

Literaturstudie und Bestandsaufnahme zu Sekundär-
und Tertiärprävention bei Suizidalität: Früherkennung
und Angebote im nicht-medizinischen und medizini-
schen Setting

Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit
(BAG), Sektion Nationale Gesundheitspolitik

Luzern, den 28. Mai 2015

IMPRESSUM

Autoren/Autorinnen
Fässler, Sarah, (Projektleitung)
Hanimann, Anina
Lauberau, Birgit
Oetterli, Manuela

INTERFACE
Politikstudien Forschung Beratung
Seidenhofstrasse 12
CH-6003 Luzern
Tel +41 (0)41 226 04 26
interface@interface-politikstudien.ch
www.interface-politikstudien.ch

Projektreferenz
Projektnummer: 14-48

INHALTSVERZEICHNIS

| | |
|---|----|
| ABSTRACT | 5 |
| ZUSAMMENFASSUNG | 6 |
| Ziele der Studie | 6 |
| Gegenstand der Studie | 6 |
| Methodisches Vorgehen der Studie | 8 |
| Ergebnisse der Studie | 9 |
| Bedarfsanalyse | 18 |
| Empfehlungen | 23 |
| RÉSUMÉ | 25 |
| Buts de l'étude | 25 |
| Objet de l'étude | 25 |
| Approche méthodologique adoptée | 27 |
| Vue d'ensemble des résultats | 28 |
| Analyse de besoin | 38 |
| Recommandations | 43 |
| I EINLEITUNG | 45 |
| 1.1 Zielsetzung | 45 |
| 1.2 Untersuchungsgegenstand | 45 |
| 1.3 Methodisches Vorgehen | 48 |
| 1.4 Chancen und Grenzen der Untersuchung | 50 |
| 1.5 Aufbau des Berichts und Dank | 51 |
| 2 LITERATURANALYSE | 52 |
| 2.1 Aussagekraft der Studien | 52 |
| 2.2 Zielgruppenorientierung | 53 |
| 2.3 Sekundäre Suizidprävention im nicht medizinischen Setting | 54 |
| 2.4 Sekundäre Suizidprävention im medizinischen Setting | 58 |
| 2.5 Tertiäre Suizidprävention | 61 |
| 3 BESTANDSAUFNAHME | 63 |
| 3.1 Akteure | 63 |
| 3.2 Sekundäre Suizidprävention im nicht-medizinischen Setting | 66 |
| 3.3 Sekundäre Suizidprävention im medizinischen Setting | 77 |
| 3.4 Tertiäre Suizidprävention | 89 |
| 3.5 Medienarbeit | 94 |

| | | |
|------|--|-----|
| 4 | BEDARFSANALYSE | 95 |
| 4.1 | Handlungsbedarf Sekundäre Suizidprävention im nicht-medizinischen Setting | 95 |
| 4.2 | Handlungsbedarf Sekundäre Suizidprävention im medizinischen Setting | 96 |
| 4.3 | Handlungsbedarf Tertiäre Suizidprävention | 98 |
| 4.4 | Empfehlungen | 99 |
| A1 | LITERATURVERZEICHNIS | 102 |
| A2 | BESTANDSAUFNAHME ARBEITSPAKET 1 | 104 |
| A3 | BESTANDSAUFNAHME ARBEITSPAKETE 2–5 | 122 |
| A3.1 | Suizidprävention durch Gesundheitsförderung und Prävention psychischer Krankheiten | 122 |
| A3.2 | Suizidprävention durch eingeschränkten Zugang zu den Mitteln | 125 |
| A3.3 | Prävention/Intervention Vereinsamung | 127 |
| A3.4 | Forschung und Monitoring | 129 |
| A4 | LÄNDERPORTRAITS | 133 |
| A4.1 | Methodisches Vorgehen | 133 |
| A4.2 | Erkenntnisse zu Strukturen und Prozessen in den vier Ländern | 133 |
| A4.3 | Erkenntnisse zu inhaltlichen Schwerpunkten in den vier Ländern | 139 |
| A4.4 | Erkenntnisse zu Wirkungen und Evaluation in den vier Ländern | 144 |
| A4.5 | Länderportrait Deutschland | 146 |
| A4.6 | Länderportrait Österreich | 150 |
| A4.7 | Länderportrait Frankreich | 156 |
| A4.8 | Länderportrait Schottland | 164 |

ABSTRACT

Mit der im Frühling 2014 angenommenen Motion Ingold (11.3973) „Suizidprävention. Handlungsspielraum wirkungsvoller nutzen“ wird der Bund beauftragt, einen „Aktionsplan zur Suizidprävention vorzulegen und umzusetzen. Das Ziel der vorliegenden Studie ist es, eine Grundlage für das erste Massnahmenpaket des Aktionsplans „Sekundär- und Tertiärprävention bei Suizidalität: Früherkennung und Angebote im nicht-medizinischen und medizinischen Setting“ bereitzustellen. Die Studie beruht auf einer Analyse der wichtigsten Übersichtsarbeiten zur Suizidprävention, Portraits zur Suizidpräventionsstrategie in vier Ländern, einer Bestandsaufnahme in der Schweiz mittels Experteninterviews und ergänzenden Internetrecherchen sowie einer Bedarfsanalyse. Der grösste Handlungsbedarf wird bei der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Berufsgruppen mit einer Früherkennungs- und Triagefunktion (Multiplikatoren-Schulungen) sowie bei der kontinuierlichen Nachbetreuung ausgemacht. Es wird empfohlen, ein schweizweites Netzwerk zur Suizidprävention auf- respektive auszubauen, regionale Netzwerke zur Suizidprävention zu stärken und zu verbreiten, die institutionelle Verankerung der Suizidprävention sicherzustellen und niederschwellige Strukturen in der psychiatrischen und psychologischen Versorgung schweizweit zu gewährleisten.

Avec la motion Ingold (11.3973) «Prévention du suicide. Mieux utiliser les leviers disponibles», acceptée au printemps 2014, la Confédération est chargée de présenter et de mettre en œuvre un «plan d'action pour la prévention du suicide». Le but de la présente étude est de préparer une base pour le premier paquet de mesures du plan d'action « Prévention secondaire et primaire du suicide: détection précoce et offres dans un setting non-médical et médical». L'étude repose sur une analyse des revues systématiques les plus importantes réalisées dans le domaine de la prévention du suicide, des portraits des stratégies de prévention du suicide dans quatre pays, un état des lieux en Suisse au moyen d'interviews d'expertes, ainsi que des recherches complémentaires sur Internet et une analyse des besoins. Le plus grand besoin d'agir se situe au niveau des formations de professionnels de première ligne et du suivi continu des personnes concernées. Il est recommandé de développer et d'élargir un réseau de prévention du suicide sur le plan suisse, de continuer et de renforcer les réseaux régionaux, d'assurer l'ancrage institutionnel et de garantir au niveau suisse des structures à bas seuil dans les soins psychiatriques et psychologiques.

ZUSAMMENFASSUNG

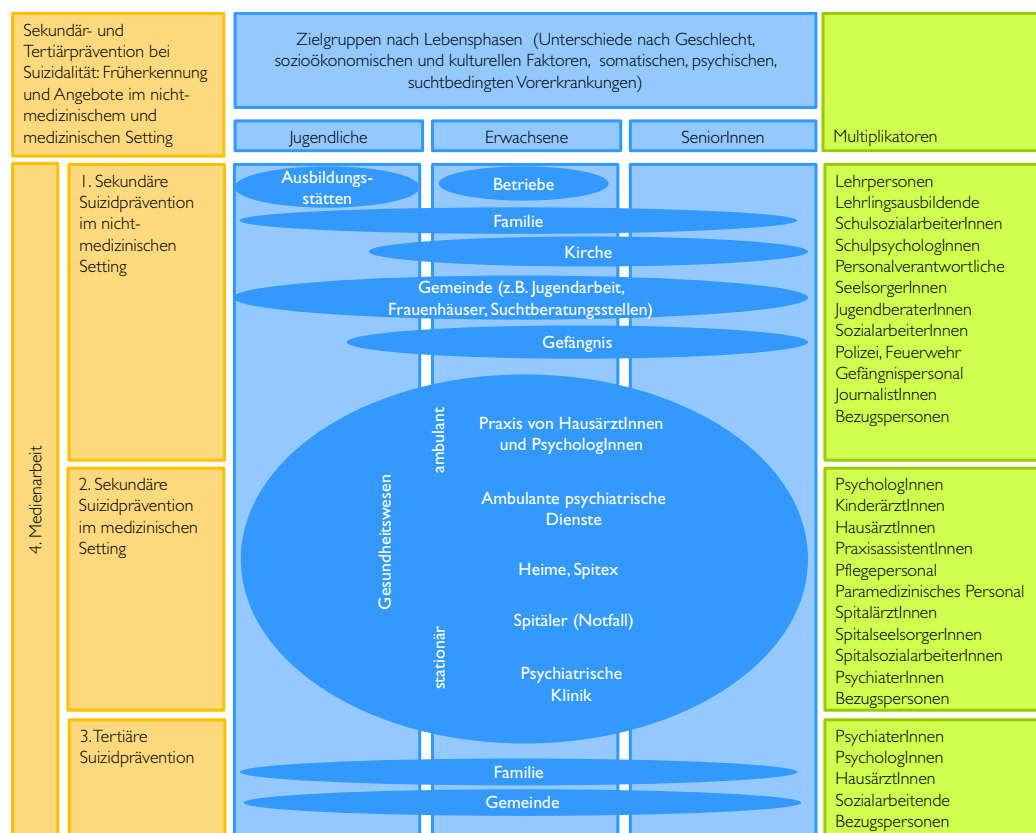
ZIELE DER STUDIE

Mit der im Frühling 2014 angenommenen Motion Ingold (11.3973) „Suizidprävention. Handlungsspielraum wirkungsvoller nutzen“ wird der Bund beauftragt, einen „Aktionsplan zur Suizidprävention vorzulegen und umzusetzen, der bei den anerkannten Hauptrisiken Depression und soziale Isolation ansetzt und die steigende Suizidrate zu brechen vermag“. Der geplante Aktionsplan wird fünf Arbeitspakete umfassen. Das Ziel der vorliegenden Studie ist es, eine Grundlage für das Arbeitspaket 1 bereitzustellen.

GEGENSTAND DER STUDIE

In der untenstehenden Darstellung wird das Arbeitspaket 1 „Sekundär- und Tertiärprävention bei Suizidalität: Früherkennung und Angebote im nicht-medizinischen und medizinischen Setting“ beschrieben.

Übersicht über das Arbeitspaket I



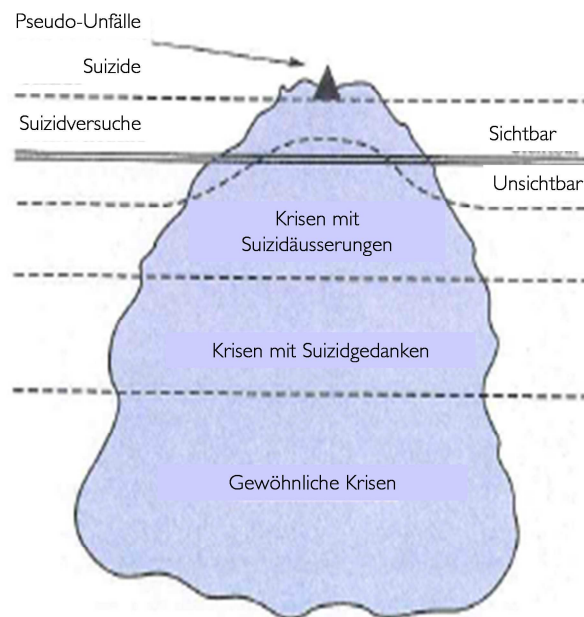
Quelle: eigene Darstellung basierend auf Pflichtenheft und Austausch mit Begleitgruppe.

Das Arbeitspaket 1 umfasst vier inhaltliche Schwerpunkte (orange markiert). Weiter werden die drei Zielgruppen Jugendliche, Erwachsene sowie SeniorInnen unterschied-

den, die sich in verschiedenen Settings bewegen (blau markiert). Schliesslich sind unterschiedliche Multiplikatoren Gegenstand der Untersuchung (grün markiert). Unter Multiplikatoren verstehen wir Berufsgruppen und Bezugspersonen, welche im Bereich der Sekundärprävention eine Rolle bei der Früherkennung und Triage von Personen in einer psychosozialen oder suizidalen Krise respektive im Bereich der Tertiärprävention bei der Nachbetreuung spielen. Im englischen Sprachraum wird dafür der Begriff Gatekeeper verwendet.¹

Sekundäre Suizidprävention: Die sekundäre Suizidprävention umfasst Strukturen und Prozesse zur Früherkennung von Krisen und die Überweisung der Betroffenen in eine adäquate Behandlung. Für die Definition einer für die Suizidprävention relevanten Krise orientieren wir uns am Eisberg Paradigma von Jeanneret (vgl. untenstehende Darstellung). Suizide und Suizidversuche sind nur die sichtbare Spitze eines Eisberges und oft erst das Ende einer langen Entwicklung. Diese beginnt bei gewöhnlichen Krisen, worunter psychosoziale Krisen verstanden werden. Wenn zusätzlich Suizidgedanken auftreten, wird aus einer psychosozialen Krise eine suizidale Krise. Die Früherkennung sollte entsprechend sowohl bei rein psychosozialen Krisen als auch bei suizidalen Krisen einsetzen.

Eisbergparadigma



Quelle: Ladame, F.; Jeanneret, O. (1982) : Suicide in adolescents : some comments on epidemiology and prevention. *Journal of Adolescence* ; 5 :355-366, zitiert in Michel, Konrad ; Frey, Conrad ; Merz, Markus (2000) : Krise und Suizid. Seminar für Ärzte. Basisdokument, Verbindung der Schweizer Ärzte FMH und Bundesamt für Gesundheit, Bern.

¹ Vgl. WHO (2014): Preventing suicide: a global imperative. World Health Organization, Geneva, Seite 38.

Bei der sekundären Suizidprävention unterscheiden wir zwischen nicht medizinischem und medizinischem Setting:

- *Nicht-medizinisches Setting:* Zu diesen Settings zählen Ausbildungsstätten, Betriebe, Gefängnisse, Gemeinden oder Kirchen. In diesen Settings braucht es niederschwellige Hilfsangebote, welche von Personen in Krisen selber rasch und unkompliziert in Anspruch genommen werden können. Andererseits sollten die in diesen Settings tätigen Multiplikatoren wie Lehrpersonen, Lehrlingsauszubildende, Personalverantwortliche, Jugend- und Sozialarbeitende oder auch Bezugspersonen befähigt werden, Menschen in Krisen zu erkennen, zu unterstützen und gegebenenfalls an weitere Fachleute zu verweisen.
- *Medizinisches Setting:* Im medizinischen Setting kann unterschieden werden zwischen ambulanten und stationären somatischen sowie psychiatrischen Versorgungseinrichtungen. Als Multiplikatoren stehen Berufsgruppen im Zentrum, welche in Arztpraxen, ambulanten psychiatrischen Diensten, Spitexdiensten, Heimen, Spitälern oder psychiatrischen Kliniken tätig sind.

Tertiäre Suizidprävention: Die tertiäre Suizidprävention umfasst einerseits die konsequente und langfristige Nachbetreuung von Personen nach einem Suizid. Dabei sind Prozesse zwischen den Schnittstellen Notfallaufnahme, Psychiatrie, ambulante psychiatrische respektive psychologische Versorgung sowie nicht medizinischen Settings von Interesse. Andererseits ist die Postvention, hier definiert als die Nachbetreuung von mit einem Suizid konfrontierten Hinterbliebenen und Berufsgruppen, Teil der tertiären Suizidprävention.

