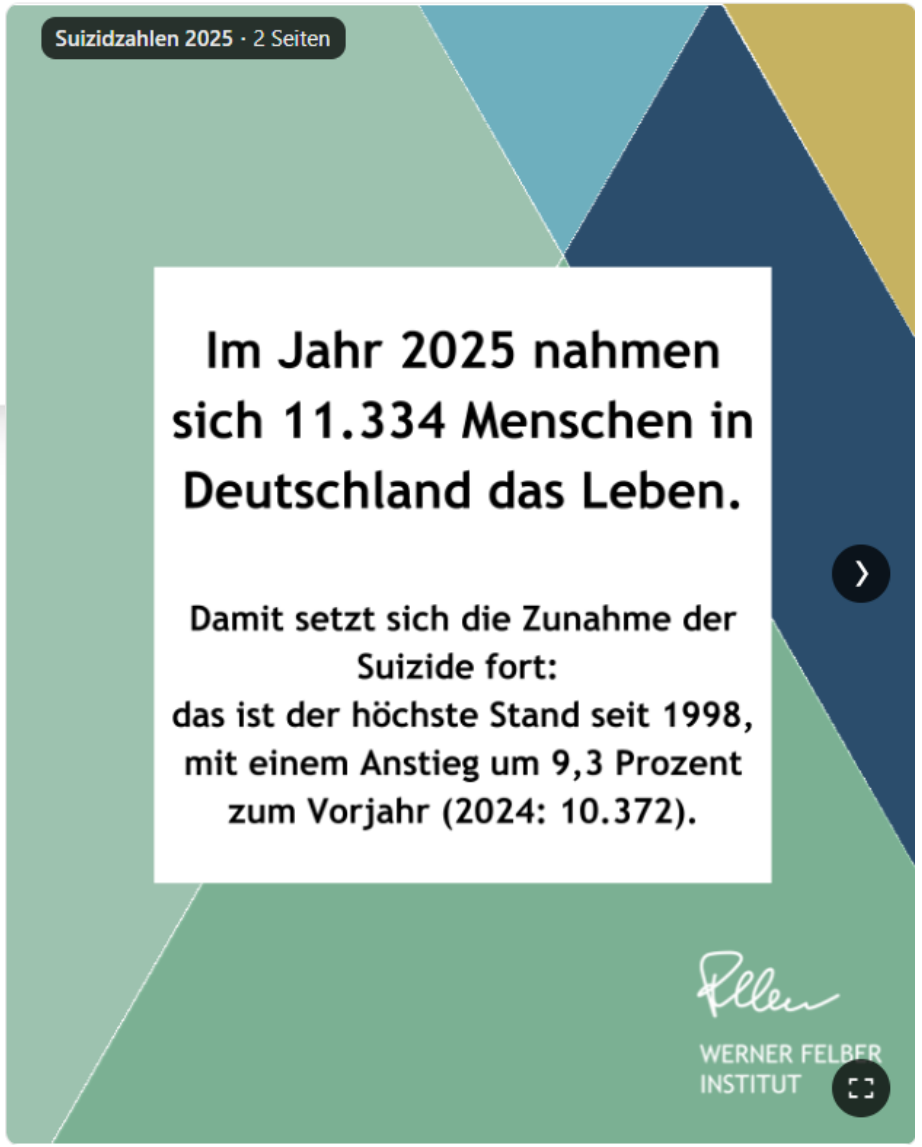
Fallzahlen bei Suiziden gestiegen

Dienstag, 13. Oktober 2026



Werner-Felber-Institut e.V.
1 Woche(n) •
+ Folgen

Suizidzahlen auf höchstem Stand seit 1998 – frühzeitige Prävention ist wichtiger denn je.... mehr

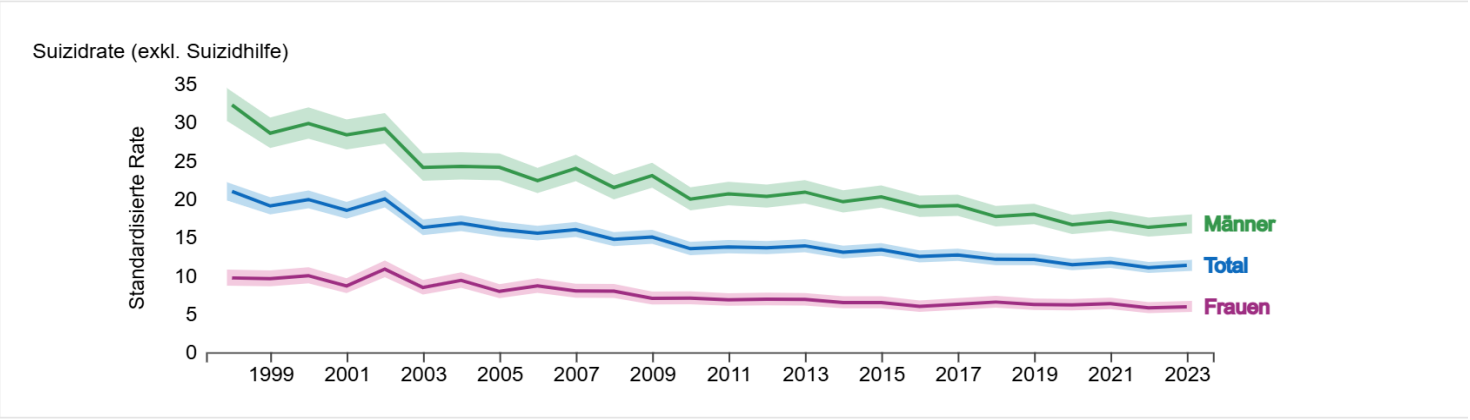


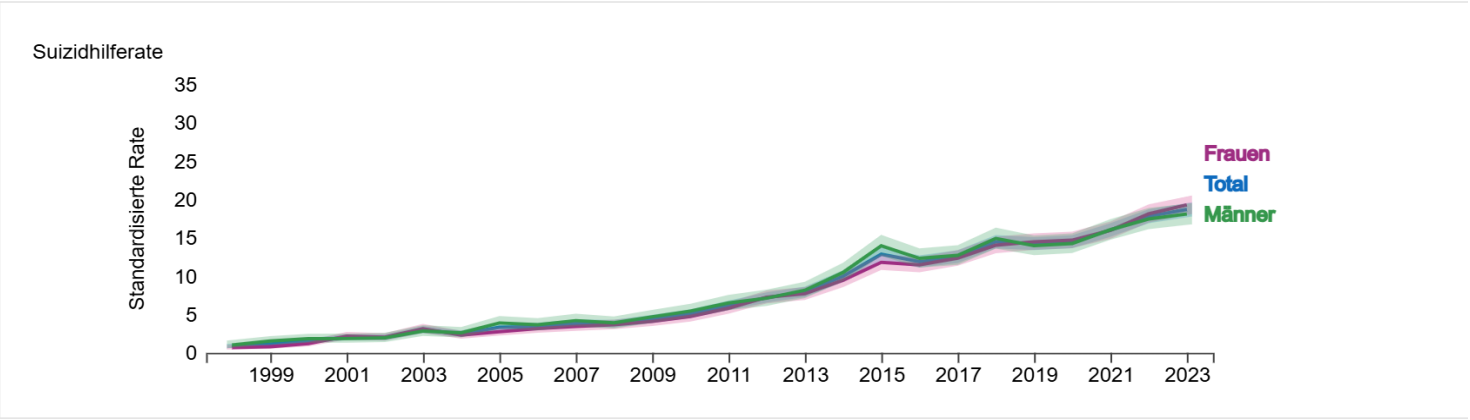
Suizide und assistierte Suizide

Suizid und Suizidhilfe

Suizid- und Suizidhilferate

Anzahl Fälle pro 100 000 Einwohner/innen, standardisierte Rate





Männer	16.7/100’000
Total	11.3/100’000
Frauen	5.9/100’000

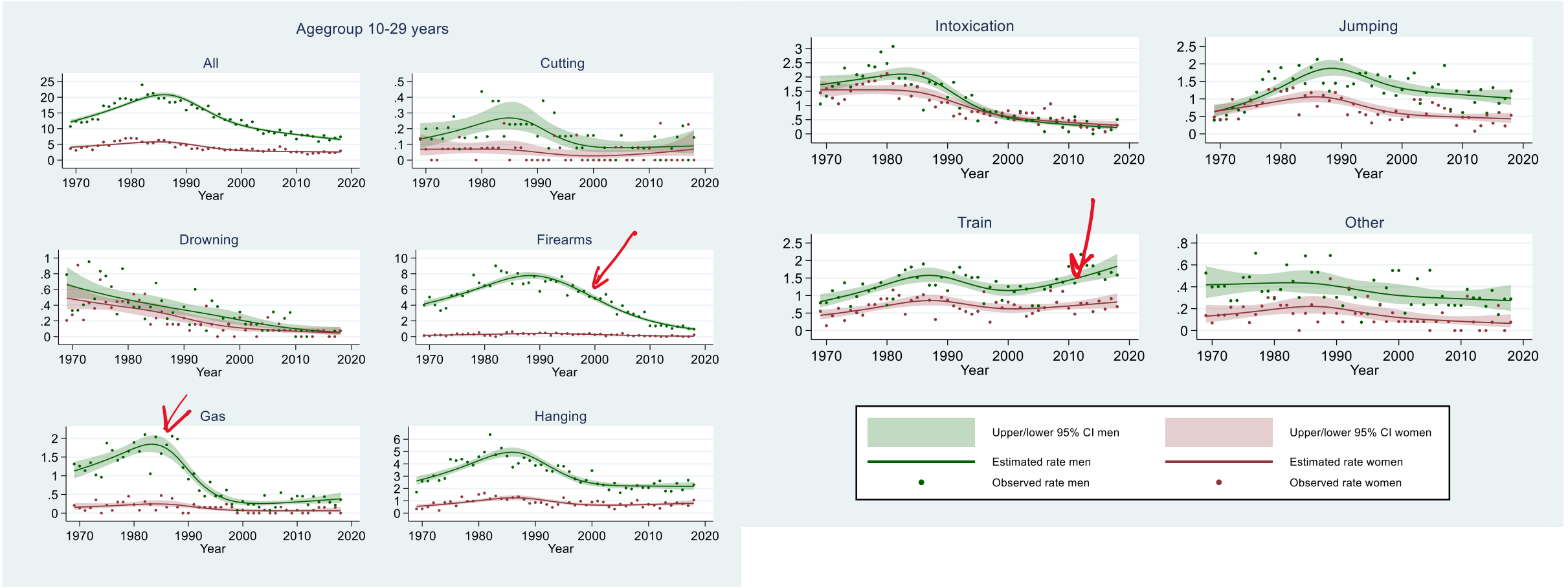
Frauen	19.3/100’000
Total	18.7/100’000
Männer	18.1/100’000

Quelle: BFS – Statistik der Todesursachen (CoD) und Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)
Die Daten sind mit dem 95% Vertrauensintervall dargestellt. Der Bereich innerhalb der Fehlerbalken enthält mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% den tatsächlichen Wert in der Bevölkerung.
Die standardisierten Raten basieren auf der europäischen Standardpopulation 2010.