Medienarbeit: Die für das Arbeitspaket 1 relevante Medienarbeit umfasst eine sensible Berichterstattung nach einem Suizid. Eine sensible Berichterstattung löst keine Imitationshandlungen aus (Werther-Effekt), sondern zeigt am Beispiel von Betroffenen, wie Krisensituationen ohne suizidales Verhalten bewältigt werden können (Papageno-Effekt) indem sie beispielsweise auf einschlägige Hilfsangebote in nicht medizinischen und medizinischen Settings verweist.

METHODISCHES VORGEHEN DER STUDIE

Um geeignete Massnahmen für das erste Arbeitspaket des geplanten Aktionsplans bestimmen zu können, wurden vier methodische Zugänge kombiniert. Erstens wurde eine Literaturanalyse basierend auf neun wichtigen Übersichtsarbeiten zur Suizidprävention durchgeführt. Einzelstudien wurden in der Literaturanalyse nicht berücksichtigt. Zweitens wurden Portraits der Suizidpräventionsstrategien in Deutschland, Frankreich, Österreich und Schottland erstellt. Die Länderportraits geben einen guten Einblick, wie eine nationale Suizidpräventionsstrategie in unterschiedlichen politischen Kontexten ausgestaltet werden kann. Aufgrund der geringen Anzahl untersuchter Länder können die Aussagen in den Portraits nicht verallgemeinert werden. Drittens wurden im Rahmen einer Bestandsaufnahme mittels Experteninterviews und ergänzenden Internetrecherchen exemplarische Strukturen und Prozesse in der Schweiz identifiziert. Durch die Gegenüberstellung der Resultate dieser drei Erhebungen wurde – viertens – eine Bedarfsanalyse erstellt. Diese wurde mit den interviewten ExpertInnen validiert und als

Grundlage für die gemeinsame Formulierung von Empfehlungen zu geeigneten Massnahmen genutzt. Das gewählte Vorgehen erwies sich als pragmatisch, um auf effiziente Art und Weise die relevanten Fakten und Einschätzungen zusammenzutragen. Es wird aber nicht der Anspruch auf Vollständigkeit erhoben.

ERGEBNISSE DER STUDIE

In der untenstehenden Darstellung werden die Erkenntnisse aus den drei Erhebungen übersichtsmässig abgebildet. In der dritten Spalte wird aufgezeigt, wie gross die wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit der untersuchten Massnahmen ist. In der vierten Spalte wird beschrieben, wie viele der vier untersuchten Länder einen inhaltlichen Schwerpunkt bei den verschiedenen Massnahmen gesetzt haben. In der fünften Spalte wird dargestellt, wie der Bestand der einzelnen Massnahmen aus Expertensicht in der Schweiz zu beurteilen ist.

Synthese der Erkenntnisse

| Elemente | Massnahmen | Literaturanalyse: Evidenz der Wirksamkeit | Länderportraits: Anzahl Länder mit Schwerpunkt | Bestandesaufnahme: Bestand in der Schweiz |
|---|---|---|--|---|
| Sekundäre Suizidprävention im nicht-medizinischen Setting | Interventionen in Ausbildungsstätten | mittel | 2 | mittel |
| | Interventionen in weiteren Settings (z.B. Betriebe, Gemeinden) | mittel | 3 | tief |
| | Telefon- und Onlineberatung | hoch | 3 | hoch |
| | Multiplikatoren-Schulung | mittel | 4 | mittel |
| Sekundäre Suizidprävention im medizinischen Setting | Triage in der somatischen Versorgung | mittel | 1 | mittel |
| | Niederschwelliger Zugang zu und kontinuierliche Betreuung in der psychiatrischen/psychologischen Versorgung | tief | 3 | mittel |
| | Förderung adäquater therapeutischer und medikamentöser Ansätze | mittel | 0 | hoch |
| | Multiplikatoren-Schulung | hoch | 4 | tief |
| Tertiäre Suizidprävention | Kontinuierliche Nachbetreuung der Betroffenen | tief | 1 | tief |
| | Follow-up-Interventionen | mittel | 1 | hoch |
| | Postvention: Nachbetreuung der mit einem Suizid konfrontierten Hinterbliebenen und Berufsgruppen | tief | 1 | mittel |
| Medienarbeit | Medienrichtlinien und -arbeit | - | 4 | mittel |

Legende: In der Literaturanalyse wurde die Evidenz aufgrund fehlender Empirie als tief eingestuft.

SEKUNDÄRE SUIZIDPRÄVENTION IM NICHT MEDIZINISCHEN SETTING

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse aus den verschiedenen Erhebungen zur sekundären Suizidprävention im nicht medizinischen Setting beschrieben.

Interventionen in Ausbildungsstätten

Unter Interventionen in Ausbildungsstätten fallen Massnahmenbündel, welche über eine reine Multiplikatoren-Schulung hinausgehen und verschiedene Ausbildungsstätten auf Ebene Sekundarschulen, Berufsschulen, Gymnasien, Fachhochschulen und Universitäten betreffen.

Literaturanalyse: Die Evidenz der Interventionen in Ausbildungsstätten wird in den analysierten Übersichtsarbeiten als eingeschränkt beurteilt. Es gibt Hinweise, dass sie die Schutz- und Risikofaktoren positiv beeinflussen. Eine Wirksamkeit auf die Suizidrate konnte in wissenschaftlichen Untersuchungen jedoch nicht nachgewiesen werden. Trotzdem empfehlen die Autoren der Übersichtsarbeiten das Setting Schule für die Suizidprävention. Bezüglich der Ausgestaltung der Interventionen in Ausbildungsstätten gibt es wenig Hinweise in der Literatur. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) kommt zum Schluss, dass Multikomponentenprogramme, welche verschiedene Ansätze kombinieren (z.B. Curriculum-basiert, Skills-Training, Multiplikatoren-Schulung, Screening), nutzbringend sein könnten. Vereinzelt wird vor negativen Effekten des Peer-Ansatzes gewarnt. Dieser steht für den Einbezug von Gleichaltrigen in der sekundären Suizidprävention. Das kann zu einer Stigmatisierung der von einer suizidalen Krise Betroffenen und zu einer Überforderung der Peers durch Verantwortung und Schuld führen.

Länderportraits: In den untersuchten vier Ländern ist einerseits in Frankreich vorgesehen, Schulungen von SchulsozialarbeiterInnen und –psychologInnen anhand eines im Rahmen des Programms entwickelten Krisenleitfadens durchzuführen. Andererseits soll in Österreich die Erkennung und der Umgang von psychosozialen und suizidalen Krisen in bestehende Präventionsprogramme im Schulsetting integriert werden.

Bestandesaufnahme Schweiz: Die Internetrecherchen zeigten, dass in der Schweiz relativ viele Angebote im Bereich des Krisenmanagements für die obligatorische Schule bestehen, welche jedoch den Fokus eher bei der Vorbereitung auf sowie der Intervention bei akuten Krisen legen. Da sich suizidale Krisen jedoch relativ langsam zuspitzen, wäre die Früherkennung von psychosozialen und suizidalen Krisen bei SchülerInnen wichtiger. Hier hätten die Lehrpersonen gemäss den befragten ExpertInnen eine wichtige Rolle, weil sie im täglichen Kontakt mit den SchülerInnen stehen. Beim Krisenmanagement würden die Schulsozialarbeitenden und –psychologInnen den Lehrpersonen unterstützend zur Seite stehen. Aufgrund unzähliger Reformvorhaben sowie einer generellen Überlastung, seien die Schulen jedoch teilweise schwer für die Suizidprävention zu gewinnen. Im Bereich der Berufsbildung wird im Projekt „Companion“ von Gesundheitsförderung Schweiz auch die Erkennung und der Umgang mit suizidalen Verhaltensweisen thematisiert. Im Bereich der Tertiärbildung bestünden vereinzelt vielversprechende Projekte wie das Netzwerk Krise und Suizid an der Universität und der ETH Zürich sowie das geplante Projekt „Sentinelle“ in Genf indem versucht wird, mit einem Peer-Ansatz suizidale Gleichaltrige zu erkennen.

Weitere Settingbasierte Interventionen

Neben dem Setting Ausbildungsstätten kann die Suizidprävention auch Massnahmenbündel in weiteren Settings enthalten.

Literaturanalyse: Interventionen zur Suizidprävention in anderen Settings als in Ausbildungsstätten sind kaum untersucht. Vereinzelt gibt es Hinweise auf wirksame Interventionen in den Settings Arbeitsplatz, Militär, Gefängnis und Polizei. Allerdings werden in den Übersichtsarbeiten Interventionen in Gemeinden respektive Gemeinschaften empfohlen. Auch für weitere Settings werden in der Literatur Mehrkomponentenprogramme empfohlen.

Länderportraits: In Deutschland, Frankreich und Österreich sind in den nationalen Programmen Massnahmen in verschiedenen Settings vorgesehen (vgl. Länderportraits). Alle drei Länder haben Massnahmen im Setting Arbeit geplant. Zudem bestehen in Schottland Sensibilisierungs- und Schulungsaktivitäten für Betriebe auf regionaler Ebene. In den vier untersuchten Ländern handelt es sich bei den geplanten Aktivitäten in der Regel nicht – wie in der Literatur empfohlen – um Mehrkomponentenprogramme, sondern um einzelne Massnahmen. Eine Ausnahme bildet der Nationale Aktionsplan gegen Suizide in der Landwirtschaft in Frankreich (vgl. Länderportraits).

Bestandesaufnahme Schweiz: In der Schweiz gibt es praktisch keine spezifischen Angebote für andere Settings als für Ausbildungsstätten. Trotzdem wird die aktuelle Situation von einzelnen befragten ExpertInnen im Bereich der sekundären Suizidprävention im Strafvollzug als relativ gut beurteilt. Die Kirchen würden zwar eine wichtige Rolle als niederschwellige Anlaufstelle in ländlichen Regionen und für ältere Menschen spielen, könnten diese Rolle aber durch eine weitere Entstigmatisierung von Suiziden sowie einer Schulung der Seelsorgenden im Umgang mit Suizid im Alter noch besser wahrnehmen. Bei den Gemeinden wird die Suizidprävention von den interviewten ExpertInnen in der Jugendarbeit als gut, bei Beratungsstelle jedoch als optimierungsbedürftig betrachtet. Es gebe zu wenig niederschwellige Anlaufstellen für ältere Menschen, homo-, bi- und transsexuelle Jugendliche, MigrantInnen und Männer. Wie Suchtberatungsstellen auf eine Suizidgefährdung ihrer KlientInnen reagieren, sei unklar. Am schlechtesten wird die Situation im Setting Betriebe beurteilt, die sich eher für das Thema Burnout und Stressmanagement interessieren würden.

Telefon- und Onlineberatung

Die Telefon- und Onlineberatungsstellen beraten Menschen telefonisch oder per SMS, E-Mail oder Chat. Mehrheitlich geht es dabei um psychosoziale Krisen. Suizidale Krisen sind nur selten Gegenstand der Gespräche.²

Literaturanalyse: Die in den Übersichtsarbeiten gesammelte Evidenz spricht dafür, dass Telefonberatungen kurzfristig die Suizidraten senken können. Sie sind zudem weit verbreitet und stellen wahrscheinlich eine kosteneffiziente Massnahme dar. Da die Onlineberatungen neueren Datums sind, gibt es hier noch wenig Reviews. In der Literatur wird es als wichtig erachtet, dass die Methode des Zuhörens auf die Anrufenden abgestimmt wird, dass die Telefonberatungsstellen erneut Kontakt mit den Anrufenden

² Vgl. Daten der Dargebotenen Hand <https://www.143.ch/Organisation/Portraet-Tel-143/zahlen-fakten2014>, Zugriff 20.4.2015.

aufnehmen und dass ihre Telefonnummern an Orten mit hohem Suizidrisiko bekannt gemacht werden.

Länderportraits: Im Rahmen ihrer Suizidpräventionsstrategie arbeiten drei der vier Länder mit den Telefon- und Onlineberatungsanbietern zusammen. In Frankreich ist geplant, die Ausbildungsgänge und die Instrumente zur Qualitätssicherung der je dreizehn Telefon- und Onlineberatungsanbieter zu vereinheitlichen.

Bestandesaufnahme Schweiz: In der Schweiz besteht ein breites und bekanntes Angebot an Telefon- und Onlineberatung für verschiedene Zielgruppen. Umstritten ist, ob die Anbieter eine stärkere Rolle bei der Triage der Anrufer in die psychologische und psychiatrische Versorgung spielen sollen und ob Angebote in weiteren Sprachen einen Beitrag zur Suizidprävention leisten würden. Vereinzelt wurde die externe Ausbildung von freiwilligen Beratern als Qualitätssicherungsmaßnahme angeregt.

Multiplikatoren-Schulung (nicht medizinische Fachpersonen)³

Unter Multiplikatoren-Schulung laufen Aus- und Weiterbildungen für nicht medizinische Berufsgruppen, welche eine Rolle bei der Erkennung von psychosozialen und suizidalen Krisen spielen.

Literaturanalyse: Die Evidenz der Multiplikatoren-Schulung wird in den analysierten Übersichtsarbeiten als eingeschränkt beurteilt. Zwar können Wirkungen der Schulungen auf das Wissen, die Einstellung und teilweise das Verhalten der Multiplikatoren, nicht aber auf die Suizidrate belegt werden. Trotzdem werden Multiplikatoren-Schulungen sowohl in der Literatur als auch von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlen. In der Literatur wird als wichtig erachtet, dass die Multiplikatoren-Schulungen an den kulturellen Kontext angepasst sind und Informationen über lokale Hilfsangebote enthalten. Die Wirksamkeit der Schulungen wird unterstützt, wenn es formalisierte Zuständigkeiten für die Multiplikatoren und klar definierte Behandlungspfade gibt.

Länderportraits: Schulungen für verschiedene Multiplikatoren sind auch in allen vier untersuchten Ländern geplant respektive bereits umgesetzt. In Schottland spielt die nationale Programmkoordination der Suizidpräventionsstrategie bei der Qualitätssicherung der Multiplikatoren-Schulungen eine wichtige Rolle. In Österreich wird Wert darauf gelegt, die Schulungsunterlagen gestützt auf neuste wissenschaftliche Erkenntnisse zu aktualisieren.

Bestandesaufnahme Schweiz: Die Gespräche mit den ExpertInnen sowie die ergänzenden Internetrecherchen haben drei Erkenntnisse gebracht:

- *Regional unterschiedliche Abdeckung mit Multiplikatoren-Schulungen:* Die Abdeckung mit Multiplikatoren-Schulungen ist in der Westschweiz tendenziell höher als in der Deutschschweiz. Neben anderen Anbietern haben auch die in der Suizidprä-

³ In den untersuchten Übersichtsarbeiten sowie im Grundlagenbericht der Weltgesundheitsorganisation wird für die Multiplikatoren-Schulung der Begriff „Gatekeeper-Training“ verwendet (vgl. WHO (2014): Preventing suicide: a global imperative. World Health Organization, Geneva, Seite 38).

vention aktiven Vereine in praktisch allen Westschweizer Kantonen sowie den drei bevölkerungsstärksten Deutschschweizer Kantonen Zürich, Bern und Aargau eine wichtige Rolle bei der Schulung von Multiplikatoren.