Erstellt am: 26.8.2025, 10:08:37 https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/suizid-und-suizidhilfe

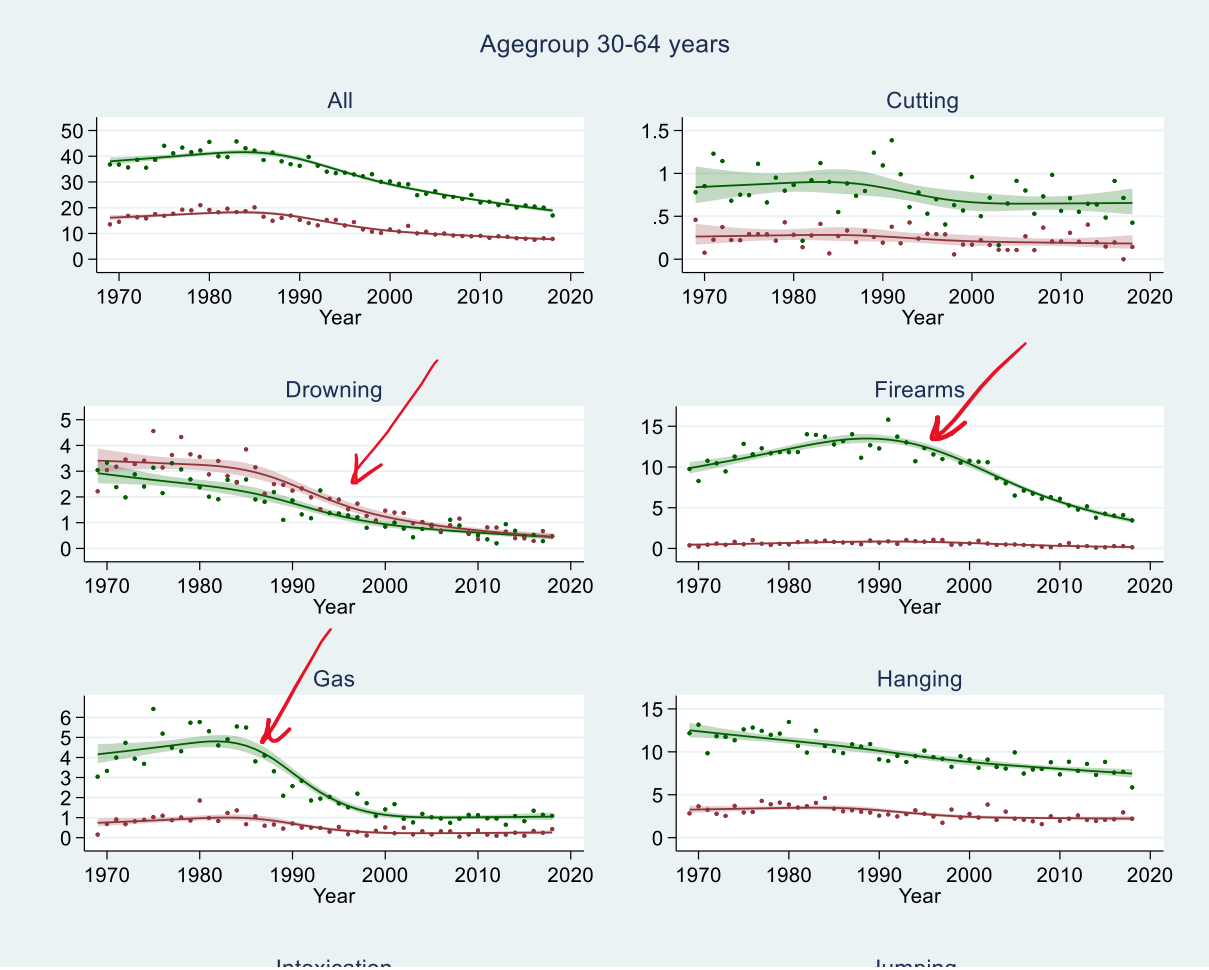
Suizid-Methoden im zeitlichen Verlauf

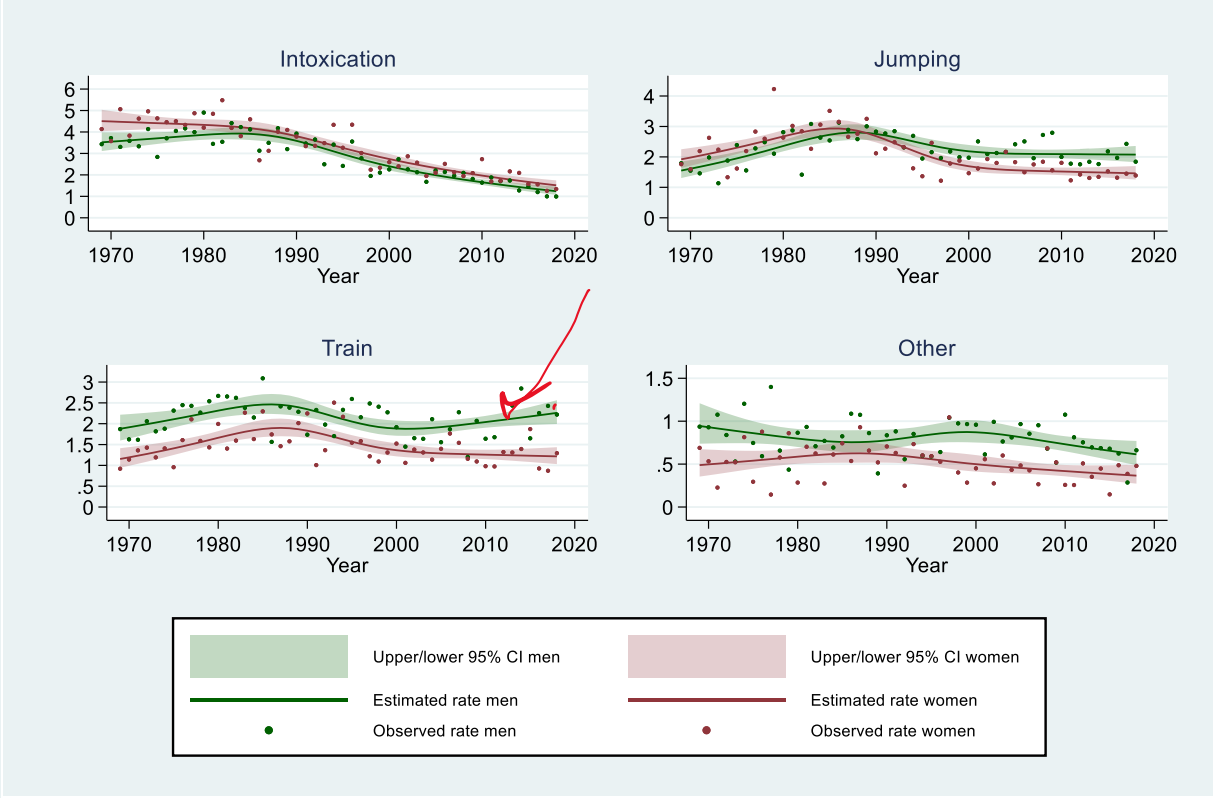
Suizidmethoden 10-29 Jahre



Stulz, Hepp, Kupferschmid, Raible-Destan, Zwahlen. Swiss Med Wkly 2022.