- *Unterschiedliche Abdeckung der verschiedenen Berufsgruppen:* Bereits zufriedenstellend sei die Situation bei der Polizei und den Strafvollzugsbehörden. Bei den Sozialarbeitenden, SozialpädagogInnen und soziokulturellen AnimatorInnen würde die Suizidprävention sicher in der Westschweiz systematisch in der Ausbildung thematisiert und wahrscheinlich auch in der Deutschschweiz. Bei den Lehrpersonen sind in einem Kanton in der Ausbildung und in mehreren Kantonen in der Weiterbildung Aktivitäten zu verzeichnen. Nach Einschätzung verschiedener ExpertInnen sollten Lehrpersonen jedoch noch systematischer geschult werden. Ein Handlungsbedarf bestehe auch bei Seelsorgenden und in Unternehmen, wo kaum Angebote bestünden.
- *Inhaltliche Koordination der Multiplikatoren-Schulungen:* Von den befragten ExpertInnen wird die interdisziplinäre Ausrichtung sowie die Kontinuität der Multiplikatoren-Schulungen als wichtig erachtet. Die in der Suizidprävention aktiven Vereine würden hier teilweise bereits einen Beitrag leisten, indem sie anlässlich von regelmässigen Austauschtreffen Multiplikatoren aus unterschiedlichen Berufsrichtungen vernetzen und Inputs zur Suizidprävention geben. Es fehle jedoch eine schweizweite Qualitätssicherung, welche einerseits darauf achtet, dass die verschiedenen Multiplikatoren-Schulungen auf gemeinsamen sowie neusten wissenschaftlichen Standards beruhen und andererseits eine flächendeckende Abdeckung gewährleistet.

SEKUNDÄRE SUIZIDPRÄVENTION IM MEDIZINISCHEN SETTING

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse aus den verschiedenen Erhebungen zur sekundären Suizidprävention im medizinischen Setting dargestellt.

Triage in der somatischen Versorgung

Zur Aufgabe des Gesundheitspersonals in der somatischen Versorgung – das heisst in Hausarztpraxen, Altersheimen, Spitälern und bei der Spitex – gehört die Triage, das heisst die Erkennung von suizidalen PatientInnen und deren Überweisung an SpezialistInnen.

Literaturanalyse: In den Übersichtsarbeiten sind keine Informationen betreffend der Triage in der somatischen Versorgung enthalten. Lediglich Screening-Programme, die auf psychometrischen Instrumenten zur Identifizierung von suizidgefährdeten Personen basieren, werden in der Literatur untersucht. Es gibt Hinweise, dass Screening-Programme in Kombination mit Betreuung wirksam sind.

Länderportraits: In Schottland gibt es Risikobeurteilungsinstrumente für Pflegende und ÄrztInnen in den Notaufnahmen, welche im laufenden Suizidpräventionsprogramm verbessert werden.

Bestandesaufnahme Schweiz: In der Schweiz seien die HausärztInnen nach Einschätzung einzelner ExpertInnen bereits gut geschult in der Erkennung von depressiven Pati-

entInnen. Sie unterschätzten jedoch häufig die Suizidalität. Dies sei nach Aussage einzelner ExpertInnen besonderes in ländlichen Regionen der Fall, wo HausärztInnen relativ selten mit Suizidgefährdeten konfrontiert sind. Gleichzeitig bilden HausärztInnen in ländlichen Regionen eine wichtige Anlaufstelle für suizidale PatientInnen, weil eine psychiatrische und psychologische Versorgung fehle. Sie wüssten jedoch teilweise nicht, an welche Stellen sie sich für die Weiterbehandlung der PatientInnen wenden können. Hier bieten psychiatrische Notfallnummern für Fachleute im Kanton Waadt Hilfe. Die ärztlichen Notfallnummern würden in allen Kantonen eine wichtige Rolle bei der Triage spielen, wenn die Hausärztin/der Hausarzt nicht erreichbar ist. Mit Ausnahme des Kantons Waadt ist allerdings unklar, inwiefern die Mitarbeitenden der Notfallnummern bezüglich der Erkennung von suizidalen Krisen geschult wurden. In Universitäts- und grossen Kantonsspitalen sei die Erkennung von suizidalen PatientInnen nach Ansicht mehrerer ExpertInnen dank integrierter psychiatrischer Konsiliar- und Liaisondiensten bereits gut im Gegensatz zu kleineren Spitälern und Altersheimen, wo solche Dienste in der Regel fehlen beziehungsweise nicht rund um die Uhr verfügbar sind.

Niederschwelliger Zugang zu und kontinuierliche Betreuung in der psychiatrischen und psychologischen Versorgung
 Ein niederschwelliger Zugang zur psychiatrischen und psychologischen Versorgung ist wichtig, damit psychisch erkrankte respektive suizidale PatientInnen schnell und unkompliziert fachliche Hilfe in Anspruch nehmen können.

Literaturanalyse: Die Verbesserung des Zugangs zur medizinischen Versorgung ist gemäss der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein wichtiges Element einer universellen Präventionsstrategie. Konkrete Massnahmen zur Schaffung eines niederschweligen Zugangs wurden in den Übersichtsarbeiten nicht untersucht.

Länderportraits: Drei der vier untersuchten Länder sind in diesem Bereich aktiv. In Österreich wird in der Suizidpräventionsstrategie auf einen flächendeckenden Ausbau der Kriseninterventionszentren und Care Teams gesetzt. In Österreich ist zudem geplant, dass Risikogruppen aktiv von Fachleuten kontaktiert werden. In Frankreich gibt es dafür bereits mobile psychiatrische Teams. In Schottland sollen bestehende Qualitätssicherungsprogramme in der psychiatrischen Versorgung dafür genutzt werden.

Bestandesaufnahme Schweiz: In der Schweiz gibt es unterschiedliche niederschwellige Strukturen in der psychologischen und psychiatrischen Versorgung, welche von den PatientInnen ohne Überweisung durch eine Hausärztin/einen Hausarzt rund um die Uhr genutzt werden können. Die Abdeckung mit niederschweligen Strukturen ist nach Einschätzung der ExpertInnen jedoch in ländlichen Regionen sowie bei Jugendlichen und MigrantInnen schlecht. Die nach wie vor in der Gesellschaft vorhandene Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen könne selbst bei niederschweligen Strukturen eine Hemmschwelle für die Inanspruchnahme insbesondere von älteren Menschen sein. Eine Koordination zur Gewährleistung der Behandlungspfade fehle weitgehend. Diese mangelnde Koordination betreffe nicht nur die gesamte Gesundheitsversorgung, sondern auch den Austausch zwischen sozialen und medizinischen Fachpersonen. Dieser Austausch wird explizit durch das aiRe d'ados in Genf, das Réseau Entraide Valais und die Suizidrapporte in Biel, St. Gallen, Winterthur und Zürich gefördert. Suizidrapporte

sind informelle Vernetzungsgefäße für Fachpersonen aus dem nicht medizinischen und medizinischen Bereich. Im Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit bestehen Behandlungspfade für Kinder und Jugendliche, Erwachsene und ältere Menschen. Die ExpertInnen regen an, dass die Anstrengungen zur Zusammenarbeit verschiedener Akteure aus dem Sozial- und Gesundheitswesen sowie der Arbeitswelt weiterverfolgt und verbessert werden.

Förderung adäquater therapeutischer und medikamentöser Ansätze
Es gibt verschiedene therapeutische und medikamentöse Ansätze für die Behandlung von Personen in einer psychosozialen oder suizidalen Krise.

Literaturanalyse: In den Übersichtsarbeiten wird die Evidenz bezüglich geeigneter Therapiemethoden als eingeschränkt beurteilt, weil die Datenlage sehr heterogen ist. Bei Erwachsenen wird die kognitive Verhaltenstherapie im weitesten Sinne als vielversprechend erachtet. Für Jugendliche bestehen keine Empfehlungen. In den meisten Übersichtsarbeiten wurden Pharmakotherapien nicht untersucht. Eine ergänzende Literaturanalyse zur Wirksamkeit von Pharmakotherapien ist nicht Gegenstand der Studie.

Bestandesaufnahme Schweiz: Die befragten ExpertInnen erachten eine kontinuierliche Patient-Therapeuten-Beziehung sowohl bei der Betreuung psychisch erkrankter als auch suizidaler Personen wichtiger als einen bestimmten Therapieansatz. In der Schweiz komme eine breite Palette von Therapien zur Anwendung, welche auf die PatientInnen abgestimmt sei. Allerdings wird von mehreren ExpertInnen der systemische Ansatz, welcher das Umfeld der PatientInnen mit einbezieht, als wichtig erachtet.

Multiplikatoren-Schulungen (medizinische Fachpersonen)⁴

In diesem Abschnitt werden Aus-, Weiter- und Fortbildungen für das medizinische Personal (ÄrztInnen, Pflegende, PraxisassistentInnen, Empfangspersonal) beschrieben.

Literaturanalyse: Da der Effekt von Multiplikatoren-Schulungen bei medizinischen Fachleuten schlecht isoliert werden kann, wird der Wirkungsnachweis in den untersuchten Übersichtsarbeiten als schwierig beurteilt. Bei medizinischem Personal konnten allerdings erhöhte Diagnose- und Behandlungsraten von depressiven PatientInnen und gleichzeitig verringerte Suizidraten gezeigt werden. Multiplikatoren-Schulungen werden als vielversprechend beurteilt und sind weit verbreitet. Dabei wird es als wichtig erachtet, dass die Multiplikatoren-Schulungen regelmässig und kontinuierlich über die Jahre durchgeführt werden, sich spezifisch auf bestimmte Krankheiten wie Depressionen ausrichten und die Mehrheit des medizinischen Personals einschliessen.

Länderportraits: Alle der vier untersuchten Länder haben Multiplikatoren-Schulungen für medizinische Fachpersonen geplant. Das schottische Suizidpräventionsprogramm gibt den Regionen als Zielvorgabe, dass mindestens 50 Prozent der ersten Kontaktpersonen der nationalen Gesundheitsbehörde (NHS) im Hinblick auf die Suizidprävention

⁴ In den untersuchten Übersichtsarbeiten sowie im Grundlagenbericht der Weltgesundheitsorganisation wird für die Multiplikatoren-Schulung der Begriff „Gatekeeper-Training“ verwendet (vgl. WHO (2014): Preventing suicide: a global imperative. World Health Organization, Geneva, Seite 38.

geschult werden. Zudem sind in Schottland und Österreich, Massnahmen zur Qualitätssicherung der Multiplikatoren-Schulungen vorgesehen.

Bestandesaufnahme Schweiz: In der Gesundheitsversorgung gibt es gemäss ExpertInnen nur sehr punktuelle Schulungen mit Ausnahme von PsychiaterInnen, welche in ihrer Weiterbildung mit dem Thema Suizid konfrontiert sind. Ein Schulungsbedarf bei der Erkennung suizidaler PatientInnen besteht aus Sicht der befragten ExpertInnen insbesondere bei HausärztInnen, Spitexmitarbeitenden, Pflegenden sowie NotfallärztInnen. Bei PsychiaterInnen und PsychologInnen sei es wichtig, die Einschätzung der Suizidalität regelmässig zu üben.

TERTIÄRE SUIZIDPRÄVENTION

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse aus den verschiedenen Erhebungen zur tertiären Suizidprävention präsentiert.

Kontinuierliche Nachbetreuung der Betroffenen

Damit die Nachbetreuung von Personen nach Suizidversuchen kontinuierlich erfolgt, braucht es eine Koordination über die Versorgungskette von der Notfallaufnahme über die stationäre psychiatrische Versorgung bis zur ambulanten psychiatrischen oder psychologischen Versorgung.

Literaturanalyse: Eine kontinuierliche Betreuung wird in den Übersichtsarbeiten als wichtig erachtet. Insbesondere wird unterstrichen, dass eine strukturierte Zusammenarbeit zwischen den Spitälern und der Nachsorge besteht und dass die Betreuungspersonen häufig und über einen längeren Zeitraum hinweg in Kontakt mit den PatientInnen bleiben.

Länderportraits: Die Nachbetreuung durch eine bessere Organisation der Versorgungskette wird lediglich in der französischen Suizidpräventionsstrategie thematisiert. Es ist geplant, die Behandlungspfade zwischen Notfallstationen und der Psychiatrie mittels Behandlungsprotokollen respektive Übereinkommen zu verbessern.

Bestandesaufnahme Schweiz: In den Notfallstationen von Universitätsspitalern und grossen Kantonsspitalern ist die Betreuung von PatientInnen nach einem Suizidversuch dank dem Beizug der psychiatrischen Konsiliar- und Liaisondiensten nach Einschätzung mehrerer ExpertInnen relativ gut – im Gegensatz zu kleineren Spitalern. Problematisch seien die Schnittstellen zwischen Notfallstationen und psychiatrischer Versorgung einerseits sowie zwischen der stationären psychiatrischen und der ambulanten psychiatrischen respektive psychologischen Versorgung andererseits. Bei diesen Übergängen könne die personelle Kontinuität in der Nachbetreuung nicht aufrechterhalten werden. Da der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen PatientInnen und TherapeutInnen gerade nach Suiziden von Bedeutung ist, werden solche personellen Brüche von den befragten ExpertInnen als problematisch erachtet. Sie sind auch der Ansicht, dass bei der Nachbetreuung zu wenig bei Anlaufstellen angeknüpft werde, welche die PatientInnen vor dem Suizidversuch nutzten (z.B. HausärztInnen). Damit personelle Brüche nicht zu einem Abbruch der Nachbetreuung führen würden, schlagen die ExpertInnen vor, dass die Fachpersonen untereinander besser kommunizieren. Sehr schlecht wird zudem die psychiatrische und psychologische Nachbetreuung von Jugendlichen beur-

teilt, weil diese nach einem Suizidversuch häufig nicht medizinisch betreut würden und grosse Zurückhaltung bei der Überweisung in eine psychiatrische Behandlung bestünde.

Follow-up-Interventionen

Bei den Follow-up-Interventionen handelt es sich um unterschiedliche Massnahmen wie Therapien, Notfallkarten, Postkarten oder eine Unterstützung per Telefon.⁵

Literaturanalyse: Da es sich bei der Nachbetreuung um ein heterogenes Spektrum von Massnahmen handelt, können in den Übersichtsarbeiten keine Schlüsse über die Wirksamkeit gezogen werden. Bei den Notfallkarten hat sich allerdings ein nicht statistisch signifikanter Trend zu weniger häufigen Suizidversuchen gezeigt. Diese Karten helfen PatientInnen in einer erneuten Krisensituation schnell Zugang zu Hilfe zu finden.

Länderportraits: Von den vier untersuchten Ländern hat lediglich Frankreich in der aktuellen Strategie die Abgabe von Notfallkarten geplant.

Bestandesaufnahme Schweiz: In der Schweiz sind Notfallkarten teilweise vorhanden. Sie können aber eine konsequente und kontinuierliche Nachbetreuung nicht ersetzen. Diese fehlt jedoch zurzeit in der Schweiz (vgl. kontinuierliche Nachbetreuung).

Postvention: Nachbetreuung der mit einem Suizid konfrontierten Hinterbliebenen und Berufsgruppen

Die Postvention betrifft Massnahmen für Hinterbliebene nach einem Suizid respektive für Berufsgruppen, die regelmässig mit Suiziden konfrontiert werden.

Literaturanalyse: Für die Wirkung von Selbsthilfegruppen oder anderen Betreuungsangeboten für Hinterbliebene auf die Suizidrate gibt es in der Literatur keine Belege. Bei Selbsthilfegruppen sowie familienzentrierten Massnahmen gibt es Hinweise, dass sie emotionalen Stress reduzieren können.

Länderportraits: Die Postvention wird lediglich in Frankreich explizit in der Suizidpräventionsstrategie thematisiert. Die Massnahmen zielen einerseits auf die Schulung des Gesundheitspersonals im Umgang mit Angehörigen ab und andererseits auf die Bereitstellung von Leitfäden für Fachleute in Heimen und Spitexdiensten.

Bestandesaufnahme Schweiz: In der Schweiz sind Care Teams flächendeckend vorhanden und werden gemäss ExpertInnen auf Wunsch der Hinterbliebenen oder nach Ermessen der Einsatzkräfte (Polizei, Notfallarzt, Feuerwehr) nach einem Suizid beigezogen. Die Care Teams würden jedoch in der Regel eine Akutintervention und nur in seltenen Fällen ein Folgegespräch gewährleisten. Eine längerfristige Hilfestellung würden dagegen Selbsthilfegruppen bieten. Diese seien jedoch nicht überall vorhanden und teilweise zu wenig bekannt.

⁵ Notfallkarten, Krisenkarten oder so genannte Green-Cards sind unterschiedlich ausgestaltet. Im Wesentlichen handelt es sich um handliche Karten, die der Patient oder die Patientin bei sich tragen soll, um in Krisensituationen schnell Zugang zu Hilfe zu finden (z.B. in Form einer Notfalltelefonnummer). Mittels Postkarten oder per Telefon werden Personen nach einem Suizidversuch regelmässig kontaktiert.

MEDIENARBEIT

Im Bereich der Medienarbeit soll über Schulungen von JournalistInnen oder Richtlinien eine angemessene Berichterstattung über Suizide in der Presse, in sozialen Medien sowie in Radio und Fernsehen gewährleistet werden.

Literaturanalyse: Die Analyse der Bedeutung der Medienarbeit für die Suizidprävention war nicht Gegenstand der Untersuchung.

Länderportraits: In Österreich und Schottland sind Richtlinien für die Medienberichterstattung vorhanden respektive geplant. In Frankreich wurden mit Erfolg Informations- und Sensibilisierungsveranstaltungen an den Schulen für angehende JournalistInnen über eine angemessene Kommunikation zur Suizidprävention durchgeführt.

Bestandesaufnahme Schweiz: In den 90er Jahren hat die FMH nach Auskunft von ExpertInnen Medienrichtlinien herausgegeben. Eine zweite Auflage dieser Richtlinien wurde 2004 vom Dachverband Ipsilon publiziert. Diese Richtlinien seien insbesondere in der Deutschschweizer Presse bekannt und würden gut beachtet. In der Romandie gewährleistet die Organisation Stop Suicide nach Auskunft von ExpertInnen im Auftrag des Kantons Waadt eine umfangreiche Sensibilisierung der JournalistInnen (Besuche von Redaktionen, Beiträge an die Berichterstattung, Medienmonitoring). In der Deutschschweiz sind punktuelle Aktivitäten vorhanden.

BEDARFSANALYSE

Im Rahmen eines Expertenworkshops wurden die Erkenntnisse aus der Literaturanalyse, den Länderporträts und der Bestandsaufnahme diskutiert und daraus der Handlungsbedarf für die Schweiz abgeleitet sowie Empfehlungen im Hinblick auf die Erarbeitung des Aktionsplans formuliert. Die ExpertInnen wurden im Rahmen des Workshops gebeten, zu bestimmen, bei welchen Massnahmen sie den höchsten Handlungsbedarf sehen. Es zeigte sich indes in der Diskussion, dass die ExpertInnen die Massnahmen nur schwer isoliert beurteilen konnten, da diese gemäss ihrer Expertise oftmals eng miteinander zusammenhängen. Die Medienarbeit war nicht Gegenstand der Diskussionen.

HANDLUNGSBEDARF SEKUNDÄRE SUIZIDPRÄVENTION IM NICHT-MEDIZINISCHEN SETTING

Für das Setting *Ausbildungsstätten* werden in der Literatur Mehrkomponentenprogramme empfohlen, welche der Förderung der psychischen Gesundheit allgemein und nicht primär der Erkennung von suizidalen Krisen dienen.⁶ Gemäss den befragten ExpertInnen seien für die Volksschule generelle Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit sowie zur Erkennung von psychosozialen Krisen bei SchülerInnen

⁶ Ein Bericht des Kantons Waadt, welcher unter anderem auf einer auf das Schulsetting fokussierten Literaturanalyse basiert, kommt zum Schluss, dass in Schulen einerseits Programme zur Unterstützung des Zusammenlebens gefördert werden sollen und andererseits die nicht pädagogischen Fachpersonen an Schulen darin ausgebildet werden, wie sie Jugendliche in Krisen erkennen (vgl. Duperré, Olivier; Durgnat, Christine; Richard, Céline [2012]: Prévention du suicide des jeunes dans le canton de Vaud. Dossier technique pour la réponse au postulat Dévaud. Unité de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire, S. 29).

und deren Weiterleitung an spezialisierte Fachpersonen sinnvoll. Auf Stufe der Berufs- und Tertiärbildung hingegen nehme die Bedeutung von spezifischen Suizidpräventionsmassnahmen zu, da der Anteil an allen Suiziden in der Altersgruppe der 20- bis 29-Jährigen am höchsten ist.⁷ Das kann und durch den Übergang von der Ausbildung ins Erwerbsleben bedingt sein, welcher Krisen auslösen kann. In der Schweiz bestehen in der Berufs- und Tertiärbildung interessante Projekte, welche stärker verbreitet werden könnten. Ein Netzwerk könnte hier nach Einschätzung der ExpertInnen Unterstützung leisten.

Nebst den Ausbildungsstätten ist auch an die Suizidprävention in weiteren Settings zu denken, insbesondere in Betrieben und in Gemeinden. In den *Gemeinden* gilt es einerseits, die in den Beratungsstellen tätigen Sozialarbeitenden und PsychologInnen für die Suizidprävention zu sensibilisieren. Insbesondere die Suchtpräventionsstellen würden sich nach Einschätzung der ExpertInnen anbieten, die Thematik stärker aufzugreifen. Andererseits sei die Vernetzung der Beratungsstellen mit der psychologischen und psychiatrischen Versorgung wichtig. Für das Setting *Betriebe* bietet es sich aus Expertensicht insbesondere an, die Erkennung von und den Umgang mit suizidalen Krisen vermehrt in bestehende Instrumente zur Förderung der betrieblichen Gesundheit zu integrieren. Zudem schlagen die ExpertInnen vor, die Thematik in den Leitbildern oder Qualitätsmanagementsystemen der Institutionen und Betriebe zu verankern. Schliesslich regen die ExpertInnen an, die Thematik auch in die Aus- und Weiterbildungen von Personalverantwortlichen und Lehrlingsausbildner/-innen verstärkt zu integrieren.

Losgelöst von den Settings beraten *Telefon- und Onlineberatungsstellen* Menschen in psychosozialen oder suizidalen Krisen. Diese Stellen werden in der Literatur als wirksames Mittel für die Reduzierung der Suizidraten eingestuft. Die ExpertInnen erachten diese Angebote als wichtig, regen aber an zu prüfen, ob die bestehenden Angebote über ein gemeinsames Portal beziehungsweise eine einzige Nummer gebündelt werden könnten. Auch zu diskutieren sei, wo der ideale Mix zwischen einem aktiven Angebot (z.B. Triage oder zumindest Rückruf) oder einem passiven Angebot (primär aktives Zuhören) liege. Falls die Beratenden eine aktivere Rolle zukommen solle, sei eine Weiterbildung der Beratenden notwendig. Diese sollten lernen, Suizidabsichten systematisch anzusprechen und eine suizidale Krise im Rahmen der Beratung zu entschärfen. Die ExpertInnen verweisen schliesslich auf die Gefahr, dass einzelne Beratungsangebote in Zukunft anderweitig finanziert werden müssen, da sich beispielsweise die Kirchen immer mehr aus der Finanzierung zurückziehen.

Damit die Berufsgruppen in Ausbildungsstätten, Gemeinden, Betrieben sowie bei der Telefon- und Onlineberatung ihre Früherkennungs- und Triagefunktion wahrnehmen können, sind aus Sicht der ExpertInnen *Multiplikatoren-Schulungen* zentral. Zwar bestehen bereits einige Multiplikatoren-Schulungen, diese könnten aber noch stärker verbreitet werden. Zudem stelle der Aufbau von Know-How eine wichtige Voraussetzung dar, dass Interventionen in verschiedenen Settings durchgeführt werden können. Gemäss den ExpertInnen sollte sichergestellt werden, dass insbesondere Lehrpersonen, aber auch Sozialarbeitende und Seelsorgende bereits in ihrer Ausbildung dafür sensibi-

⁷ Bei den 0- bis 19-Jährigen machen die Suizide 7 Prozent und bei den 20- bis 29-Jährigen 28 Prozent aller Todesfälle in dieser Altersgruppe aus (<<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html>>, Zugriff am 19.3.2015).

lisiert werden, wie suizidale Krisen erkannt und die Betroffenen darauf angesprochen werden können. Nebst dieser Ausbildung sei jedoch zusätzlich eine kontinuierliche Weiterbildung wichtig. Dabei müsse sichergestellt werden, dass nicht nur jene sich weiterbilden, die bereits sensibilisiert und kompetent seien. Die Weiterbildung sollte möglichst nahe beim Berufsalltag ansetzen, damit die Multiplikatoren wie in der Literatur empfohlen, die lokalen Hilfsangebote kennen und Personen in suizidalen Krisen weiterweisen können. Für die Durchführung von Multiplikatoren-Schulungen würden es die ExpertInnen als hilfreich erachten, wenn bereits bestehenden Schulungsunterlagen im Sinne von Open Source gesammelt würden.

HANDLUNGSBEDARF SEKUNDÄRE SUIZIDPRÄVENTION IM MEDIZINISCHEN SETTING

Das Gesundheitspersonal in der somatischen Versorgung hat eine wichtige *Früherkennungs- und Triagefunktion*, das heisst die Erkennung von suizidalen PatientInnen und deren Überweisung an SpezialistInnen. Mit den Konsiliar- und Liaisondiensten bestehen in grossen Spitälern bereits Strukturen, welche die Triage erleichtern. Die Verfügbarkeit solcher Dienste könne nach Einschätzung der ExpertInnen jedoch dazu führen, dass sich die somatischen ÄrztInnen für psychosoziale oder suizidale Krisen nicht zuständig erachten und sich im Umgang mit solchen Krisen unsicher fühlen würden. In kleinen Spitälern sei für eine erfolgreiche Triage entscheidend, wie leicht erreichbar die externen Konsiliar- oder Liaisondienste seien. Die HausärztInnen könnten sich telefonisch an die Triagestellen wenden, welche in den letzten zehn Jahren in vielen psychiatrischen Kliniken geschaffen wurden. Das Angebot dieser Triagestellen könnte bei den HausärztInnen allenfalls noch besser bekannt gemacht werden. Zusätzlich könnte die Inanspruchnahme von Konsiliar- und Liaisondiensten respektive Triagestellen gefördert werden, indem beim somatischen Gesundheitspersonal zeitliche und innere Hemmschwellen im Umgang mit Personen in einer psychosozialen oder suizidalen Krise überwunden würden.

Nebst der Triage über Berufsgruppen ist gemäss den ExpertInnen zentral, dass Personen in psychosozialen oder suizidalen Krisen einen direkten *niederschweligen Zugang zur psychiatrischen und psychologischen Versorgung* haben. Mit diversen Kriseninterventionszentren seien in den letzten Jahren bereits einige niederschwellige psychiatrische und psychologische Versorgungsstrukturen geschaffen worden. Handlungsbedarf besteht gemäss den ExpertInnen in einer vollständigen Abdeckung aller Regionen sowie aller Zielgruppen. Insbesondere würden niederschwellige Versorgungsstrukturen für Jugendliche sowie in der Westschweiz fehlen. Zudem wird keine *integrierte Versorgung* vom Sozialbereich in die stationäre Psychiatrie und die ambulante psychiatrische respektive psychologische Versorgung gewährleistet. Hier setzen die Suizidrapporte in mehreren Deutschschweizer Städten, das Air d'Ados in Genf sowie das Réseau d'entraide im Wallis an. Diese Beispiele werden von den ExpertInnen als interessant erachtet. Die ExpertInnen haben die Erfahrung gemacht, dass solche Netzwerke funktionieren, wenn eine Institution die Verantwortung für die Netzwerkarbeit übernehme und dafür einen Leistungsauftrag des Kantons erhalte.

Die ExpertInnen sehen in Bezug auf die *Förderung adäquater therapeutischer und medikamentöser Ansätze* bei der Behandlung von psychisch erkrankten und suizidalen PatientInnen keinen prioritären Handlungsbedarf. Sowohl aufgrund der Literaturana-

lyse als auch der Bestandsaufnahme drängt sich keine bestimmte Therapie auf. Die ExpertInnen betonen aber die Wichtigkeit der Beziehung zwischen Behandlungspersonal und Patient. Von Bedeutung sei zudem der Einbezug von Angehörigen oder Bezugspersonen.

Damit das medizinische Personal seine Früherkennungs- und Triagefunktion wahrnehmen kann, werden *Multiplikatoren-Schulungen* von den ExpertInnen (in Übereinstimmung mit der Literatur) als sehr wichtig eingestuft. Für die ExpertInnen ist von Bedeutung, dass das ärztliche und pflegerische Personal in Arztpraxen, Spitälern und Heimen kontinuierlich und flächendeckend geschult wird. Entsprechende Empfehlungen finden sich auch in der Literatur. Wichtig sei, dass Schulungen nicht nur jene Personen erreichen, die bereits sensibilisiert und kompetent seien. Die ExpertInnen raten, dass die sekundäre Suizidprävention insbesondere im Curricula von HausärztInnen verankert wird. Entsprechende Lernziele sind bereits in der Basisweiterbildung der Allgemeinen Inneren Medizin⁸, den Lernzielen für HausärztInnen⁹ sowie im Schwerpunkt Geriatrie¹⁰ enthalten. Um die Erreichung dieser Lernziele sicherzustellen, sei zu prüfen, ob die Anerkennung als Weiterbildungsstätte für Allgemeine Medizin daran geknüpft werden solle. Die ExpertInnen sind der Ansicht, dass die Multiplikatoren-Schulungen neben der Früherkennung und Thematisierung von Suizidabsichten bei den PatientInnen auch Informationen beinhalten sollten, wie und durch wen die PatientInnen weiterbehandelt werden können. Die Schulungen sollten möglichst nahe am Berufsalltag ansetzen und zum Beispiel Rollenspiele oder Fallbesprechungen integrieren. Es wurde betont, dass es nicht nur darum gehen dürfe Wissen und Kompetenzen zu vermitteln, sondern auch an Werthaltungen zu arbeiten.

HANDLUNGSBEDARF TERTIÄRE SUIZIDPRÄVENTION

Eine *kontinuierliche Nachbetreuung* nach einem Suizidversuch wird in der Literatur als wichtiges Element in der Suizidprävention erachtet. Die ExpertInnen orten hier für die Schweiz ebenfalls einen hohen Handlungsbedarf. Eine personelle Kontinuität von der Notfallstation über die stationäre psychiatrische zur ambulanten psychiatrischen respektive psychologischen Versorgung wird jedoch in der Schweiz selten gewährleistet. Diese wäre aber eine wichtige Voraussetzung, um Personen nach einem Suizidversuch für eine Nachbetreuung zu gewinnen. Die ExpertInnen erachten die Definition gewisser Standards für Behandlungspfade als gute Möglichkeit eine kontinuierliche Nachbetreuung zu gewährleisten. Diese könnten auch vergütungsrelevant sein: Die ExpertInnen stellen zur Diskussion, dass z.B. die Spitäler für PatientInnen, die nach einem Suizidversuch in der Notfallaufnahme behandelt und nicht von einem/r PsychiaterIn begutachtet werden, keine Vergütung der Kosten erhalten. Um die Umsetzung dieser Standards für die Behandlungspfade sicherzustellen, müsse der Kontext in einer Versorgungsregion berücksichtigt und geeignete Follow-up-Interventionen zur Verfügung gestellt werden. Weiter regen die ExpertInnen an, auch Bezugspersonen sowie Institutionen auf Gemeindeebene (z.B. Beratungsstellen) sowie in Betrieben in die Nachbetreuung miteinzubeziehen. Allerdings müssten Bezugspersonen auch entlastet und auf Hilfsangebote aufmerksam gemacht werden.

⁸ http://www.fmh.ch/files/pdf/16/aim_anhang_1_d.pdf, Seite 14.