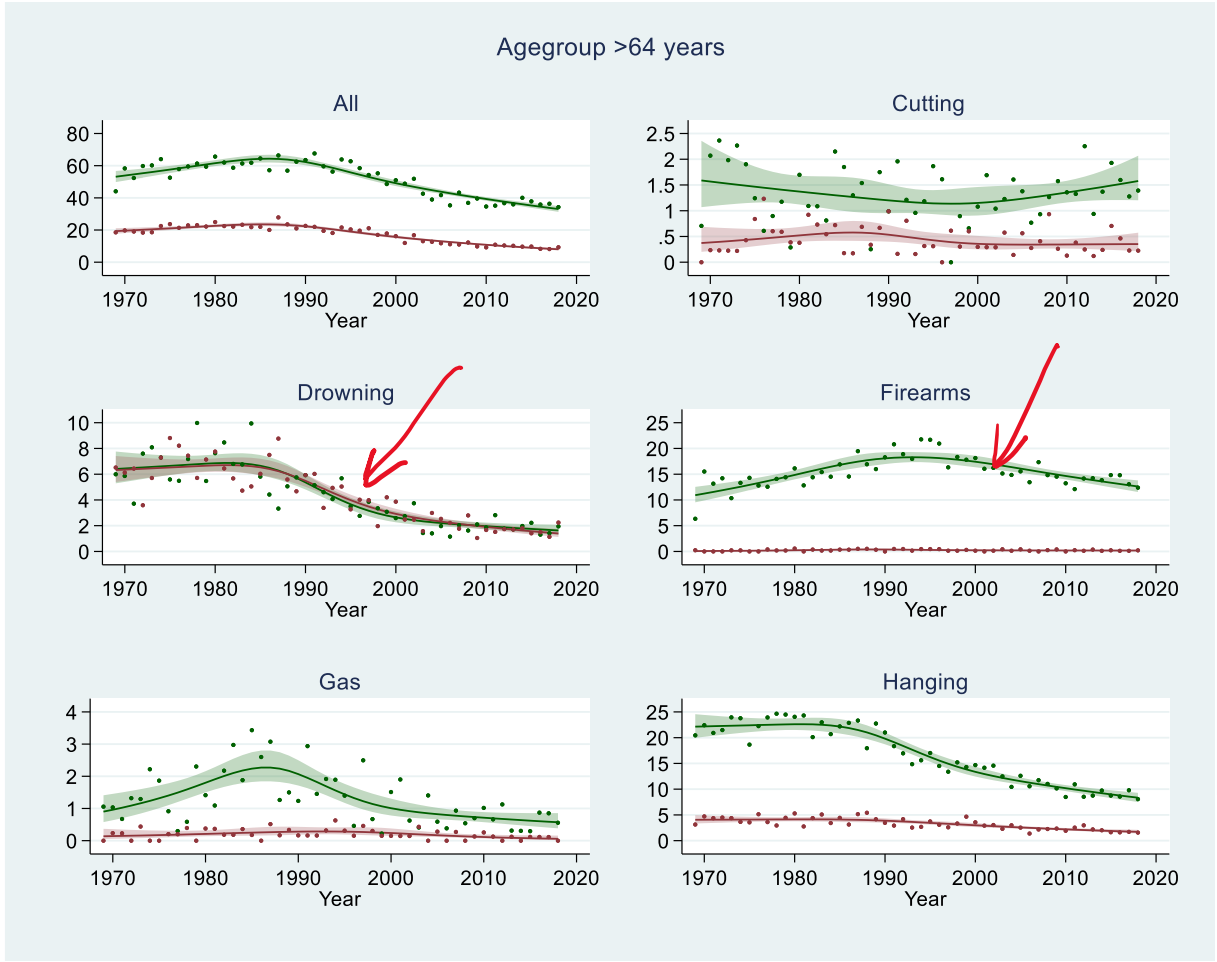
Suizidmethoden 30-64 Jahre

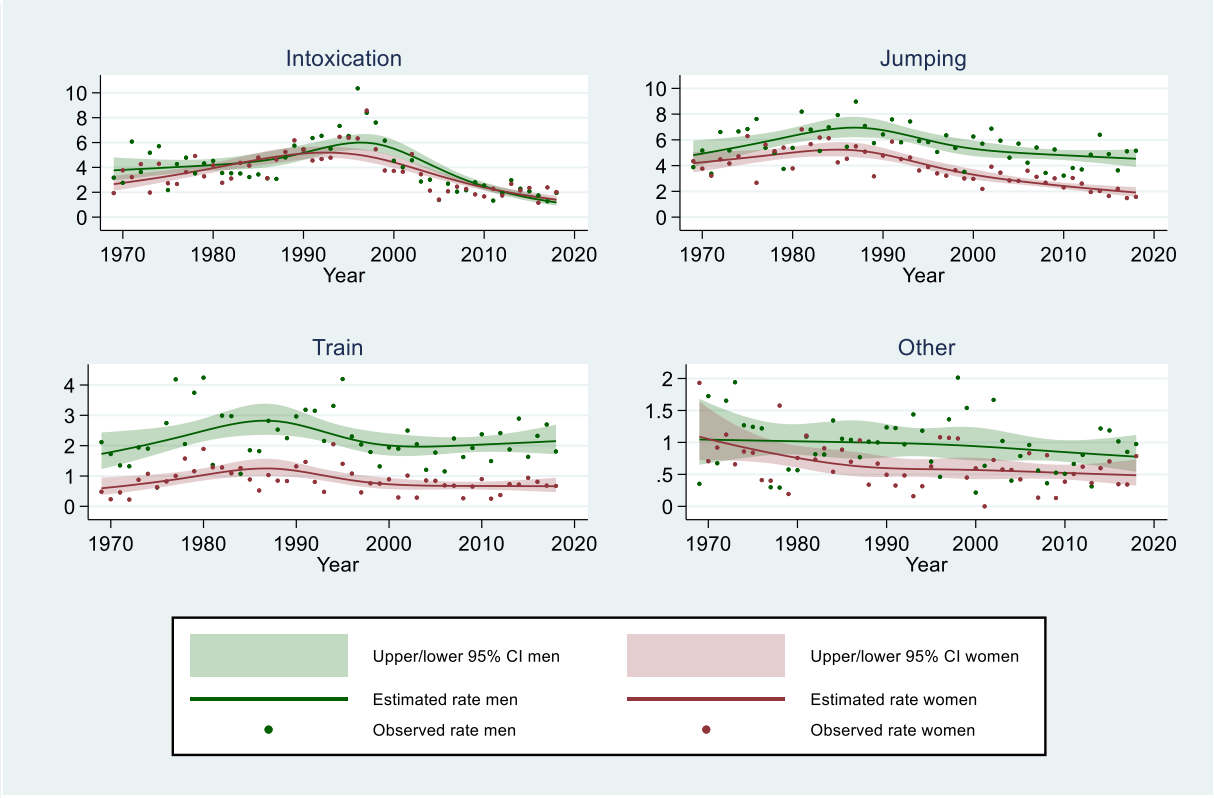




Stulz, Hepp, Kupferschmid, Raible-Destan, Zwahlen. Swiss Med Wkly 2022.

Suizidmethoden > 64 Jahre

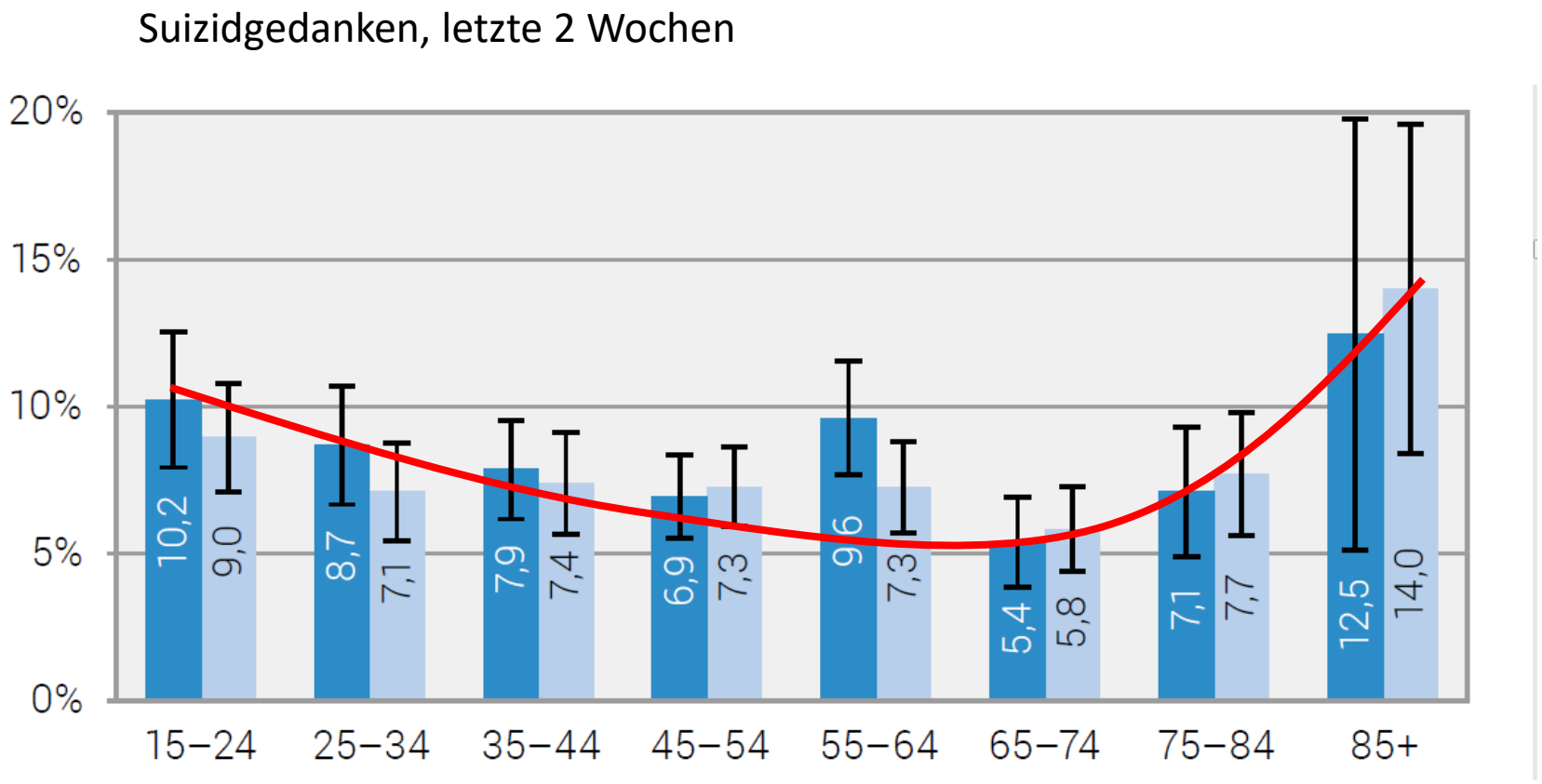




Stulz, Hepp, Kupferschmid, Raible-Destan, Zwahlen. Swiss Med Wkly 2022.

Suizidgedanken und Suizidversuche in der Schweiz

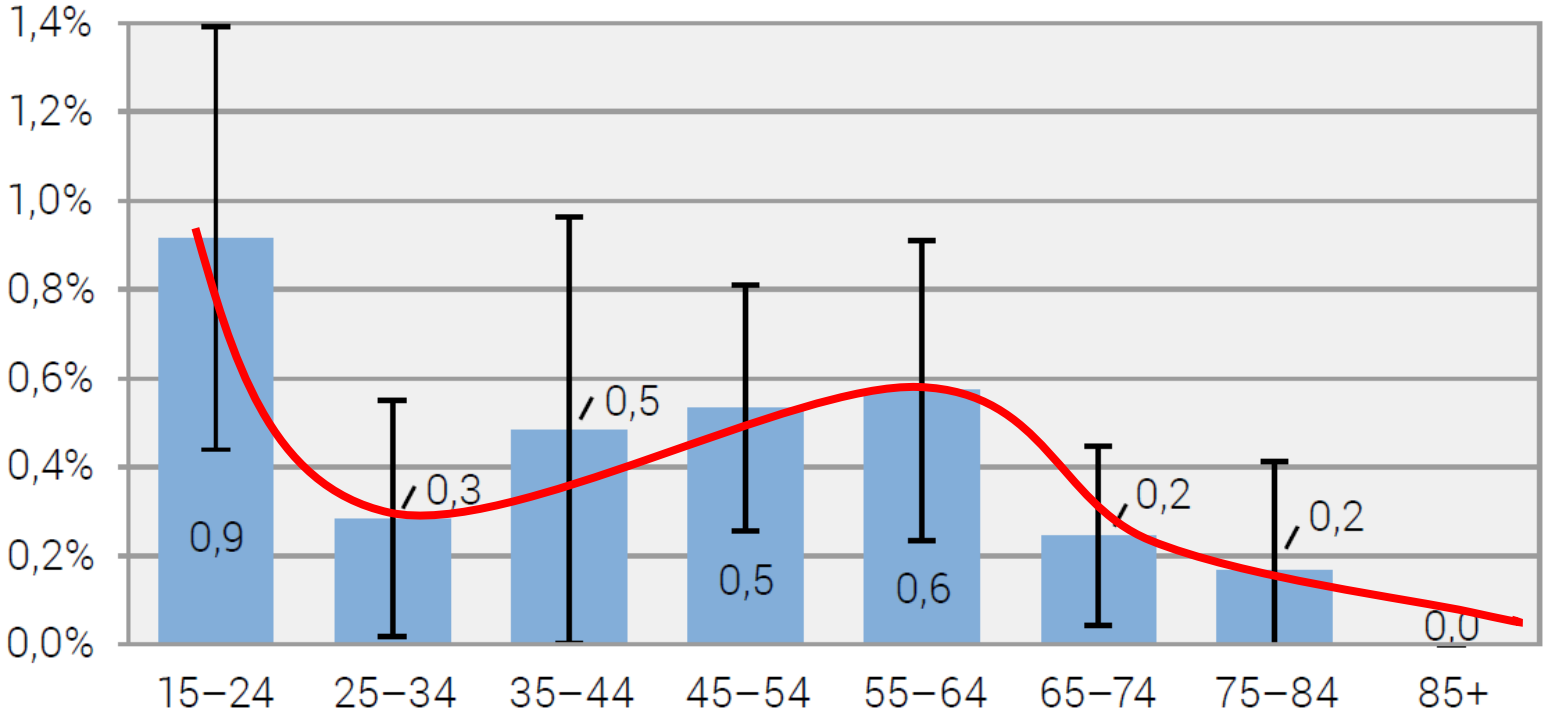
Suizidgedanken in der Allgemeinbevölkerung