⁹ http://www.fmh.ch/files/pdf/16/aim_anhang_2_d.pdf, Seite 12.

¹⁰ http://www.fmh.ch/files/pdf/14/aim_anhang_4_d.pdf, Seite 3.

Bei den *Follow-up-Interventionen* handelt es sich um Massnahmen wie unterschiedliche Therapien, Notfallkarten, Postkarten oder eine Unterstützung per Telefon. Die ExpertInnen sehen diese Massnahmen als Bestandteil der kontinuierlichen Nachbetreuung. So würden etwa Postkarten dazu beitragen, ein kontinuierliches Arzt-PatientInnenverhältnis aufrechtzuerhalten. Konkrete Interventionen würden erst die Umsetzung der oben erwähnten Behandlungspfade ermöglichen. Bislang würden bestehende Massnahmen aber oft nur ungenügend umgesetzt, weil die erforderlichen Ressourcen oder das notwendige Wissen fehlen. Aus diesem Grund sehen die ExpertInnen hier ebenfalls einen hohen Handlungsbedarf. Als zentral erachten die ExpertInnen, dass erfolgreiche Konzepte aus der Praxis in die Behandlungspfade eingebunden werden. Als erfolgreiche Massnahmen wurden im Rahmen des Workshops die Methode der Kurztherapie nach Michel und Gysin-Maillard (Attempted Suicide Short Intervention Programm [ASSIP]), Notfallkarten oder auch Follow-up-Anrufe genannt.

Im Rahmen der Nachbetreuung ist auch an *Massnahmen für Hinterbliebene* nach vollendetem Suizid respektive für Berufsgruppen, die regelmässig mit Suiziden konfrontiert werden, zu denken (Postvention). Die Evidenz dazu ist in der Literatur nicht sehr schlüssig. Die ExpertInnen stufen den Handlungsbedarf als mittel ein. Mit den Care Teams, den Selbsthilfegruppen, Seelsorgenden, ambulanten/stationären PsychiaterInnen und PsychologInnen seien in der Schweiz bereits bewährte Angebote zur Betreuung der Hinterbliebenen vorhanden. In Bezug auf geführte Selbsthilfegruppen wird von den ExpertInnen aber noch ein Ausbaubedarf insbesondere in der Westschweiz festgestellt. Zudem würden fachliche Unterstützungsangebote für Hinterbliebene fehlen. Als problematisch erachten die ExpertInnen, dass es zwischen kurz- und langfristigen Angeboten oft kaum Verbindungen gebe. Die ExpertInnen würden es sinnvoll finden, dass Care Teams im Fall von Suiziden standardmässig beigezogen werden. Zudem wäre es sinnvoll, wenn die Care Teams stets auf weiterführende Angebote (Selbsthilfegruppen, Psychiater, Psychologen) aufmerksam machen und nach Möglichkeit erneut mit den Hinterbliebenen Kontakt aufnehmen würden. Idealerweise würden die Hinterbliebenen sechs bis neun Monate nach dem Suizid kontaktiert, weil zu diesem Zeitpunkt pathologische Trauerverarbeitungsprozesse ersichtlich würden. Als wichtige Multiplikatoren erachten die ExpertInnen in der Betreuung der Hinterbliebenen auch die Berufsgruppe der BestatterInnen.

EMPFEHLUNGEN

Nachfolgend werden die Empfehlungen präsentiert, welche gestützt auf die Diskussionen im Experten-Workshop entwickelt wurden

Empfehlung 1: Schweizweites Netzwerk auf- und ausbauen

Bestehende schweizweite Netzwerke wie zum Beispiel Ipsilon oder das Netzwerk Psychische Gesundheit könnten im Hinblick auf die Suizidprävention gestärkt und erweitert werden. Ein solches schweizweites Netzwerk könnte unter anderem folgende Aufgaben übernehmen:

- Informations- und Schulungsunterlagen im Sinne von Open Source sammeln und die Qualitätssicherung der Unterlagen durchführen.
- Einen Pool von Fachleuten für Fort- und Weiterbildungen zur Verfügung stellen (Vermittlung von Fachpersonen).
- Den interdisziplinären und interinstitutionellen Austausch schweizweit fördern und neue Themen lancieren.
- Die Vernetzung mit regionalen Netzwerken sicherstellen.

Damit diese Aufgaben wahrgenommen werden können, müsste bei Ipsilon eine Geschäftsstelle geschaffen werden. Beim Netzwerk Psychische Gesundheit könnte die Koordinationstelle zusätzlich mit diesen Aufgaben betreut werden.

Empfehlung 2: Regionale Netzwerke stärken und weiterverbreiten

Die bestehenden Netzwerke wie das Réseau d'entraide im Wallis, das Air d'Ados in Genf, die Suizidrapporte in verschiedenen Deutschschweizer Städten und die kantonalen Suizidpräventionsvereine sollten gestärkt und in weiteren Kantonen als Inspirationsquellen für die Gründung von regionalen Netzwerken dienen. Solche Netzwerke können folgende Aufgaben wahrnehmen:

- Den interdisziplinären und interinstitutionellen Austausch auf regionaler Ebene fördern und sicherstellen.
- Fallbesprechungen durchführen.
- Eine Hotline für Fachleute anbieten.

Idealerweise sollte eine Institution im medizinischen oder nicht medizinischen Setting bestimmt werden und diese Vernetzungsaufgaben im Rahmen eines Leistungsauftrages mit dem Kanton wahrnehmen.

Empfehlung 3: Institutionelle Verankerung sicherstellen

- Weil die Evidenz von *Multiplikatoren-Schulungen* für Lehrpersonen und HausärztInnen hoch ist, sollten Lehrpersonen und HausärztInnen im Bereich der sekundären Suizidprävention geschult werden. Bei Lehrpersonen (ab Sekundarstufe 1) sollten entsprechende Inhalte in der Ausbildung verankert werden. Die Umsetzung der Lernziele im Curriculum für HausärztInnen sollte durch die Weiterbildungsinstitutionen sichergestellt werden. In den Ausbildungen sollen nicht nur Wissen vermittelt und Kompetenzen erworben, sondern auch Werthaltungen diskutiert werden.
- Im Bereich der *sekundären Suizidprävention* sollte die Früherkennung- und Triagefunktionen in die betrieblichen Prozessen und Leitbildern integriert werden (Heime, Schulen, private Unternehmen, Spitäler). Dafür bieten sich entweder Qualitätsmanagementsysteme oder spezifische Instrumente wie die betriebliche Gesundheitsförderung an.
- Für die *tertiäre Suizidprävention* sollten Standards für Behandlungspfade in der Nachbetreuung von Personen nach einem Suizidversuch definiert werden. Darin sollten bewährte Interventionskonzepte wie Notfallkarten, Follow-up-Anrufe oder evidenzbasierte Kurztherapie wie diejenige nach Michel und Gysin-Maillard integriert und der regionale Versorgungskontext berücksichtigt werden.
- In der *Postvention* sollte eine Verbindung zwischen kurzfristigen Angeboten (Careteams, Blaulichtpersonal) und langfristigen Angeboten (Selbsthilfegruppen, Beratungen und Therapien durch HausärztInnen oder psychiatrische und psychologische Fachpersonen) geschaffen werden. Zusätzlich müsste insbesondere in der Westschweiz der Aufbau von Selbsthilfegruppen gefördert und die bestehenden Selbsthilfegruppen in der Deutschschweiz nachhaltig gesichert werden.

Empfehlung 4: Niederschwellige Strukturen in der psychiatrischen und psychologischen Versorgung schweizweit gewährleisten

Die in einigen Deutschschweizer Kantonen bestehenden Kriseninterventionszentren für Erwachsene haben sich bewährt. Solche niederschweligen psychiatrischen und psychologischen Versorgungsstrukturen sollten in weiteren Kantonen insbesondere in der Westschweiz eingeführt werden. Zudem sollen niederschwellige Versorgungsstrukturen für Jugendliche geschaffen werden.

RÉSUMÉ

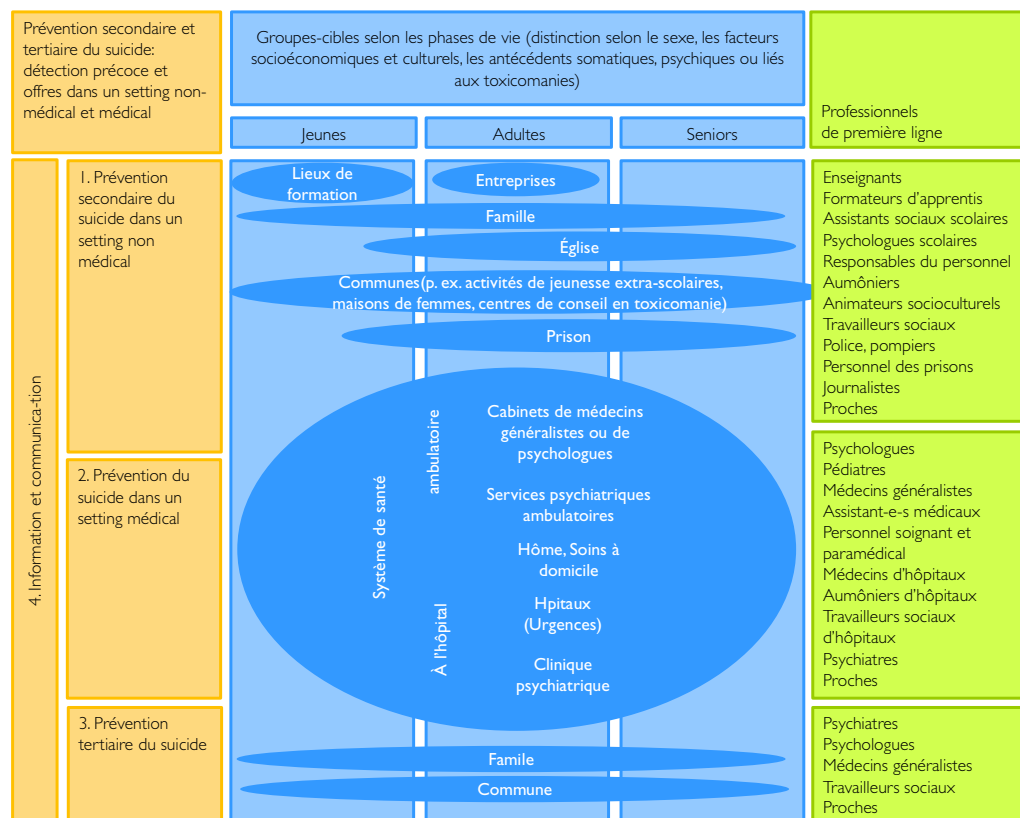
BUTS DE L'ÉTUDE

Avec la motion Ingold (11.3973) «Prévention du suicide. Mieux utiliser les leviers disponibles», acceptée au printemps 2014, la Confédération est chargée de présenter et de mettre en œuvre un «plan d'action pour la prévention du suicide», qui se focalise sur les deux principaux risques notoires que sont les dépressions et l'isolement social, et tente de réduire le taux croissant de suicide.» Le plan d'action prévu comprend cinq paquets thématiques. Le but de la présente étude est de constituer une base pour le paquet thématique 1.

OBJET DE L'ÉTUDE

La présentation ci-dessous décrit paquet thématique 1 «Prévention secondaire et tertiaire du suicide: détection précoce et offres dans un setting non-médical et médical».

Vue d'ensemble du bloc de travail I



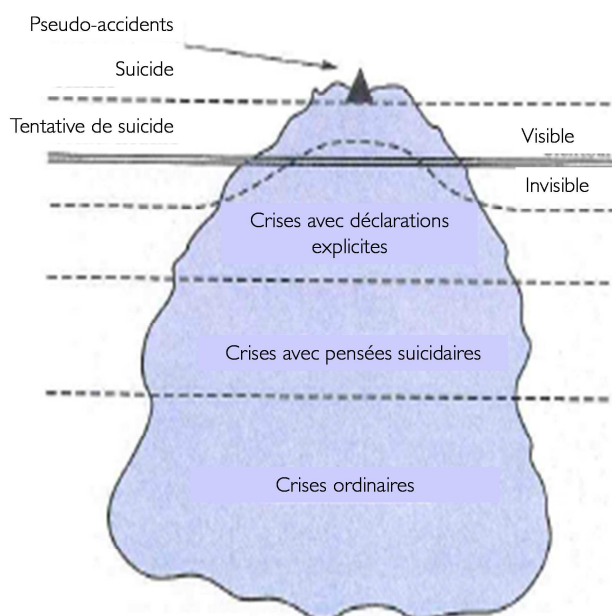
Source: présentation basée sur le cahier des charges et un échange avec le groupe d'accompagnement.

Le paquet thématique 1 comprend quatre thèmes prioritaires (marqués en orange). En outre, on distinguera trois groupes cibles, à savoir les jeunes, les adultes et les seniors, qui évoluent dans différents settings (marqués en bleu). Enfin, différentes profession-

nels de première ligne feront également l'objet de l'étude (marqués en vert). Par professionnels de première ligne nous entendons des groupes de professionnels et de proches qui jouent un rôle soit dans la détection précoce et le tri de personnes en crise psychosociale ou suicidaire soit, dans le cadre de la prévention tertiaire du suicide. Dans l'espace anglophone le terme « Gatekeeper » est utilisé.¹¹

Prévention secondaire du suicide: La prévention secondaire du suicide comprend des structures et des processus relatifs à la détection précoce de crises ainsi que la prise en charge des personnes concernées dans le cadre d'un traitement adéquat. Nous nous basons pour notre interprétation des crises pertinentes pour la prévention secondaire du suicide sur le paradigme de l'iceberg de Jeanneret (cf. représentation ci-dessous). Les suicides et les tentatives de suicide ne sont que la pointe visible de l'iceberg et souvent le terme d'un long développement. Ce dernier commence par des crises ordinaires, c'est-à-dire des crises psychosociales et suicidaires. Ces dernières peuvent entraîner des crises suicidaires avec des idées, des déclarations et, enfin, des actions suicidaires. La détection précoce devrait en conséquence porter à la fois sur les crises psychosociales et suicidaires.

Paradigme de l'iceberg



Source: Ladame, F.; Jeanneret, O. (1982): Suicide in adolescents: some comments on epidemiology and prevention. *Journal of Adolescence*; 5 : 355-366, cité in: Michel, Konrad; Frey, Conrad; Merz, Markus (2000): Crise et suicide. Séminaire pour les médecins. Document de base, Fédération des médecins suisses (FMH) et Office fédéral de la santé publique (OFSP), Berne.

Pour ce qui est de la prévention secondaire du suicide, nous distinguons entre le setting non médical et le setting médical:

¹¹ CF WHO (2014): Preventing suicide: a global imperative. World Health Organization, Geneva, page 38.

- *Setting non-médical*: Font partie de ce setting les établissements de formation, les entreprises, les prisons, les communes ou les églises. Ces settings requièrent des offres d'aide à bas seuil, qui peuvent être sollicitées rapidement et sans complication par les personnes en crise. D'autres part, les professionnels de première ligne tels que les enseignants, les maîtres d'apprentissage, les responsables du personnel, les travailleurs sociaux et les animateurs de jeunesse qui œuvrent dans ces settings devraient être capables d'identifier les personnes en situation de crise, les soutenir et les orienter, le cas échéant, vers d'autres professionnels.
- *Setting médical*: On peut, dans le contexte médical, distinguer entre les établissements de soins ambulatoires et stationnaires, somatiques et psychiatriques. Les professionnels de première ligne sont principalement des groupes de professionnels qui travaillent dans des cabinets médicaux, des services psychiatriques d'urgence, des établissements médico-sociaux, des services extra-hospitaliers, des hôpitaux ou des cliniques psychiatriques.

Prévention tertiaire du suicide: La prévention tertiaire du suicide comprend d'une part le suivi conséquent et à long terme des personnes après une tentative de suicide. Les processus qui interviennent entre les interfaces «accueil aux urgences», «psychiatrie», «soins psychiatriques et/ou psychologiques ambulatoires» ainsi que «settings non médicaux» sont intéressants à relever. D'autre part, la postvention, c'est-à-dire le suivi des personnes qui survivent à la personne décédée après un suicide ainsi que les groupes professionnels qui sont confrontés à un suicide, font partie de la prévention tertiaire du suicide.

Information et communication: Le travail d'information et de communication pertinent pour le paquet thématique 1 comprend un compte rendu empreint de sensibilité après un suicide. Un tel compte rendu ne devrait pas encourager des actes d'imitation (effet Werther), mais montrer l'exemple des personnes ayant surmonté une crise sans comportement suicidaire (effet Papageno) et indiquer les offres d'aide pertinentes dans les settings non médicaux et médicaux.

APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE ADOPTÉE

Afin de pouvoir déterminer les mesures appropriées pour le premier paquet thématique du plan d'action prévu, quatre approches méthodologiques ont été combinées pour cette étude. Premièrement, une analyse de la littérature basée sur neuf revues systématiques de la prévention du suicide a été réalisée. Les études uniques n'ont pas été analysées. Deuxièmement, des portraits de la stratégie de prévention du suicide en Allemagne, en France, en Autriche et en Ecosse ont été élaborés. Ces portraits donnent une bonne impression sur la manière qu'une stratégie nationale de prévention du suicide peut être établie dans différents contextes politiques. Étant donné que peu de pays ont été étudiés, leur pouvoir explicatif des portraits est limité. Troisièmement, des structures et des processus exemplaires ont été identifiés en Suisse, et ce, dans le cadre d'un état des lieux réalisé au moyen d'interviews d'expertes ainsi que de recherches complémentaires sur Internet. Quatrièmement, une analyse des besoins a été effectuée sur la base de ces trois enquêtes. Cette dernière était validée par les experts interviewés et utilisée comme base pour la formulation de recommandations de mesures appropriées.

La procédure a été sciemment pragmatique, afin de rassembler de manière efficace les faits pertinents et les estimations. Cette manière de procéder ne prétend toutefois pas à l'exhaustivité.

VUE D'ENSEMBLE DES RÉSULTATS

L'illustration ci-dessous donne une vue d'ensemble des résultats des quatre enquêtes réalisées. Dans la troisième colonne, on montre l'évidence scientifique pour l'efficacité des mesures étudiées. Dans la quatrième colonne, on indique combien, parmi les quatre pays examinés, ont défini une priorité pour les différentes mesures. Dans la cinquième colonne, on présente comment les différentes mesures en Suisse doivent être évaluées du point de vue des experts.

Synthèse des résultats

| Eléments | Mesures | Analyse de la littérature: évidence de l'efficacité | Portraits des pays: nombre de pays avec priorité | Etat des lieux Etat des lieux en Suisse |
|--|--|---|--|---|
| Prévention secondaire du suicide dans un setting non médical | Interventions basées sur les lieux de formation | moyen | 2 | moyen |
| | Interventions basées sur d'autres settings (p.ex. entreprises, communes) | moyen | 3 | bas |
| | Conseil téléphonique et en ligne | élevé | 3 | élevé |
| | Formations de professionnels de première ligne | moyen | 4 | moyen |
| Prévention secondaire du suicide dans un setting médical | Tri dans les soins somatiques | moyen | 1 | moyen |
| | Accès à bas seuil aux et suivi continu dans les soins psychologiques et psychiatriques | bas | 3 | moyen |
| | Promotion d'approches thérapeutiques et médicamenteuses adéquates | moyen | 0 | élevé |
| | Formations de professionnels de première ligne | élevé | 4 | bas |
| Prévention tertiaire du suicide | Suivi continu des personnes touchées | bas | 1 | bas |
| | Interventions de suivi | moyen | 1 | élevé |
| | Postvention : Suivi des proches et des professionnels confrontés à un suicide | bas | 1 | moyen |
| Information et communication | Directives concernant les médias et le travail d'information | - | 4 | moyen |

Source: Dans l'analyse de la littérature l'évidence a été évaluée basse, s'il manquait des études scientifiques.

PRÉVENTION SECONDAIRE DU SUICIDE DANS UN SETTING NON-MÉDICAL

Dans cette section, on décrira les résultats des différents relevés concernant la prévention secondaire du suicide dans un setting non médical.

Interventions basées sur les lieux de formation

Font partie des interventions dans les lieux de formation des paquets de mesures qui vont au-delà d'une simple formation de professionnels de première ligne et qui concernent différents lieux de formation au niveau de l'école secondaire, des écoles professionnelles, des gymnases, des hautes écoles spécialisées et des universités.

Analyse de la littérature : L'évidence des interventions dans les lieux de formation est considérée comme limitée dans les revues systématiques analysées. Il existe des indications selon lesquelles les interventions dans les lieux de formation influent positivement sur les facteurs de protection et de risque. Cela étant, aucun impact véritable sur le taux de suicide n'a pu être prouvé dans les travaux scientifiques réalisés. Les auteurs des revues systématiques recommandent néanmoins le setting des lieux de formation pour la prévention du suicide. Pour ce qui est de l'organisation de ces interventions, la littérature ne fournit que peu d'indications. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) arrive à la conclusion que des programmes à composants multiples (combinaisons d'approches comme le développement de compétences, la formation de professionnels de première ligne et la détection précoce) pourraient être utiles dans ce setting. On met parfois en garde contre les effets négatifs de l'approche par des pairs, c'est-à-dire de l'implication de personnes de même âge dans la prévention secondaire du suicide, qui peut être liée à une stigmatisation des personnes concernées par une crise suicidaire et une surcharge des pairs, et ce, pour des raisons de responsabilité et de culpabilité.

Portraits de pays : Dans les quatre pays examinés, il est d'une part prévu en France de mettre en œuvre des formations pour travailleurs sociaux et psychologues en milieu scolaire, et ce, au moyen d'un guide de gestion de crise développé dans le cadre du programme. D'autre part, l'Autriche prévoit d'aborder l'identification et le comportement face aux crises psychosociales et suicidaires dans le cadre des programmes de prévention en milieu scolaire.

Etat des lieux en Suisse : Les recherches sur Internet ont montré qu'en Suisse, les offres pour l'école obligatoire dans le domaine de la gestion des crises sont relativement nombreuses, mais elles sont toutefois plutôt centrées sur la préparation et l'intervention en cas de crises aiguës. Étant donné que les crises suicidaires ne s'aggravent toutefois que relativement lentement, la détection précoce de signes annonciateurs serait importante chez les élèves. Selon les expertes et les experts consultés, le personnel enseignant aurait ici un rôle important à jouer, car il est en permanence en contact avec les élèves. Pour ce qui est de la gestion des crises, les travailleurs sociaux et les psychologues en milieu scolaire viendraient soutenir le personnel enseignant. Compte tenu des innombrables projets de réforme ainsi que d'une surcharge générale, il est parfois difficile de convaincre les écoles à participer à la prévention du suicide. Dans le domaine de la formation professionnelle, le projet Companion de Promotion Santé Suisse thématise également la détection et le comportement face aux comporte-

ments suicidaires. Dans le secteur de la formation tertiaire, il existe quelques projets prometteurs tels que le Réseau Crise et Suicide de l'Université et de l'EPFZ ainsi que le projet prévu «Sentinelle» à Genève, où l'on tente de détecter des tendances suicidaires parmi les camarades du même âge, et ce, via une approche par les pairs.

Autres interventions basées sur le setting

Outre le setting des lieux de formation, la prévention du suicide peut également contenir des paquets de mesures mises en œuvre dans d'autres settings.

Analyse de la littérature : Les interventions concernant la prévention du suicide dans d'autres settings que les lieux de formation n'ont pratiquement fait l'objet d'aucune recherche. On mentionne ici ou là des interventions efficaces dans les settings entreprise, militaire, prison et police. Les revues systématiques recommandent toutefois des interventions dans les communes respectivement les communautés. La littérature recommande également des programmes à composants multiples pour d'autres settings.

Portraits de pays : En Allemagne, en France et en Autriche, les programmes nationaux prévoient des mesures dans différents settings (cf. portraits de pays). Les trois pays ont prévu des mesures dans le setting travail. En outre, il existe en Ecosse des activités de sensibilisation et de formation au niveau régional pour les entreprises. Il ne s'agit en principe pas, dans les quatre pays étudiés, de programmes à composants multiples, comme la littérature le recommande, mais plutôt de mesures individuelles. Le plan d'action national contre le suicide dans l'agriculture en France constitue une exception ici.

Etat des lieux en Suisse : Il n'existe en Suisse pratiquement pas d'offre spécifique pour d'autres settings que les lieux de formation. Certains experts interrogés estiment que la situation actuelle en matière de prévention secondaire du suicide dans l'exécution des peines est relativement bonne. Les églises joueraient certes un rôle important comme premier accueil à bas seuil dans les régions rurales et pour les personnes âgées, mais ce rôle pourrait être encore mieux appréhendé via une déstigmatisation accrue des suicides ainsi qu'une formation des conseillers pastoraux afin qu'ils puissent mieux faire face au suicide chez les personnes âgées. Dans les communes, la prévention du suicide dans l'animation socioculturelle auprès des jeunes est considérée comme bonne par les expertes et les experts interrogés, mais susceptible d'amélioration dans les services de conseil. Il n'existerait pas suffisamment de services à bas seuil pour les personnes âgées, les jeunes homosexuels, bisexuels et transsexuels, les migrantes et les migrants ainsi que les hommes. La question de savoir comment les services de consultation pour toxicomanes font face à un risque de suicide chez leurs clients mérite quant à elle d'être clarifiée. La situation dans le setting entreprise est considérée comme la pire de toutes, des entreprises qui seraient plutôt intéressées par les thèmes du burn out et de la gestion du stress.

Conseil téléphonique et en ligne

Le conseil téléphonique et en ligne permet de conseiller les personnes prioritairement en situation de crise psychosociale par téléphone ou par SMS, courriel ou chat. Les crises suicidaires ne font que rarement l'objet des conseils.¹²

Analyse de la littérature : L'évidence rassemblée dans les revues systématiques indique que les conseils téléphoniques peuvent, à court terme, avoir une influence positive sur les taux de suicide. Ils sont en outre très répandus et présentent vraisemblablement une mesure efficiente du point de vue économique. Etant donné que les données concernant les conseils en ligne sont récentes, il n'existe encore que peu de revues systématiques. La littérature considère important que la méthode d'écoute soit adaptée aux personnes qui appellent, que les centres de consultation téléphonique reprennent contact avec les personnes qui appellent, et que leurs numéros de téléphone soient diffusés dans les lieux avec un risque de suicide élevé.

Portraits de pays : Dans le cadre de sa stratégie de prévention du suicide, trois des quatre pays examinés ici collaborent avec des prestataires de conseil téléphonique et en ligne. En France, il est prévu d'uniformiser les filières de formation et les instruments concernant l'assurance de la qualité des treize prestataires concernés.

Etat des lieux en Suisse : En Suisse, il existe une offre connue et bien étoffée de conseil téléphonique et en ligne pour différents groupes cibles. Les experts interrogés ne sont pas d'accord sur la question de savoir si les prestataires devraient jouer un rôle plus important dans les soins psychologiques et psychiatriques au niveau du tri des personnes qui appellent, et si des offres dans d'autres langues permettraient également de contribuer à la prévention du suicide. Il était souhaité que les volontaires actifs dans les lignes téléphoniques suivent une formation externe pour assurer la qualité de leurs conseils.

Formations de professionnels de première ligne (non médicaux)¹³

Par formations de professionnels de première ligne on entend les formations initiales, postgraduées et continues destinées aux groupes de professions non médicales qui jouent un rôle dans la détection précoce des crises psychosociales et suicidaires.

Analyse de la littérature : L'évidence des formations de professionnels de première ligne sera considérée comme limitée dans les revues systématiques analysées. Des impacts de ces formations peuvent certes être relevés sur la connaissance, l'attitude et, en partie, le comportement des professionnels de première ligne, mais pas sur le taux de suicide. Des formations de professionnels de première ligne sont néanmoins recommandées dans la littérature ainsi que par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La littérature considère comme important le fait que les formations de professionnels de première ligne soient adaptées au contexte culturel et qu'elles contiennent des informations sur les offres d'aide locales. L'efficacité de ces formations est plus élevée si

¹² CF Données de la Main Tendue <https://www.l43.ch/Organisation/Portraet-Tel-l43/zahlen-fakten2014>, Accès 20.4.2015.

¹³ Dans les revues systématiques analysées ainsi que dans le rapport de l'OMS le terme « gatekeeper-training » est utilisé pour „formation de professionnels de première ligne“ (CF WHO (2014): Preventing suicide: a global imperative. World Health Organization, Geneva, page 38).

les compétences des professionnels de première ligne et les chemins thérapeutiques sont bien définis.

Portraits de pays : Des formations pour différents professionnels de première ligne sont également prévues et/ou déjà mises en œuvre dans les quatre pays étudiés. En Ecosse, la coordination nationale de la stratégie de prévention du suicide joue un rôle important pour l'assurance de la qualité des formations des professionnels de première ligne. En Autriche, on attache de l'importance à l'actualisation des documents de formation en tenant compte des connaissances scientifiques les plus récentes.

Etat des lieux en Suisse : Les entretiens avec les expertes et les experts ainsi que les recherches menées en complément sur l'Internet ont apporté trois connaissances importantes:

- *Différente couverture régionale des formations de professionnels de première ligne*: La couverture des formations de professionnels de première ligne est globalement plus dense en Suisse romande qu'elle ne l'est en Suisse alémanique. Outre d'autres prestataires, les associations actives dans le domaine de la prévention du suicide jouent également un rôle important dans la formation des professionnels de première ligne. Ces associations existent dans pratiquement tous les cantons romands ainsi que dans les trois cantons alémaniques Zurich, Berne et Argovie qui ont la plus grande population,
- *Une couverture variable des différents groupes professionnels*: La situation est déjà satisfaisante à la police et chez les autorités chargées de l'application des peines. Chez les travailleurs sociaux, les éducatrices et les éducateurs spécialisés ainsi que les animatrices et les animateurs socioculturels, la prévention du suicide est certainement thématifiée de manière systématique dans la formation initiale offerte en Suisse romande, et elle l'est probablement aussi en Suisse alémanique. Chez le personnel enseignant, on relève dans un canton des activités au niveau de la formation initiale et, dans plusieurs cantons, au niveau de la formation continue. Selon l'estimation de différentes expertes et experts, le personnel enseignant devrait toutefois être formé de manière plus systématique encore. Il y a également un besoin d'agir chez les collaborateurs pastoraux et dans les entreprises, où il n'existe pratiquement aucune offre spécifique.
- *Coordination des contenus de la formation des professionnels de première ligne*: Les expertes et les experts interrogés considèrent comme importantes l'orientation interdisciplinaire ainsi que la continuité des formations de professionnels de première ligne. Les associations actives dans la prévention du suicide fournissent déjà parfois une contribution dans ce contexte, notamment lorsque, à l'occasion de rencontres d'échange régulières, elles mettent en réseau des professionnels de première ligne de différentes professions et en donnant des inputs concernant la prévention du suicide. Une assurance de la qualité au niveau Suisse fait toutefois défaut, assurance qui veillerait d'une part à ce que les différentes formations des professionnels de première ligne reposent sur des standards scientifiques communs et récents et, d'autre part, qui garantirait une couverture globale.

PRÉVENTION SECONDAIRE DU SUICIDE DANS UN SETTING MÉDICAL

Dans cette section, on décrira les résultats des différents relevés concernant la prévention secondaire du suicide dans un setting médical.