Swiss Health Observatory www.obsan.ch, 2019

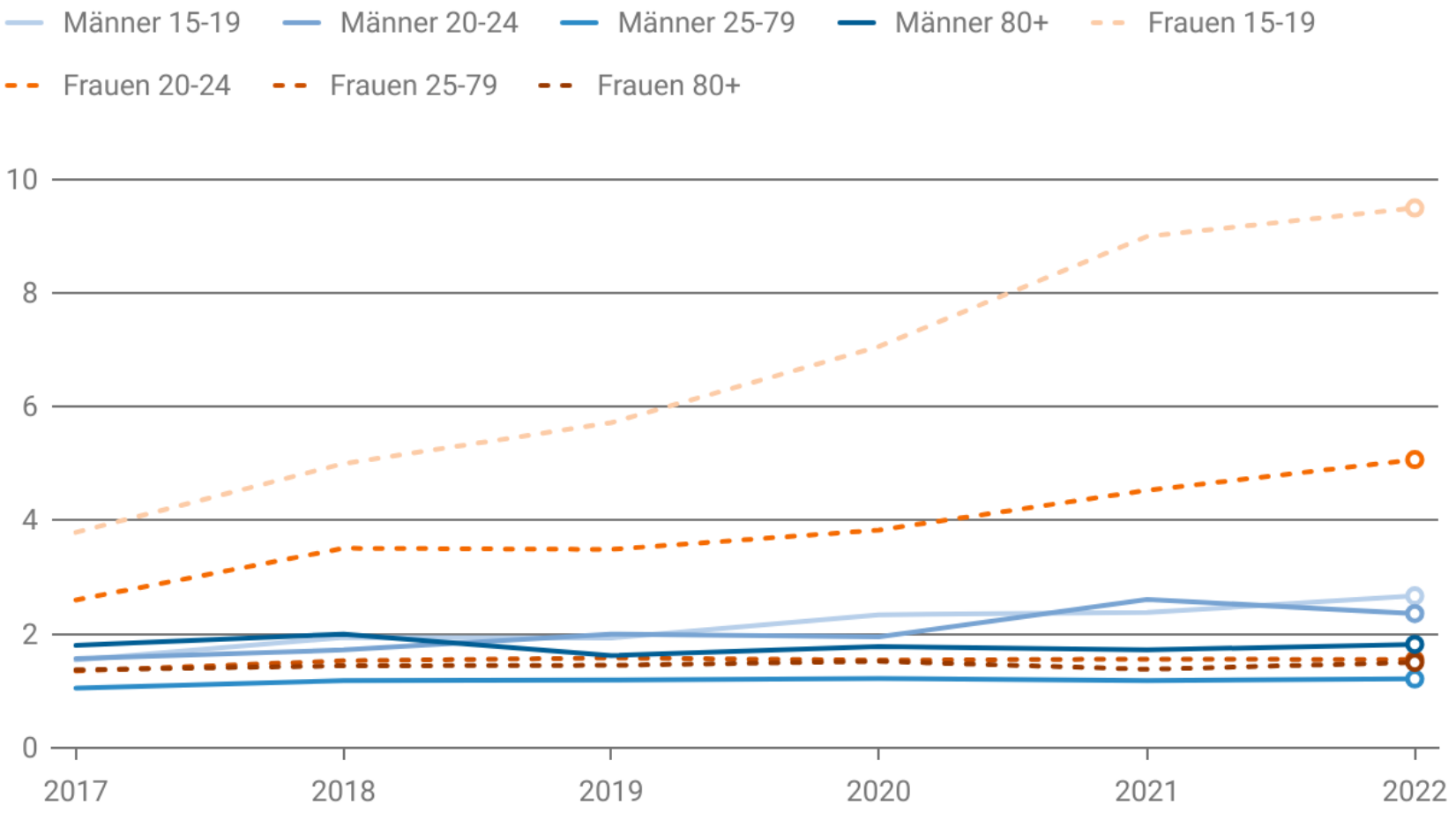
Suizidversuche in der Allgemeinbevölkerung

Suizidversuche, 1-Jahres-Prävalenz



Swiss Health Observatory www.obsan.ch, 2019

Hospitalisierungen aufgrund eines mutmasslichen Suizidversuchs pro 1 000 Einwohner-/innen, nach Alter und Geschlecht



Datenstand: 09.02.2024
Quelle: BFS – MS / Auswertung Obsan

gr-d-14.09.32
© Obsan 2024

Peter, C. & Tuch, A. (2024). Suizidales Erleben und Verhalten – In der Bevölkerung der Schweiz 2022 (Obsan Bulletin 08/2024). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Risikofaktoren –
Der Blick zurück oder nach vorne?

Risikofaktoren für Suizide

- Frühere Suizidversuche
- Psychiatrische Erkrankungen
- Alkohol- und Drogenkonsum / -abhängigkeit
- Aktueller- oder kürzlich abgeschlossener Klinikaufenthalt
- Körperliche Erkrankungen
- Männliches Geschlecht
- Alter
- Arbeitslosigkeit
- Tod des (Ehe-) Partners

Risikofaktoren für Suizide

Psychological Bulletin
2017, Vol. 143, No. 2, 187–232

© 2016 American Psychological Association
0033-2909/17/$12.00 http://dx.doi.org/10.1037/bul0000084

Risk Factors for Suicidal Thoughts and Behaviors: A Meta-Analysis of 50 Years of Research

Joseph C. Franklin and Jessica D. Ribeiro
Vanderbilt University and Harvard University

Kathryn R. Fox
Harvard University

Kate H. Bentley
Boston University

Evan M. Kleiman
Harvard University

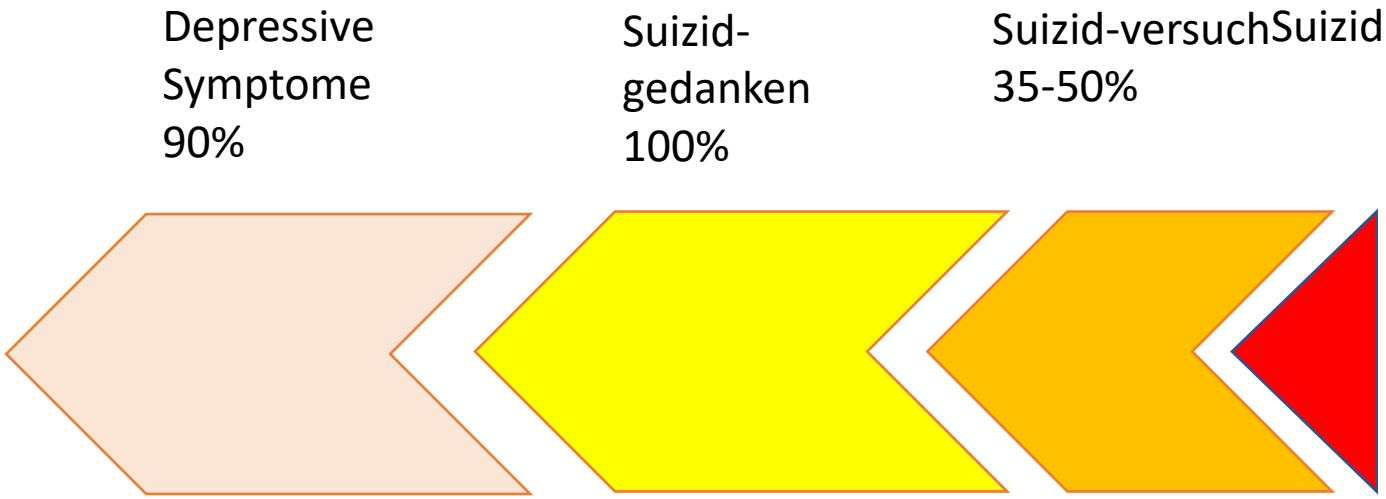
Xieyining Huang and Katherine M. Musacchio
Vanderbilt University

Adam C. Jaroszewski
Harvard University

Bernard P. Chang
Columbia University Medical Center

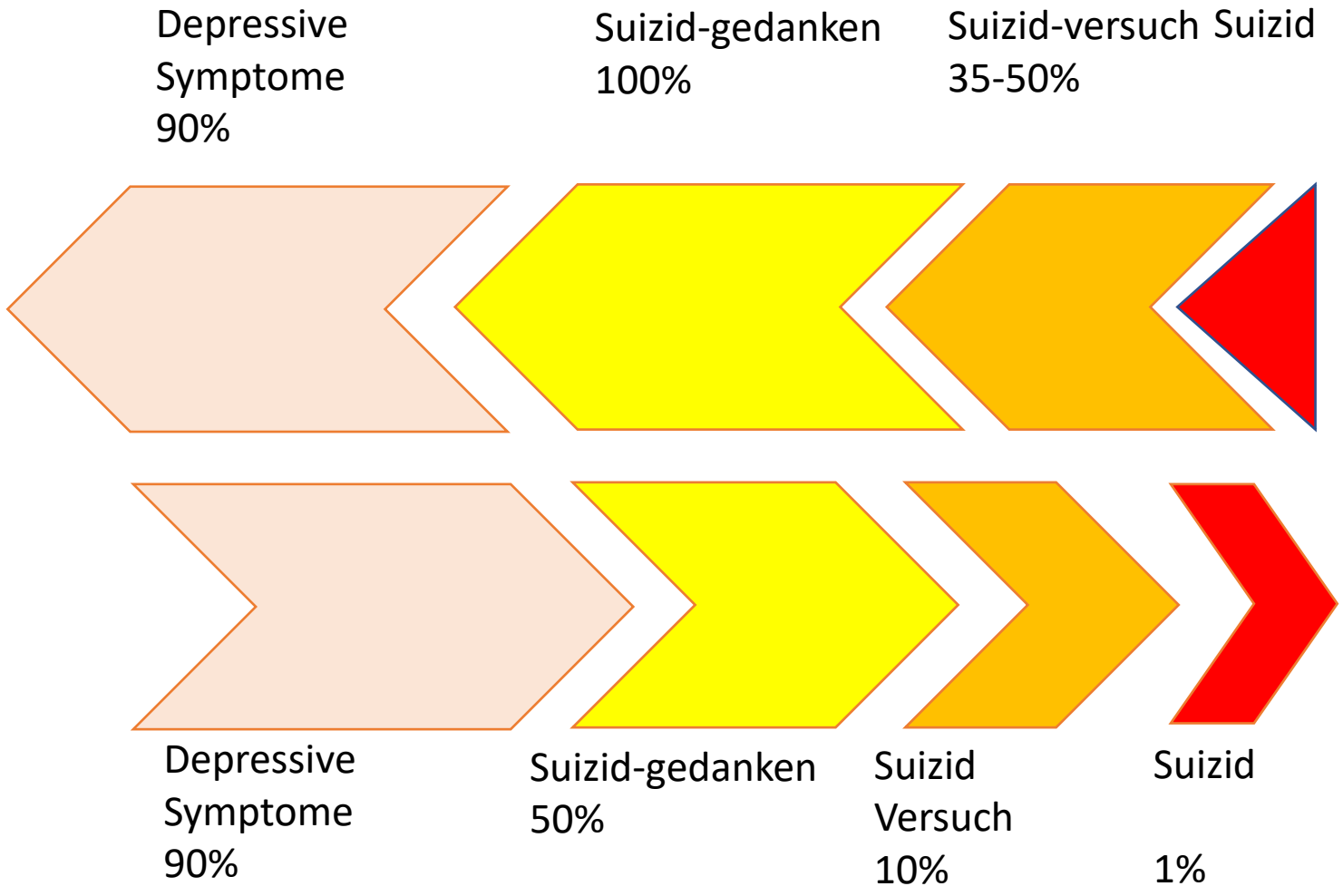
Matthew K. Nock
Harvard University

Risikofaktoren für Suizide



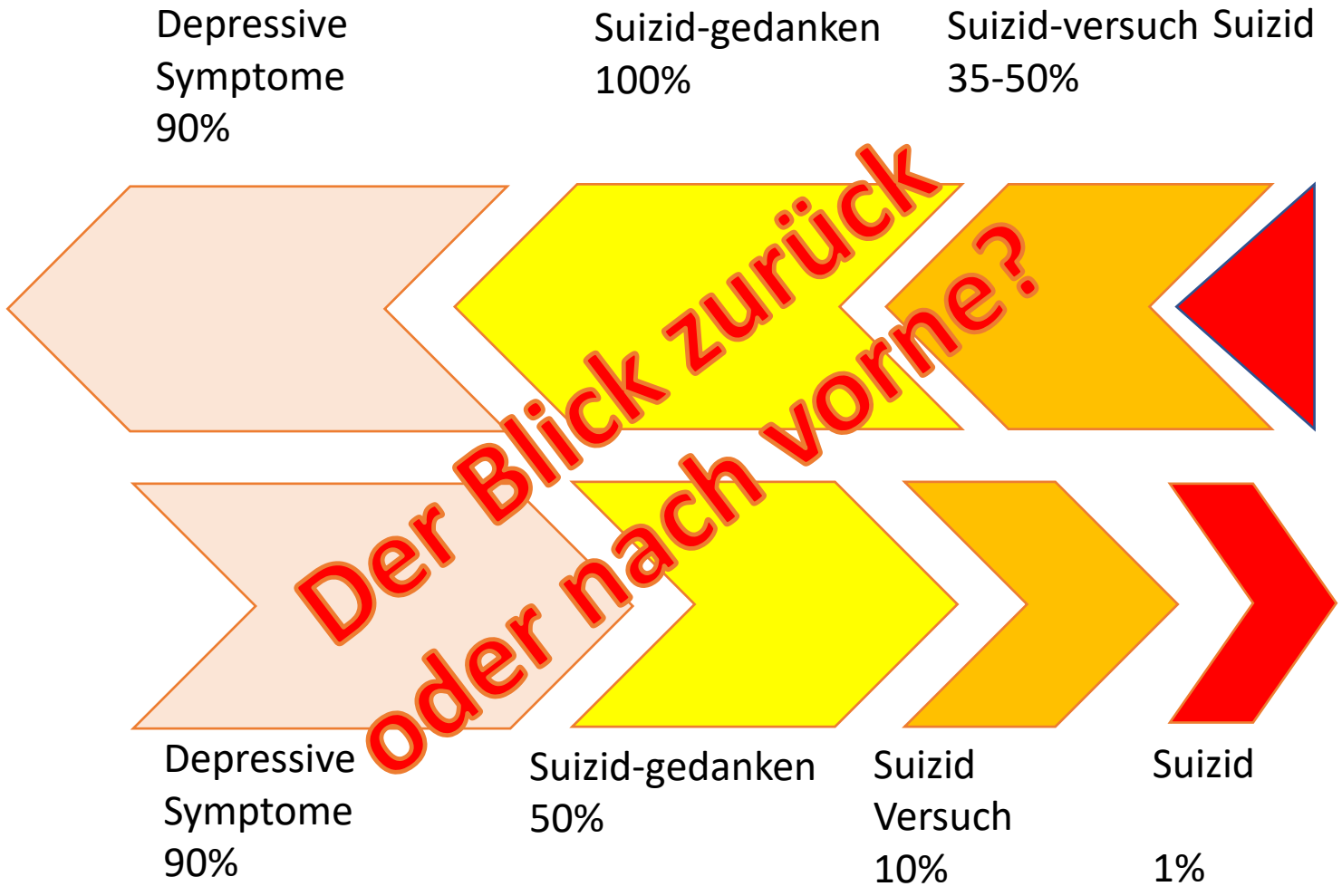
Ajdacic-Gross V, Hepp U, Seifritz E, Bopp M. J Affect Disord. 2019

Risikofaktoren für Suizide



Ajdacic-Gross V, Hepp U, Seifritz E, Bopp M. J Affect Disord. 2019

Risikofaktoren für Suizide



Ajdacic-Gross V, Hepp U, Seifritz E, Bopp M.
J Affect Disord. 2019

Risikofaktoren für Suizide



- Krisen sind häufig
- Depressionen sind häufig
- Suizidversuche sind selten
- Suizid ist ein extrem seltenes Ereignis
- Suizidale Krisen sind zeitlich begrenzt
- Zwischen Suizidentscheid und Suizid(versuch) nur sehr wenig Zeit

Risikofaktoren für Suizide

- Retrospektiv findet man meist Hinweise
- Prospektiv Vorhersage extrem schwierig

Risikofaktoren für Suizide

- Retrospektiv findet man meist Hinweise
- Prospektiv Vorhersage extrem schwierig

„Prognosen sind schwierig, insbesondere wenn sie die Zukunft betreffen.“

Risikoassessment?

Predictive accuracy of risk scales following self-harm: multicentre, prospective cohort study†

Leah Quinlivan, Jayne Cooper, Declan Meehan, Damien Longson, John Potokar, Tom Hulme, Jennifer Marsden, Fiona Brand, Kezia Lange, Elena Riseborough, Lisa Page, Chris Metcalfe, Linda Davies, Rory O'Connor, Keith Hawton, David Gunnell and Nav Kapur

Background
Scales are widely used in psychiatric assessments following self-harm. Robust evidence for their diagnostic use is lacking.

Aims
To evaluate the performance of risk scales (Manchester Self-Harm Rule, ReACT Self-Harm Rule, SAD PERSONS scale, Modified SAD PERSONS scale, Barratt Impulsiveness Scale); and patient and clinician estimates of risk in identifying patients who repeat self-harm within 6 months.

Method
A multisite prospective cohort study was conducted of adults aged 18 years and over referred to liaison psychiatry services following self-harm. Scale *a priori* cut-offs were evaluated using diagnostic accuracy statistics. The area under the curve (AUC) was used to determine optimal cut-offs and compare global accuracy.

Results
In total, 483 episodes of self-harm were included in the study. The episode-based 6-month repetition rate was 30% ($n = 145$). Sensitivity ranged from 1% (95% CI 0–5) for the SAD PERSONS scale, to 97% (95% CI 93–99) for the Manchester Self-Harm Rule. Positive predictive values ranged from 13% (95% CI 2–47) for the Modified SAD PERSONS Scale to 47% (95% CI 41–53) for the clinician assessment of risk. The AUC ranged from 0.55 (95% CI 0.50–0.61) for the SAD PERSONS scale to 0.74 (95% CI 0.69–0.79) for the clinician global scale. The remaining scales performed significantly worse than clinician and patient estimates of risk ($P < 0.001$).

Conclusions
Risk scales following self-harm have limited clinical utility and may waste valuable resources. Most scales performed no better than clinician or patient ratings of risk. Some performed considerably worse. Positive predictive values were modest. In line with national guidelines, risk scales should not be used to determine patient management or predict self-harm.

Declaration of interest
D.G., K.H. and N.K. are members of the Department of Health's (England) National Suicide Prevention Advisory Group. N.K. chaired the NICE guideline development group for the longer-term management of self-harm and the NICE Topic Expert Group (which developed the quality standards for self-harm services). He is currently chair of the updated NICE guideline for depression. R.O.C. was a member of the NICE guideline development group for the longer-term management of self-harm and is a member of the Scottish Government's suicide prevention implementation and monitoring group.

Copyright and usage
© The Royal College of Psychiatrists 2017. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY) licence.

BJPsych | The British Journal of Psychiatry (2017) 210, 429–436. doi: 10.1192/bjp.bp.116.189993

Prädiktion von Assessments

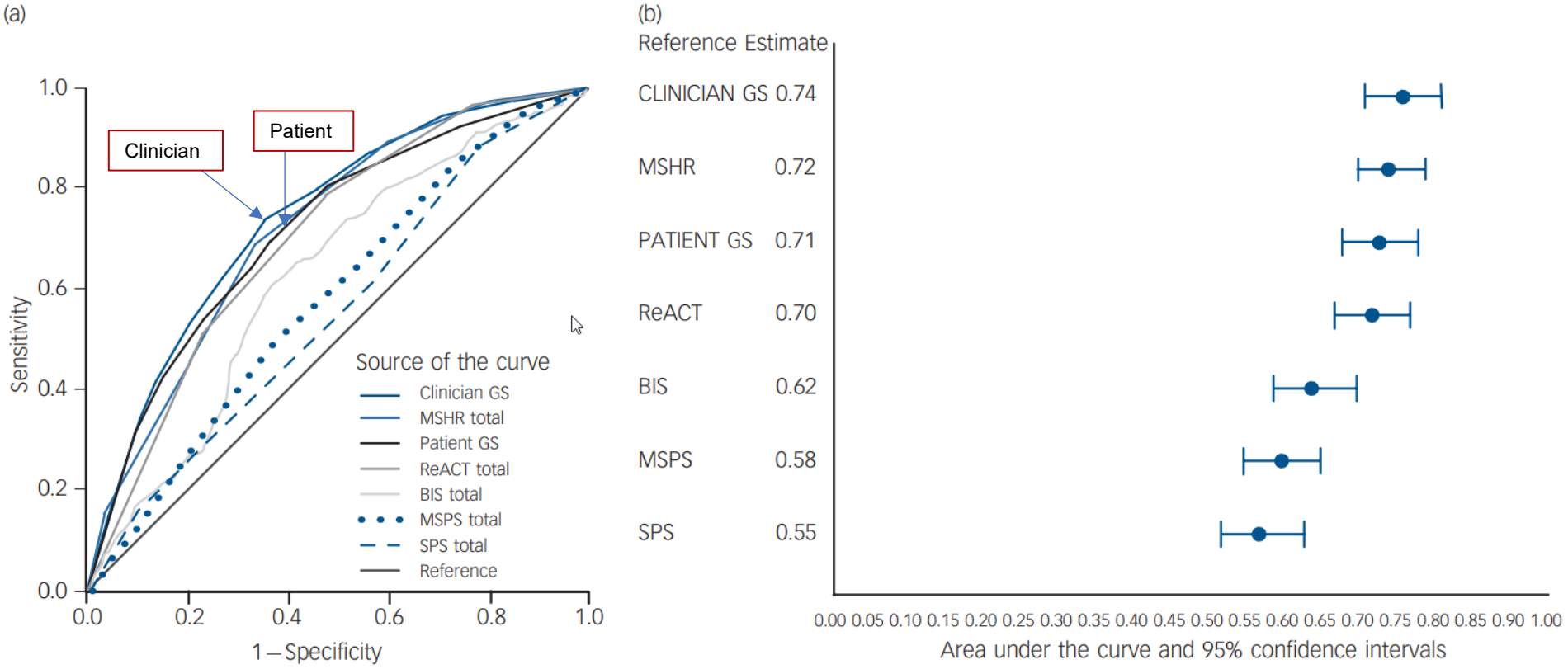


Fig. 1 The receiver operator characteristic curves (a) show the relationship between the proportion of true positives (sensitivity) and the proportion of false positives for the seven scales. The forest plot (b) shows the area under the curve estimates and 95% confidence intervals for the scales.