Tri dans les soins somatiques

Parmi les tâches du personnel de santé dans le domaine des soins somatiques – c'est-à-dire les cabinets de médecins de famille, les établissements médicaux-sociaux, les hôpitaux et les soins à domicile – figure le tri, autrement dit la détection des patientes et des patients suicidaires ainsi que leur orientation vers des spécialistes.

Analyse de la littérature : Les revues systématiques ne fournissent aucune information concernant le tri des soins somatiques. Seuls des programmes de screening, qui reposent sur des instruments psychométriques pour identifier les personnes suicidaires, sont examinés dans la littérature. Il y a des indications selon lesquelles, combinés avec un suivi, des programmes de screening sont efficaces.

Portraits de pays : En Ecosse, il existe des instruments d'évaluation du risque pour les soignants et les médecins des services d'urgence, instruments qui seront améliorés dans le cadre du programme de prévention du suicide en cours.

Etat des lieux en Suisse : En Suisse, d'après les experts les médecins de famille sont déjà bien formés dans le domaine de la détection des patientes et des patients dépressifs. Ils sous-estiment toutefois souvent la suicidalité. De l'avis de certains experts, cela est particulièrement le cas dans les régions rurales, où les médecins de famille sont rarement confrontés à des personnes suicidaires. Parallèlement, les médecins de famille sont, dans les régions rurales, une adresse importante pour les patients suicidaires, car les soins psychiatriques et psychologiques y font défaut. Ils ne sauraient parfois pas vers quels services orienter ces patients pour qu'ils puissent être traités. C'est ici que les numéros d'urgence psychiatrique offrent une aide précieuse aux professionnels qui exercent dans le canton de Vaud. Les numéros d'urgence médicale jouent dans tous les cantons un rôle important lors du tri, notamment lorsque le médecin de famille n'est pas atteignable. A l'exception du canton de Vaud, on ne sait toutefois pas vraiment dans quelle mesure les collaborateurs des numéros d'urgence ont été formés dans le domaine de détection des crises suicidaires. Dans les hôpitaux universitaires et les grands hôpitaux cantonaux, la détection des patientes et des patients suicidaires est déjà bonne grâce à des services de conseil et de liaison psychiatriques intégrés, contrairement aux petits hôpitaux et aux établissements médico-sociaux, où de tels services font en général défaut ou ne sont pas disponibles 24 heures sur 24.

Accès à bas seuil aux et suivi continu Dans les soins psychiatriques et psychologique

Un accès à bas seuil aux soins psychiatriques et psychologiques est important pour que les patientes et les patients psychiquement malades et/ou suicidaires puissent bénéficier d'une aide professionnelle rapide et efficace.

Analyse de la littérature : Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'amélioration de l'accès aux soins médicaux est un élément important d'une stratégie

de prévention universelle. Des mesures concrètes visant à créer un accès à bas seuil n'ont pas été analysées dans les revues systématiques.

Portraits de pays : Trois des quatre pays étudiés sont actifs dans ce domaine. En Autriche, la stratégie de prévention du suicide table sur la mise en place de centres d'interventions en cas de crise et de care teams sur l'ensemble du territoire national. Ce pays prévoit en outre que les groupes à risque soient activement contactés par des professionnels. En France, il existe déjà des équipes psychiatriques mobiles. En Ecosse, des programmes d'assurance de la qualité existants doivent être utilisés dans les soins psychiatriques.

Etat des lieux en Suisse : En Suisse, il existe différentes structures à bas seuil dans le domaine des soins psychologiques et psychiatriques, qui peuvent être utilisées 24 heures sur 24 par les patientes et les patients sans qu'ils doivent être orientés par un médecin de famille. De l'avis des expertes et des experts, la couverture avec des structures à bas seuil est toutefois mauvaise dans les régions rurales ainsi que pour les jeunes ainsi que les migrantes et les migrants. La stigmatisation des maladies psychiques qui perdure encore et toujours dans nos sociétés pourrait être en soi un obstacle même en présence de structures à bas seuil, en particulier pour des personnes âgées. Une coordination en vue de garantir les chemins thérapeutiques fait encore largement défaut. Ce manque de coordination concerne non seulement l'ensemble du système de santé, mais également l'échange entre les professions sociales et les professions médicales. Cet échange est explicitement encouragé par, l'aire d'ados à Genève, le Réseau Entraide Valais et les rapports sur le suicide à Bienne, Saint-Gall, Winterthour et Zurich. Ces rapports encouragent la mise en réseau informelle des professionnels non médicaux et médicaux. Le Réseau fribourgeois de santé mentale comprend des chemins thérapeutiques pour les enfants et les adolescents, les adultes et les personnes âgées. Les experts s'accordent pour dire que les efforts d'articulation entre différents secteurs (social, médical, travail) devraient être poursuivis et améliorés.

Promotion d'approches thérapeutiques et médicamenteuses adéquates
Sont considérées comme des méthodes thérapeutiques différentes approches pour le traitement de patientes et de patients qui souffrent de troubles psychiques et qui sont suicidaires.

Analyse de la littérature : Si l'on considère les revues systématiques, l'évidence concernant les méthodes de traitement appropriées est limitée, car les données sont très hétérogènes. Chez les adultes, la thérapie comportementale cognitive est considérée comme la plus prometteuse. Aucune recommandation n'est formulée spécifiquement pour les jeunes. Dans la plupart des revues systématiques, les pharmacothérapies n'ont pas été examinées. Une analyse complémentaire de la littérature consacrée à l'efficacité de ce type de thérapies ne fait pas l'objet de la présente étude.

Etat des lieux en Suisse : Les expertes et les experts interrogés considèrent une relation patient-thérapeute durable comme étant plus importante qu'une méthode thérapeutique déterminée, et ce, aussi bien pour le suivi de patients psychiquement malades que pour celui de patients suicidaires. En Suisse, une vaste palette de thérapies, qui sont adaptées aux patientes et aux patients, est utilisée. Toutefois, plusieurs expertes et

experts considèrent comme importante l'approche systémique, qui intègre l'environnement des patientes et des patients.

Formations des professionnels de première ligne (médicaux)¹⁴

On décrira dans cette section les formations initiales, postgraduées et continues destinées au personnel médical (médecins, infirmiers, assistants médicaux, personnel à la réception).

Analyse de la littérature : Etant donné qu'il est difficile d'isoler l'effet des formations de professionnels de première ligne pour les professions médicales, les revues systématiques examinées considèrent qu'il est difficile d'apporter la preuve de leur efficacité. On a pu toutefois constater chez le personnel médical des taux de diagnostic et de traitement plus élevés de patients dépressifs et, parallèlement, des taux de suicide plus bas. Les formations de professionnels de première ligne sont considérées comme très prometteuses et sont fort répandues. On considère important dans ce contexte que les formations de professionnels de première ligne soient organisées régulièrement et continuellement au fil des ans, qu'elles portent spécifiquement sur certaines maladies comme les dépressions et qu'elles s'adressent à la majorité du personnel médical.

Portraits de pays : Les quatre pays étudiés ont prévu la mise sur pied de formations de professionnels de première ligne pour les professionnels médicaux. Le programme écossais de prévention du suicide prescrit aux régions un objectif minimal, à savoir que 50% au moins des premières personnes de contact des autorités sanitaires nationales (NHS) doivent être formés à la prévention du suicide.

Etat des lieux en Suisse : Selon les experts il n'existe dans les soins que des formations très ponctuelles, à l'exception des psychiatres, qui sont confrontés au thème du suicide dans le cadre de leur formation postgraduée. Selon les expertes et les experts interrogés, il existe un besoin de formation dans le domaine de la détection des patientes et des patients suicidaires en particulier chez les médecins de famille, les collaborateurs des soins à domicile, les soignants ainsi que les médecins de garde. Il est important pour les psychiatres et les psychologues d'exercer régulièrement la capacité d'évaluer le risque de suicide.

PRÉVENTION TERTIAIRE DU SUICIDE

Dans cette section, on décrira les résultats des différents relevés concernant la prévention tertiaire du suicide.

Suivi continu des personnes touchées

Pour que le suivi puisse être assuré en permanence, il faut une coordination tout au long de la chaîne des soins, de l'admission au service des urgences aux soins psychiatriques ou psychologiques ambulatoires, en passant par les soins psychiatriques stationnaires.

¹⁴ Dans les revues systématiques analysées ainsi que dans le rapport de l'OMS le terme « gatekeeper-training » est utilisé pour „formation de professionnels de première ligne“ (CF WHO (2014): Preventing suicide: a global imperative. World Health Organization, Geneva, page 38).

Analyse de la littérature : Un suivi continu est considéré comme important dans les revues systématiques consultées. On souligne en particulier qu'il existe une collaboration structurée entre les hôpitaux et le suivi, et que les personnes chargées de ce dernier restent souvent pendant longtemps en contact avec les patientes et les patients.

Portraits de pays : Le suivi assuré par une meilleure organisation de la chaîne des soins n'est thématiquement que dans la stratégie française de la prévention du suicide. Il est prévu que les parcours de soins entre les services d'urgence et la psychiatrie soient améliorés au moyen de protocoles de traitement et/ou de conventions y relatives.

Etat des lieux en Suisse : Dans les services d'urgence des hôpitaux universitaires et des grands hôpitaux cantonaux, le suivi de patientes et des patients après une tentative de suicide est, de l'avis de plusieurs expertes et des experts consultés, relativement bon, grâce à l'implication des services de conseil et de liaison psychiatriques, contrairement à la situation qui prévaut dans les hôpitaux de plus petite taille. Sont problématiques les interfaces entre les services d'urgence et les soins psychiatriques d'une part, ainsi que, d'autre part, entre les soins psychiatriques stationnaires et les soins psychiatriques et/ou psychologiques ambulatoires. La continuité du personnel n'est en effet pas assurée lors de ces transitions. Etant donné que la mise en place d'une relation de confiance entre les patients et les thérapeutes est de première importance après des tentatives de suicide, de telles ruptures au niveau du personnel sont considérées comme problématiques par les expertes et les experts interrogés. Ils estiment également qu'en ce qui concerne le suivi, il y a trop peu de liens avec les dispositifs d'aide que les patientes et les patients utilisent avant la tentative de suicide (p.ex. médecins de famille). Pour que des ruptures personnelles n'entraînent pas une interruption du suivi, il serait important que les professionnels impliqués communiquent mieux entre eux. Le suivi psychiatrique et psychologique des jeunes est en outre considéré comme très mauvais, car, après une tentative de suicide, ces derniers ne sont souvent pas traités médicalement, et que l'on est très réticent à transférer ces patients dans une unité de traitement psychiatrique.

Interventions de suivi

On entend par interventions de suivi différentes mesures telles que des thérapies, des cartes SOS, des cartes postales ou encore un soutien par téléphone.¹⁵

Analyse de la littérature : Etant donné que le suivi consiste en une série de mesures hétérogènes, les revues systématiques ne permettent de tirer aucune conclusion sur leur efficacité. Pour ce qui est des cartes d'urgence, on a constaté en revanche une tendance, statistiquement non significative, à une diminution du nombre de tentatives de suicide. Ces cartes aident les patientes et les patients à trouver rapidement de l'aide lorsqu'ils se retrouvent dans une situation de crise.

¹⁵ Les cartes SOS, les cartes de référence, ou ce qu'il est convenu d'appeler les «cartes vertes» sont structurées différemment. Il s'agit pour l'essentiel de cartes manuelles que les patientes et les patients doivent porter sur eux afin de pouvoir trouver rapidement de l'aide en cas de situations de crise (p. ex. sous la forme d'un numéro d'appel d'urgence). Au moyen de cartes postales, des personnes sont contactées régulièrement après une tentative de suicide.

Portraits de pays : Parmi les quatre pays examinés, seule la France prévoit dans sa stratégie actuelle la distribution de cartes d'urgence.

Etat des lieux en Suisse : On trouve parfois en Suisse des cartes d'urgence. Elles ne peuvent toutefois pas remplacer un suivi conséquent et continu. Un tel suivi fait toutefois défaut actuellement en Suisse (cf. suivi continu).

Postvention

La postvention concerne des mesures destinées aux proches après une tentative de suicide, respectivement aux groupes professionnels qui sont confrontés régulièrement à des suicides.

Analyse de la littérature : La littérature n'atteste pas de l'impact sur le taux de suicide des groupes d'entraide ou d'autres offres d'accompagnement destinées aux proches. Pour ce qui est des groupes d'entraide ainsi que des mesures centrées sur la famille, il existe des indications selon lesquelles elles peuvent réduire le stress émotionnel.

Portraits de pays : La postvention n'est thématiquée de manière explicite qu'en France dans la stratégie de prévention du suicide. Les mesures portent d'une part sur la formation du personnel de santé en contact avec les proches et, d'autre part, sur la mise à disposition de guides pour les professionnels des établissements médico-sociaux et des soins à domicile.

Etat des lieux en Suisse : En Suisse, des care teams existent dans tout le pays et sont – selon les experts – sollicitées après un suicide, sur demande de l'entourage ou des forces d'intervention (police, médecin d'urgence, pompiers). Les care teams garantissent toutefois en général uniquement une intervention aiguë et un entretien de suivi seulement dans de rares cas. Les groupes d'entraide offrent en revanche une aide à long terme. Mais ces groupes n'existent toutefois pas partout et sont parfois peu connus.

INFORMATION ET COMMUNICATION

Dans le domaine de l'information et de la communication, il faut qu'un compte rendu approprié des suicides soit diffusé dans la presse, les médias sociaux ainsi qu'à la radio et à la télévision.

Analyse de la littérature : L'analyse de l'importance du travail auprès des médias pour la prévention du suicide ne faisait pas partie de l'étude.

Portraits de pays : En Autriche et en Ecosse, des directives concernant les comptes rendus publiés dans la presse existent déjà ou sont planifiées. En France, des séances d'information et de sensibilisation concernant une communication appropriée sur la prévention du suicide ont été organisées avec succès dans les écoles pour les futurs journalistes.

Etat des lieux en Suisse : D'après les expertes et experts la Fédération des médecins suisses a publié de directives concernant les médias dans les années 1990. En 2004 une deuxième édition de ces directives a été publiée par l'association faitière Ipsilon. Ces directives seraient connues et bien suivies dans la presse alémanique. En Suisse ro-

mande, c'est l'organisation Stop Suicide qui est – selon des experts – chargée par le canton de Vaud de sensibiliser les journalistes (visites de rédactions, contributions au compte rendu, monitoring des médias). On note en Suisse alémanique des activités ponctuelles.

ANALYSE DE BESOIN

Dans le cadre d'un atelier d'experts, les résultats tirés de l'analyse de la littérature, des portraits des pays et de l'état des lieux ont été discutés. Sur cette base le besoin d'agir pour la Suisse a été déduit et des recommandations ont été formulées en vue de l'élaboration du plan d'action. Les expertes et les experts ont été priés, dans le cadre de cet atelier, de définir pour quelles mesures le besoin d'agir était le plus évident à leurs yeux. On a pu constater lors de la discussion qui s'en est suivie que les expertes et les experts ne pouvaient souvent pas évaluer les mesures de manière isolée, étant donné qu'elles sont souvent étroitement liées les unes aux autres. L'information et la communication n'ont pas fait l'objet des discussions.

BESOIN D'AGIR DANS LA PRÉVENTION SECONDAIRE DU SUICIDE DANS UN SETTING NON-MÉDICAL

Pour le setting des *lieux de formation*, la littérature recommande des programmes à composants multiples, qui servent à promouvoir la santé psychique et non pas a priori à reconnaître les crises suicidaires.¹⁶ Selon les expertes et les experts interrogés, des mesures générales en vue de promouvoir la santé psychique ainsi que la détection de crises psychosociales chez les élèves et leur orientation à des spécialistes sont judicieuses pour l'école primaire. Au niveau de la formation professionnelle et tertiaire, l'importance des mesures spécifiques de prévention du suicide augmente en revanche, étant donné que la proportion des suicides dans l'ensemble des décès est la plus élevée dans le groupe d'âge des 20 à 29 ans.¹⁷ Ceci peut être lié au passage de la formation à la vie active, ce passage pouvant déclencher des crises. En Suisse, il existe des projets intéressants dans la formation professionnelle et tertiaire, projets qui pourraient être davantage diffusés. De l'avis des expertes et des experts, un réseau pourrait fournir un soutien utile dans ce contexte.