Clinician GS, clinician global scale; MSHR, Manchester Self-Harm Rule; Patient GS, patient global scale; ReACT, ReACT Self-Harm Rule; BIS, Barratt Impulsiveness Scale; MSPS, Modified SAD PERSONS Scale; SPS, SAD PERSONS Scale.

BJPsych The British Journal of Psychiatry (2017) 210, 429–436. doi: 10.1192/bjp.bp.116.189993

Risk Assessment

NICE Guidelines

- Do not use risk assessment tools and scales to predict future suicide or repetition of self-harm.
- Do not use risk assessment tools and scales to determine who should and should not be offered treatment or who should be discharged.

NICE-guideline: Self-harm: assessment, management and preventing recurrence, 2022

https://www.nice.org.uk/guidance/ng225/chapter/Recommendations#risk-assessment-tools-and-scales (8.5.2024)

Fragen nach Suizidalität

Fragen nach Suizidalität

1. Wunsch nach Veränderung

   „Haben Sie in letzter Zeit daran gedacht, dass Sie so nicht mehr leben wollen?“

2. Todeswünsche

   „Haben Sie daran gedacht, dass Sie sterben wollen?“

3. Suizidideen

   „Ist Ihnen der Gedanke gekommen, sich etwas anzutun?“

4. Suizidpläne

   „Haben Sie konkrete Pläne, sich etwas anzutun?“

Fragen nach Suizidalität

5. Suizidmethode
   „Wüssten Sie, wie Sie sich etwas antun würden?“

6. Parasuizidale Handlungen
   „Haben Sie schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen?“

7. Familienanamnese
   „Sind in Ihrer Familie Suizide oder Suizidversuche vorgekommen?“

Suizide während Klinikaufenthalten

Suizide während Klinikaufenthalten

Rund 5% aller Suizide während Klinikaufenthalt

Suizidrate 160-860/ 100’000 inpatient-years

Rund 1/3 innerhalb der Klinik

Rund 1/3 auf vereinbartem Ausgang

Rund 1/3 auf nicht vereinbartem Ausgang

Je länger Hospitalisation, desto häufiger ausserhalb der Klinik / im Urlaub

0.14-0.32% aller stationären Patienten

0.08-0.19% aller Aufnahmen

Madsen & Nordentoft (2017). Int J Envoron Res Public Health

Suizide während Klinikaufenthalten

Während Psychiatrieaufenthalten und in der Zeit nach Entlassung aus stationärer Behandlung ist das Suizidrisiko massiv erhöht

Gregorowius & Huber (2018)

Selbst während intensiver Überwachung sind im stationären Rahmen Suizide möglich

Busch (2003)

Geschlossene Stationen verringern das Suizidrisiko nicht

Huber (2016)

> Vor einer Hospitalisation (gegen den Willen) muss eine langfristige Nutzen / Risikoanalyse erfolgen

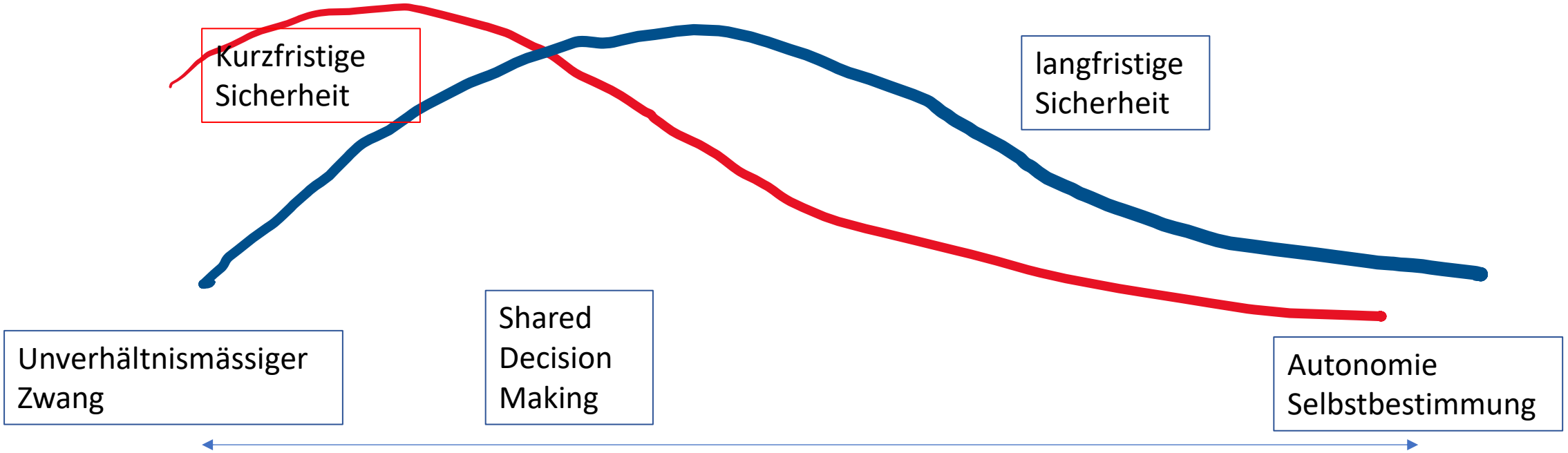
Suizidprävention in der klinischen Praxis

Suizidprävention in der klinischen Praxis

- Suizidalität aktiv ansprechen – verständnisvoll reagieren /Akzeptanz
- Nach Suizidmethoden fragen, gegebenenefalls Massnahmen ergreifen (Waffen!, gefährliche Medikamente, Auto)
- Bei Suizidalität möglichst keine Einweisung gegen den Willen
- Wenn Einweisung in Klinik möglichst kurze Kriseninterventionen und keine langen Hospitalisationen
- Angehörige wenn möglich mit einbeziehen
- Grundkrankheit behandeln
- Shared Descision Making /Partizipative Entscheidungsfindung
- Klare Abmachungen / Geteilte Verantwortung (keine Non-Suizid Versprechen!)

Suizidprävention in der klinischen Praxis

Gratwanderung



Nachsorge nach Suizidversuch

Nachsorge nach Suizid

(der Begriff “postvention” wird für beides verwendet)

NICE self-harm quality standard

- treat the person with respect, dignity and compassion, with an awareness of cultural sensitivity
- establish the means of self-harm and, if accessible to the person, discuss removing this with therapeutic collaboration or negotiation, to keep the person safe
- … seek advice from a senior colleague or appropriate clinical support if necessary; be aware and accept that the person may have a different view and this needs to be taken into account
- seek consent to liaise with those involved in the person's care (including family members and carers, as appropriate) to gather information to understand the context of and reasons for the self-harm
- discuss with the person and their families or carers (as appropriate), their current support network, any safety plan or coping strategies

NICE-guideline: Self-harm: assessment, management and preventing recurrence, 2022

https://www.nice.org.uk/guidance/ng225/chapter/Recommendations#assessment-and-care-by-healthcare-professionals-and-social-care-practitioners (8.5.2024)

Nach einem Suizid

- Prozesse sollten vorgängig definiert sein
- Kommunikation klären (wer informiert wen? HAe / Zuweiser nicht vergessen)
- Behandler/ Team betreuen
- Mitpatient:innen adäquat informieren / betreuen
- Angehörige betreuen, Gespräche anbieten, keine Rechtfertigungen

S3-Leitlinien Umgang mit Suizidalität

(Publikation demnächst…)

S3-Leitlinien Umgang mit Suizidalität

PICO Schema – S3-LL Umgang mit Suizidalität

P – Patient	Suizidalität, Selbstverletzung, Parasuizidalität (kann gegebenenfalls auf einzelne Personengruppen, wie beispielsweise Jugendliche, eingegrenzt werden).
I – Intervention	Abhängig von der Frage (zum Beispiel Kognitive Verhaltenstherapie)
C – Control	Abhängig von der Frage (zum Beispiel Treatment as Usual oder keine Intervention)
O – Outcome(s)	Suizidalität (inkl. Suizide, Suizidversuche, suizidales Verhalten, Suizidgedanken ...)

Beispiel PICO Frage: Verringert eine stationäre Versorgung von suizidalen Patient:innen die Suizidalität im Vergleich zum Treatment as Usual?

S3-Leitlinien Umgang mit Suizidalität

Tabelle zu Evidenzgraden – S3-LL Umgang mit Suizidalität

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Beschreibung	Symbol
Hoch	Wir sind sehr sicher, dass der wahre Effekt nahe bei dem Effektschätzer liegt.	⊕⊕⊕⊕
Moderat	Wir haben mäßig viel Vertrauen in den Effektschätzer: der wahre Effekt ist wahrscheinlich nahe bei dem Effektschätzer, aber es besteht die Möglichkeit, dass er relevant verschieden ist.	⊕⊕⊕⊖
Niedrig	Unser Vertrauen in den Effektschätzer ist begrenzt: Der wahre Effekt kann durchaus relevant verschieden vom Effektschätzer sein.	⊕⊕⊖⊖
Sehr niedrig	Wir haben nur sehr wenig Vertrauen in den Effektschätzer: Der wahre Effekt ist wahrscheinlich relevant verschieden vom Effektschätzer.	⊕⊖⊖⊖

QUELLE: SCHÜNEMANN H, BROŻEK J, GUYATT G, OXMAN A, EDITORS. GRADE HANDBOOK FOR GRADING QUALITY OF EVIDENCE AND STRENGTH OF RECOMMENDATIONS. UPDATED OCTOBER 2013. THE GRADE WORKING GROUP, 2013. AVAILABLE FROM GUIDELINEDEVELOPMENT.ORG/HANDBOOK

S3-Leitlinien Umgang mit Suizidalität

Empfehlungsgraduierung und Feststellung der Konsensstärke – S3-LL Umgang mit Suizidalität

Symbol	Empfehlungsgrad	Beschreibung	Formulierung
⇑⇑	A	Starke Empfehlung	soll / soll nicht
⇑	B	Empfehlung	sollte / sollte nicht
⇔	0	Empfehlung offen	kann erwogen werden / kann verzichtet werden

S3-Leitlinien Umgang mit Suizidalität

Empfehlungsgraduierung und Feststellung der Konsensstärke – S3-LL Umgang mit Suizidalität

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Konsenbasiert: Stationäre Versorgung von suizidalen Patient*innen soll nach Abwägung von Nutzen und potenziellem Schaden erfolgen und wenn möglich auf Grund einer partizipativen Entscheidungsfindung getroffen werden. Forschung ist notwendig.

Risk Assessment

S3-Leitlinien

1. Erfassung und Diagnostik

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Personen, bei denen sich der Verdacht auf Vorliegen von Suizidalität erhärtet, **soll** ein professionelles Gespräch angeboten werden

Personen, bei denen sich der Verdacht auf Vorliegen von Suizidalität erhärtet, können in Ergänzung zum professionellen Gespräch validierte Fragebögen/Ratingskalen/strukturierte Interviews zur Erfassung von suizidalem Erleben und Verhalten sowie zur Erfassung suizidassoziierter Konstrukte angeboten werden.

Stark , Hoch qualität der Evidenz

Bei Personen, bei denen Fragebögen/ Ratingskalen/ strukturierten Interviews eingesetzt werden, soll eine darauf basierende Risikostratifizierung („hohes Risiko“ vs. „moderates Risiko“ vs. „niedriges Risiko“) nur in Kontext mit dem professionellen Gespräch genutzt werden.

Stark , Moderat qualität der Evidenz

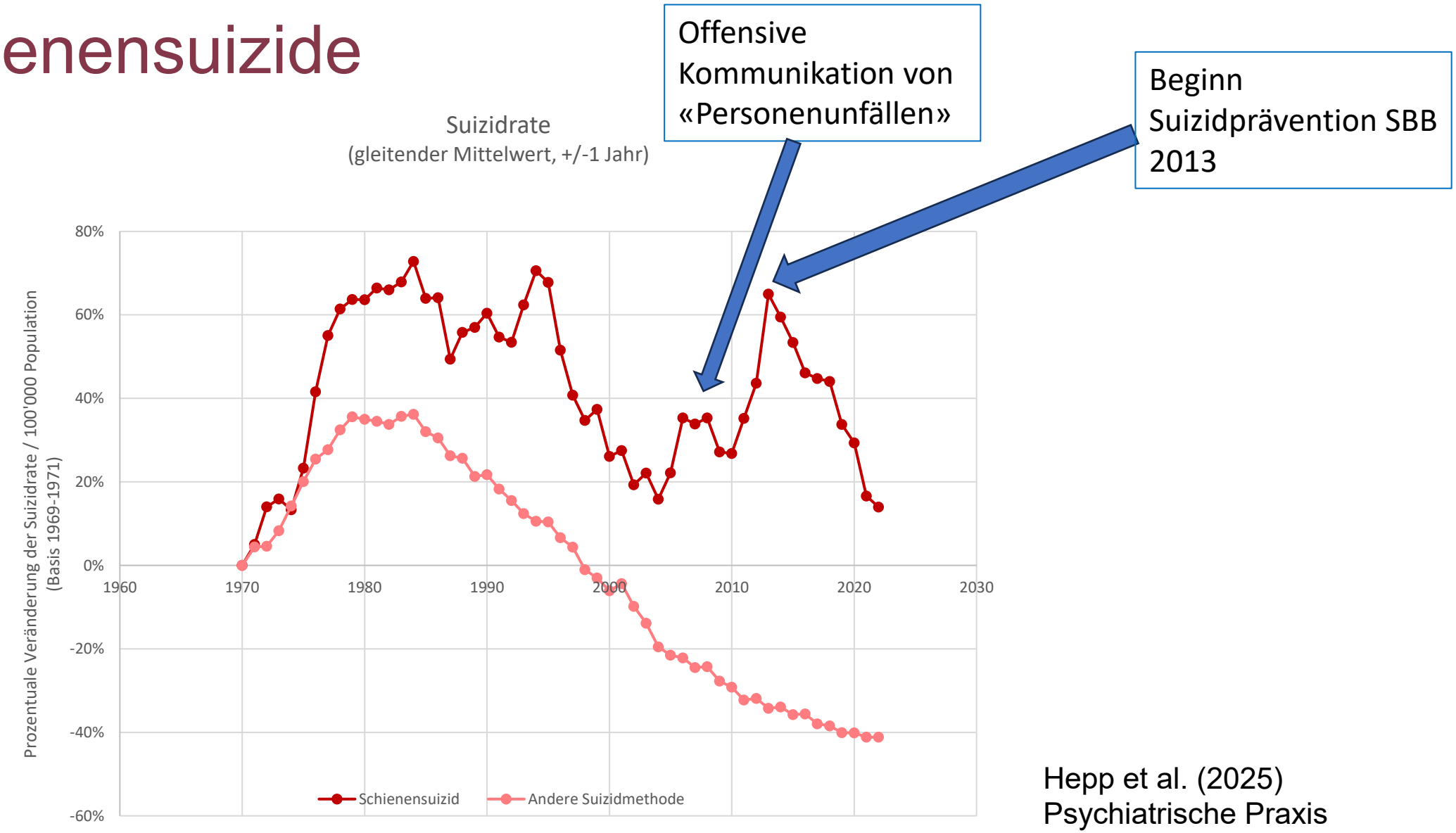
Personen mit Verdacht auf und/oder erhöhtem Risiko für Suizidalität **sollen** auf suizidales Erleben und Verhalten proaktiv angesprochen werden (siehe Kapitel 2 Risikofaktoren)

Aktuelle Beispiele aus der Suizidprävention

- Schienensuizide
- Schusswaffen

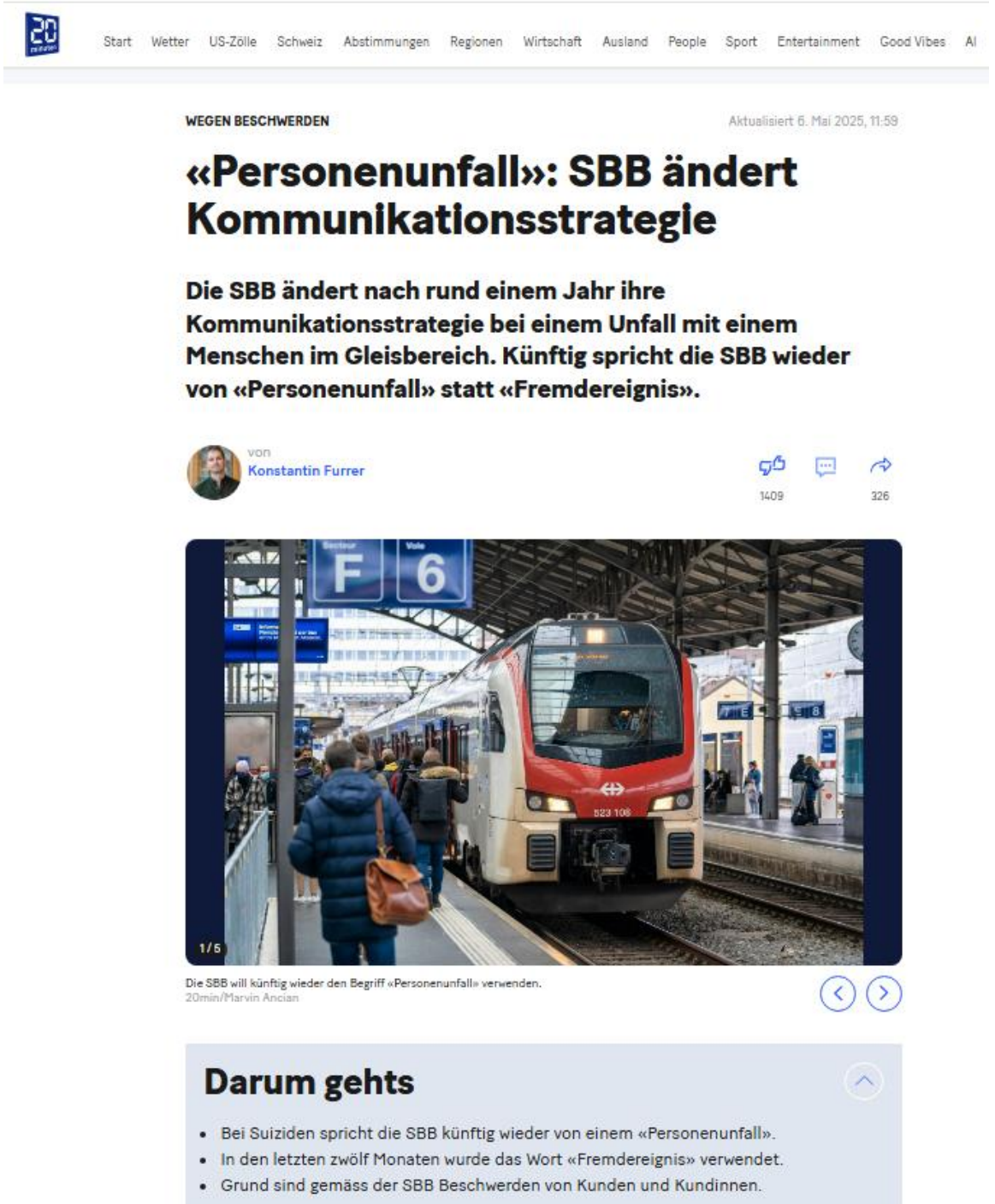
Schienen-Suizide

Schienensuizide



Hepp et al. (2025)
Psychiatrische Praxis

Schienensuizide



Start Wetter US-Zölle Schweiz Abstimmungen Regionen Wirtschaft Ausland People Sport Entertainment Good Vibes AI

WEGEN BESCHWERDEN

Aktualisiert 6. Mai 2025, 11:59

«Personenunfall»: SBB ändert Kommunikationsstrategie

Die SBB ändert nach rund einem Jahr ihre Kommunikationsstrategie bei einem Unfall mit einem Menschen im Gleisbereich. Künftig spricht die SBB wieder von «Personenunfall» statt «Fremdereignis».

von Konstantin Furrer

1409 326

1/5

Die SBB will künftig wieder den Begriff «Personenunfall» verwenden.
20min/Marvin Ancian

Darum gehts

- Bei Suiziden spricht die SBB künftig wieder von einem «Personenunfall».
- In den letzten zwölf Monaten wurde das Wort «Fremdereignis» verwendet.
- Grund sind gemäss der SBB Beschwerden von Kunden und Kundinnen.

Nau.ch

Home | News | Politik | Sport | People | Polizeimeldungen | Wirtschaft | Digital | Magazine | ...

Knonaueramt | Region Adliswil | Region Thalwil | Region Wädenswil | Goldküste | Stäfa | Dietikon | ...

Im Morgenverkehr: Zug-Ausfälle an Zürcher Goldküste

Nico Leuthold
Goldküste, 22.09.2025 - 11:16

Am Montagmorgen kommt es zu einem Unterbruch auf der Zugstrecke zwischen Zürich und Meilen. Betroffen sind mehrere S-Bahn-Linien.



Hunderte Pendlerinnen und Pendler kommen am Montagmorgen an der Zürcher
/ Nico Leuthold

22.9.2025

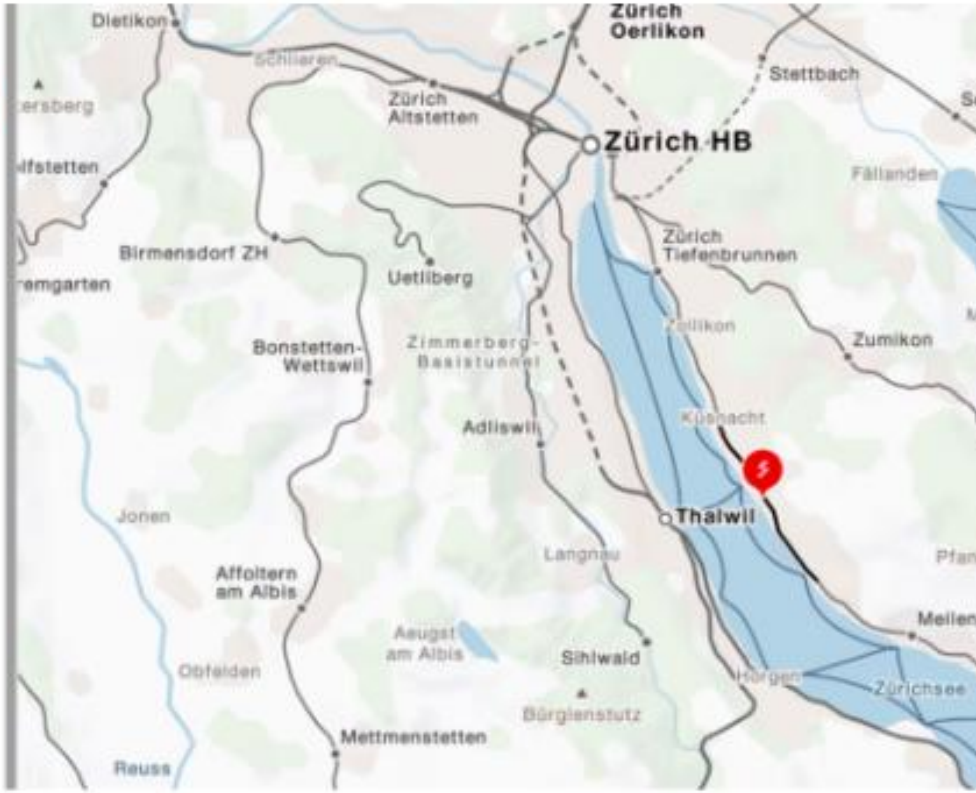
‹ Zurück

Unterbruch Küsnacht ZH - Herrliberg-Feldmeilen

Dauer: Heute 22.09.2025 - Heute 22.09.2025

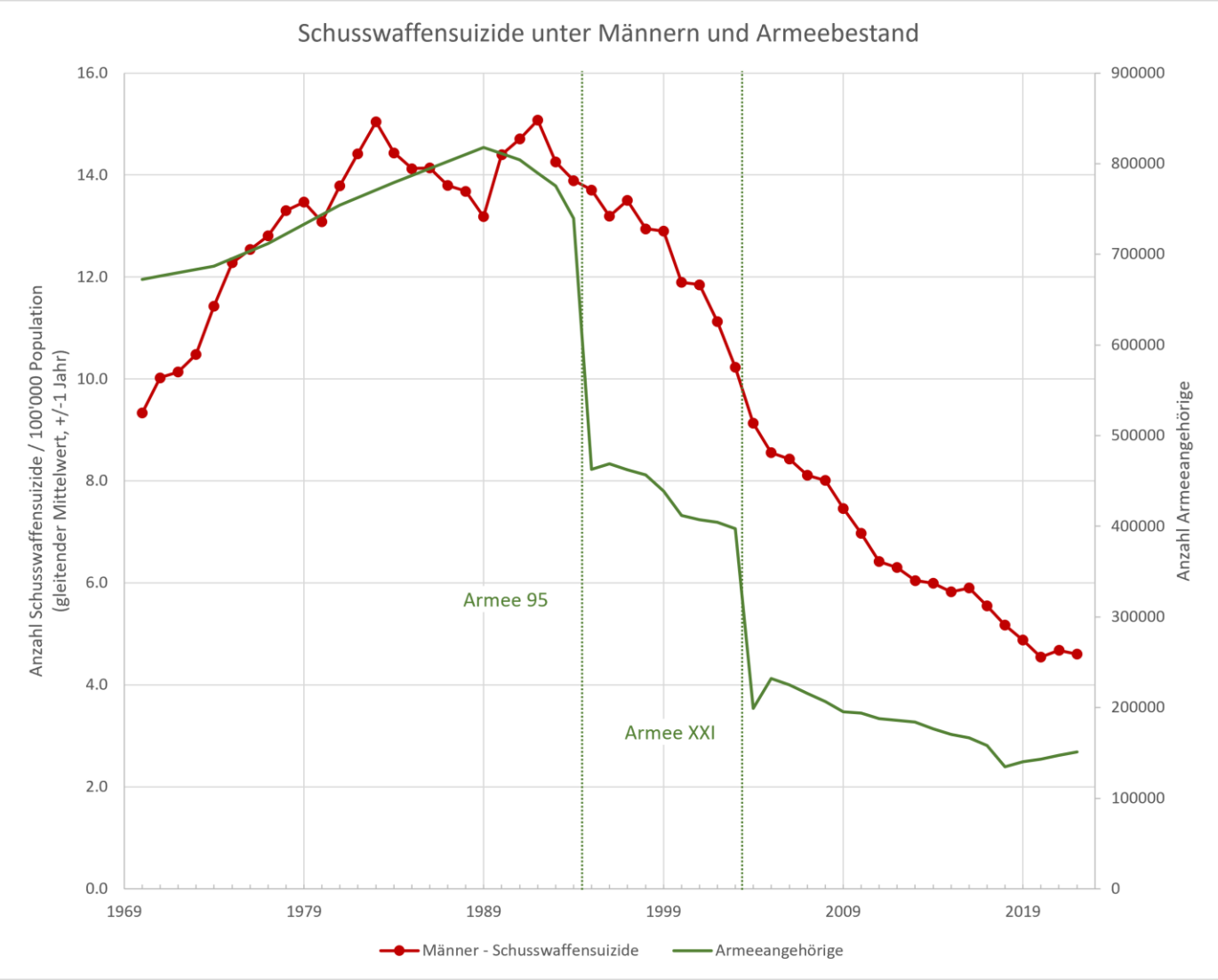
Der Bahnverkehr auf der Strecke Zürich HB - Meilen ist zwischen Küsnacht ZH und Herrliberg-Feldmeilen unterbrochen.
Der Grund dafür ist ein Personenunfall.
Die Einschränkung dauert bis mindestens 10:30.
Betroffen sind die Linien S6, S7, S16 und S20.
Es sind Verspätungen und Ausfälle zu erwarten.
Reisende zwischen Zürich HB und Rapperswil SG reisen via Wetzikon ZH.

Alle Angaben, Anschlüsse und Einhaltung des Fahrplans ohne Gewähr. Informieren Sie sich kurz vor Abfahrt über mögliche Änderungen.



Schusswaffen-Suizide

Schusswaffensuizide



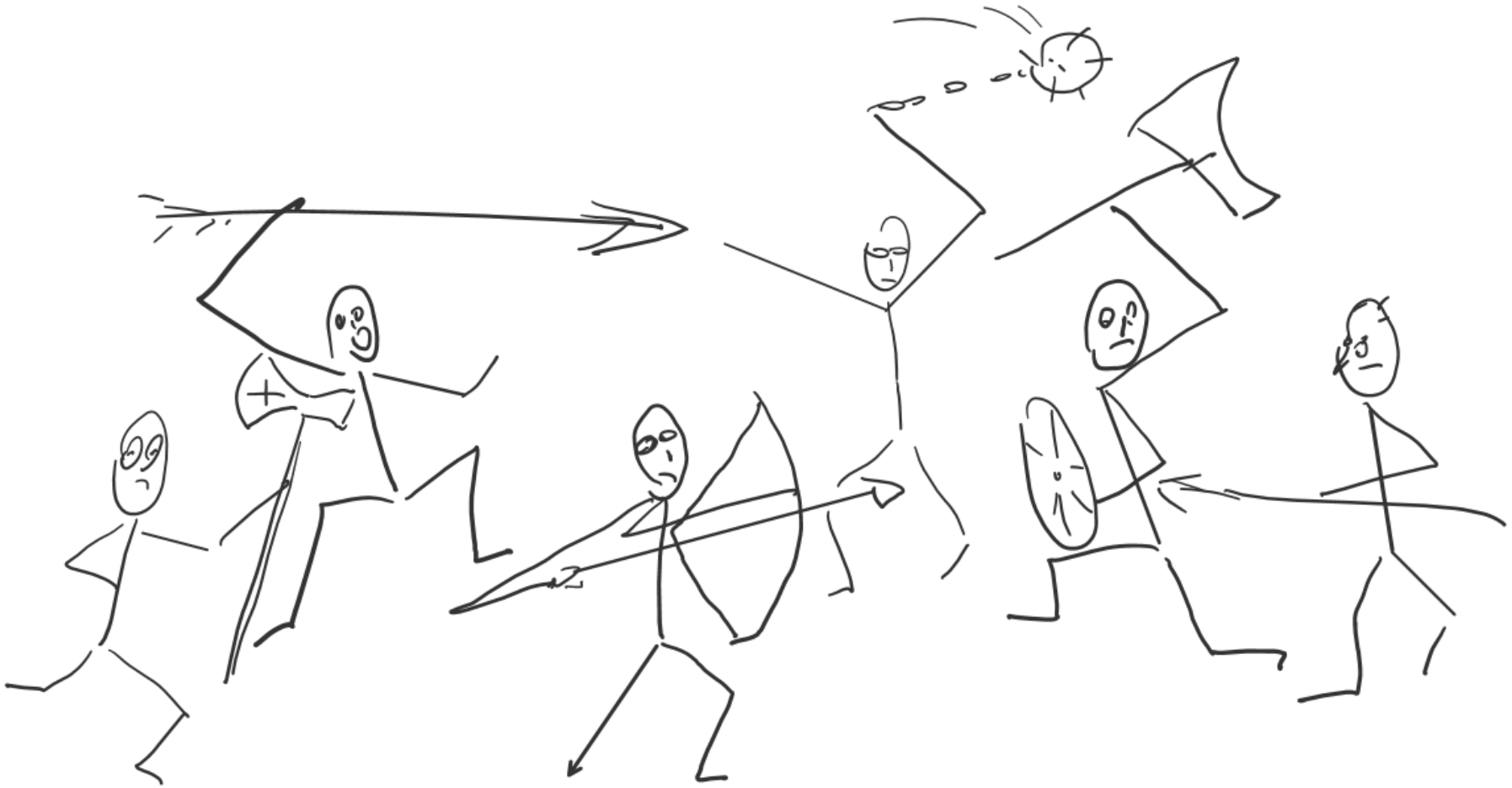
Hepp et al. 2026
Psychiatrische Praxis

Take home messages

Take home messages

- Suizidprävention ist möglich
- Vorhersage sind extrem schwierig
- Suizid-Assessment-Instrumente sind nicht besser als die klinische Einschätzung
- Wichtig ist die Beziehung, Shared Decision Making (SDM)
- Zugang zu Suizidmethoden einschränken

Diskussion



Wie hat Ihnen die Fortbildung gefallen?

Prof. Dr. med. Urs Hepp
www.hepp-health.ch hepp@hin.ch