Outre les établissements de formation, la prévention du suicide doit également être envisagée dans d'autres settings, en particulier dans les entreprises et les communes. Dans les *communes*, il s'agit d'une part de sensibiliser à la prévention du suicide les travailleurs sociaux et les psychologues qui œuvrent dans les services de consultation. Les expertes et les experts estiment que ce sont en particulier les services de prévention des dépendances qui devraient aborder cette thématique. D'autre part, il est important

¹⁶ Un rapport du canton de Vaud qui se base notamment sur une analyse de la littérature spécifiquement consacrée au setting école, recommande que les écoles promeuvent d'une part des programmes soutenant la vie communautaire et, d'autre part, que des spécialistes non pédagogiques soient formés à reconnaître les jeunes en crise (cf. Duperré, Olivier; Durgnat, Christine; Richard, Céline [2012]: Prévention du suicide des jeunes dans le canton de Vaud. Dossier technique pour la réponse au postulat Dévaud. Unité de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire, S. 29).

¹⁷ Bei den 0- bis 19-jährigen machen die Suizide 7 Prozent und bei den 20- bis 29-jährigen 28 Prozent aller Todesfälle in dieser Altersgruppe aus (<<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html>>, Zugriff am 19.3.2015).

de mettre en réseau les services de consultation avec les soins psychologiques et psychiatriques. Dans le setting des *entreprises*, les experts proposent que la détection et la gestion des crises suicidaires soient intégrées dans les instruments existants de promotion de la santé en entreprise. Les expertes et les experts proposent d'ancrer la thématique dans les lignes directrices ou dans les systèmes de gestion de la qualité des institutions et des entreprises. Ces mêmes expertes et experts suggèrent enfin que la thématique soit davantage intégrée dans les formations de base et continues des responsables du personnel et des formateurs d'apprenti(e)s.

Indépendamment des settings, le *conseil téléphonique et en ligne* s'adresse aux personnes qui connaissent des crises psychosociales ou suicidaires. Ces moyens sont considérés dans la littérature comme étant efficaces pour réduire les taux de suicide. Les expertes et les experts considèrent que ces offres sont importantes, mais suggèrent de vérifier si les offres existantes ne pourraient pas être groupées dans un portail commun et/ou un numéro unique. Il convient également de discuter où se situe le mix idéal entre une offre active (p. ex. tri ou à tout le moins rappel) et une offre passive (écoute active). Si les personnes qui prodiguent le conseil doivent jouer un rôle plus actif, alors elles devront suivre une formation continue. Elles devraient apprendre à aborder systématiquement les intentions suicidaires et à désamorcer une crise suicidaire dans le cadre du conseil. Les expertes et les experts évoquent enfin le danger de voir certaines offres de conseil être financées par d'autres sources à l'avenir, étant donné que les églises, par exemple, retirent de plus en plus leur financement.

Pour que les groupes professionnels dans les lieux de formation, les communes, les entreprises ainsi que pour le conseil téléphonique et en ligne puissent assumer leur fonction de détection précoce et de tri, les expertes et les experts estiment que la *formation de professionnels de première ligne* est essentielle. Il existe déjà quelques formations de professionnels de première ligne, mais ces dernières pourraient être encore plus largement répandues. En outre, le développement de savoir-faire représente une condition importante pour que les interventions puissent être menées dans différents settings. Selon les expertes et les experts, il faudrait garantir que le personnel enseignant en particulier, mais aussi les travailleuses et les travailleurs sociaux et les conseillers pastoraux, soient sensibilisés dans le cadre de leur formation de base. Ces professionnels de première ligne devraient apprendre comment il faut détecter les crises suicidaires et aborder le sujet avec les personnes concernées. Outre la formation de base, la formation continue systématique a elle aussi toute son importance. Il faut s'assurer dans ce contexte que ce ne sont pas seulement les personnes déjà sensibilisées et compétentes qui continuent à se former. La formation continue devrait toutefois s'inscrire le plus possible dans le quotidien professionnel, afin que les professionnels de première ligne, comme la littérature le recommande, connaissent les offres d'aides locales et qu'elles puissent orienter les personnes lors de crises suicidaires. Pour l'organisation de formations de professionnels de première ligne, les expertes et les experts considéreraient utile de rassembler les documents didactiques existants et de les proposer en open source.

BESOIN D'AGIR DANS LA PRÉVENTION SECONDAIRE DU SUICIDE DANS UN SETTING MÉDICAL

Parmi les tâches du personnel de santé dans le domaine des soins somatiques figure le tri, autrement dit la détection des patientes et des patients suicidaires ainsi que leur orientation vers des spécialistes. Les grands hôpitaux disposent déjà, avec leurs services de conseil et de liaison, des structures qui facilitent le tri. De l'avis des expertes et des experts, la disponibilité de tels services pourrait toutefois entraîner que les médecins somatiques ne se considèrent pas compétents pour les crises psychosociales ou suicidaires et qu'ils se sentiraient donc incapables de faire face à de telles crises avec toute l'assurance requise. Dans les petits hôpitaux, un tri efficace dépend de l'accessibilité des services de conseil et de liaison externes. Les médecins de famille pourraient s'adresser par téléphone aux centres de tri qui ont été créés dans de nombreuses cliniques psychiatriques ces dernières années. L'offre de ces centres de tri pourrait être encore mieux communiquée auprès des médecins de famille. De plus l'utilisation des services de conseil et de liaison ou des centres de tris pourrait être encouragée si le personnel des soins somatiques réussissait à surmonter des contraintes temporels et subjectifs afin d'aborder efficacement les personnes qui se trouvent dans une crise psychosociale ou suicidaire.

Outre le tri effectué par les groupes de professions, les expertes et les experts estiment qu'il est primordial que les personnes qui se trouvent dans des crises psychosociales ou suicidaires aient un *accès direct à bas seuil aux soins psychiatriques et psychologiques*. Les divers centres d'intervention en cas de crise créés ces dernières années sont déjà des structures de soins psychiatriques et psychologiques à bas seuil. Selon les expertes et les experts, il existe un besoin d'agir pour une couverture complète de toutes les régions et tous les groupes cibles. Font défaut dans ce contexte des structures de soins à bas seuil pour les jeunes ainsi qu'en Suisse romande. De plus, aucuns soins intégrés ne sont garantis du domaine social aux soins en psychiatrie stationnaire et aux soins psychiatriques et/ou psychologiques ambulatoires. Les rapports sur le suicide dans plusieurs villes de Suisse alémanique, l'Air d'Ados à Genève ainsi que le Réseau Entraide Valais sont considérés comme des exemples intéressants par les experts. Les experts et expertes ont fait l'expérience que de tels réseaux fonctionnent, s'il y a une institution qui en assume la responsabilité et qui reçoive pour ce faire un mandat de prestations du canton.

Les expertes et les experts ne voient aucun besoin urgent d'agir en lien avec *la promotion d'approches thérapeutiques et médicamenteuses adéquates* pour le traitement de patientes et de patients souffrant de maladies psychiques ou suicidaires. Aucune méthode thérapeutique spécifique n'émerge si l'on en juge par la littérature examinée ainsi que par l'état des lieux réalisé. Les expertes et les experts soulignent toutefois l'importance de la relation entre le personnel chargé du traitement et le patient. L'implication des proches et des personnes de référence a elle aussi toute son importance.

Afin que le personnel médical puisse assumer sa fonction de détection précoce et de tri, les expertes et les experts (la littérature abonde également dans le même sens) estiment que la *formation des professionnels de première ligne* est très importante. Ces mêmes expertes et experts considèrent important que le personnel médical et soignant dans les

cabinets médicaux, les hôpitaux et les établissements médico-sociaux soit formé régulièrement et sur l'ensemble du territoire. On retrouve dans la littérature des recommandations dans ce sens. Il est important que les formations ne touchent pas seulement les personnes qui sont déjà sensibilisées et compétentes. Les expertes et les experts conseillent que la prévention secondaire du suicide soit en particulier ancrée dans les curricula des médecins de famille. Des objectifs de formation correspondants sont déjà intégrés dans la formation postgraduée de base de la médecine interne générale¹⁸, les objectifs de formation pour les médecins de famille¹⁹ ainsi que dans la formation approfondie en gériatrie²⁰. Pour garantir l'atteinte de ces objectifs de formation, la reconnaissance en tant qu'établissement de formation continue pour la médecine générale pourrait, selon les expertes et les experts, y être liée. Les expertes et les experts sont d'avis que les formations de professionnels de première ligne devraient également, en sus de la détection précoce et de la thématization des intentions suicidaires chez les patientes et les patients, contenir des informations quant à savoir comment et par qui les patientes et les patients peuvent continuer à être traités. Les formations devraient si possible coller au mieux au quotidien professionnel et intégrer par exemple des jeux de rôle ou des discussions de cas. On a insisté sur le fait qu'il ne s'agit pas seulement de transmettre des connaissances et des compétences, mais également de travailler sur des valeurs.

BESOIN D'AGIR DANS LA PRÉVENTION TERTIAIRE DU SUICIDE

Un *suivi continu* après une tentative de suicide est considéré dans la littérature comme un élément important de la prévention du suicide. Les expertes et les experts relèvent également ici un important besoin d'agir pour la Suisse. Sont problématiques les interfaces entre les services d'urgence et les soins psychiatriques d'une part, ainsi que, d'autre part, entre les soins psychiatriques stationnaires et les soins psychiatriques et/ou psychologiques ambulatoires. La continuité du personnel n'est en effet pas assurée lors de ces transitions. Une telle continuité serait toutefois une condition importante pour convaincre les personnes à accepter un suivi après une tentative de suicide. Les expertes et les experts considèrent la définition de certains standards pour les parcours de soins comme une bonne possibilité de garantir un suivi continu. Ces derniers pourraient également être pertinents pour le remboursement: les expertes et les experts mettent par exemple en discussion le fait que les hôpitaux qui traitent les patientes et les patients dans leur service des urgences après une tentative de suicide sans que ceux-ci aient été examinés par un(e) psychiatre ne sont pas indemnisés. Pour garantir l'application de ces standards pour les parcours de soins, le contexte devrait être pris en compte dans une région sanitaire, et des interventions de suivi adéquates être mises à disposition. Les expertes et les experts suggèrent par ailleurs que les proches, les institutions au niveau communal (p. ex. centres de consultation) ainsi que les entreprises soient impliqués. Les personnes de référence devraient toutefois être déchargées et informées quant aux offres d'aide.

¹⁸ http://www.fmh.ch/files/pdf/6/aim_anhang_1_f.pdf, accès 26.5.2015, page 14.

¹⁹ http://www.fmh.ch/files/pdf/6/aim_anhang_2_f.pdf, accès 26.5.2015, page 12.

²⁰ http://www.fmh.ch/files/pdf/4/aim_anhang_4_f.pdf, accès 26.5.2015, page 3.

Par interventions de suivi on entend différentes mesures telles que des thérapies, des cartes SOS, des cartes postales ou encore un soutien par téléphone. Les expertes et les experts considèrent que ces mesures font partie intégrante du suivi continu. Des cartes postales, par exemple, contribueraient à maintenir une relation médecin-patient sur la durée. Des interventions concrètes permettraient dans un premier temps la mise en œuvre des parcours de soins mentionnés ci-dessus. Jusqu'ici, les mesures existantes n'ont toutefois été appliquées que de manière insuffisante, pour la simple raison que les ressources nécessaires ou les connaissances requises font défaut. Les expertes et les experts voient donc ici également un besoin d'agir évident. Selon les expertes et experts il est important que les concepts qui marchent dans la pratique soient intégrés dans les parcours de soins. Dans le cadre de l'atelier, on a mentionné parmi les mesures efficaces la méthode de la thérapie brève selon Michel et Gysin-Maillard (Attempted Suicide Short Intervention Programm [ASSIP]), les cartes SOS ou encore les appels de suivi.

Dans le cadre du suivi, il faut songer à des mesures spécifiquement destinées aux survivants après le suicide d'un proche, respectivement pour les groupes professionnels qui sont régulièrement confrontés à des suicides (postvention). L'évidence dans ce contexte n'est pas attestée de manière très nette dans la littérature. Les expertes et les experts considèrent que le besoin d'agir à ce niveau est moyen. Avec les care teams, les groupes d'entraide, les conseillers pastoraux, les psychiatres et les psychologues ambulatoires/stationnaires, il existe déjà en Suisse des offres efficaces de suivi des survivants. Mais les expertes et les experts constatent qu'il existe un besoin de développer les groupes d'entraide dirigés, en particulier en Suisse romande. Feraient également défaut des offres de soutien professionnelles pour les survivants. Les expertes et les experts considèrent comme étant problématique le fait qu'il y a peu de liens entre les offres à court terme et les offres à long terme. Ils trouveraient judicieux que les care teams soient systématiquement impliqués en cas de suicides. Ils devraient en outre toujours rendre les survivants attentifs aux offres complémentaires (groupes d'entraide, psychiatres, psychologues) et, dans la mesure du possible, reprendre contact avec les survivants. Idéalement, ces derniers devraient être contactés six à neuf mois après le suicide, car c'est à ce moment-là que des processus de deuil pathologiques seraient vraiment visibles. Les expertes et les experts considèrent que le groupe professionnel des entrepreneurs de pompes funèbres serait également des professionnels de première ligne importants pour l'assistance des survivants.

RECOMMANDATIONS

Les recommandations présentées ci-après ont été élaborées sur la base des discussions dans le cadre de l'atelier avec les expertes et les experts.

Recommandation 1: Développer et élargir un réseau sur le plan suisse

Des réseaux établis sur le plan suisse tel qu'Ipsilon ou le Réseau Santé psychique pourraient être renforcés et étendus en vue de la prévention du suicide. Un tel réseau sur le plan suisse pourrait notamment assumer les tâches suivantes:

- rassembler des documents d'information et de cours dans le sens d'un fonds open source et garantir la qualité de ces documents
- mettre à disposition un pool de professionnels pour les formations postgraduées et continues (mise en relation avec des spécialistes)
- promouvoir à l'échelle suisse l'échange interdisciplinaire et interinstitutionnel et lancer de nouveaux thèmes
- assurer la mise en réseau avec les réseaux régionaux

Pour que ces tâches puissent être assumées, il faudrait qu'Ipsilon dispose d'un secrétariat. Pour ce qui est du Réseau Santé psychique, le centre de coordination pourrait en sus être chargé de ces tâches.

Recommandation 2: Continuer à renforcer les réseaux régionaux

Les réseaux existants tels que le Réseau Entraide Valais, Air d'Ados à Genève, les rapports sur le suicide dans différentes villes alémaniques et les associations cantonales de prévention du suicide devraient davantage servir de sources d'inspiration dans d'autres cantons pour créer des réseaux régionaux. De tels réseaux pourraient assumer les tâches suivantes:

- promouvoir et garantir l'échange interdisciplinaire et institutionnel au niveau régional
- mener des discussions de cas
- offrir une hotline pour les experts

Idéalement, une institution devrait être définie dans un setting médical ou non médical, et ces tâches de mise en réseau être assumées dans le cadre d'un contrat de prestations avec le canton.

Recommandation 3: Assurer l'ancrage institutionnel

- Etant donné que l'évidence des *formations des professionnels de première ligne* est élevée pour les enseignants et les médecins de famille, ces derniers devraient être formés dans le domaine de la prévention secondaire du suicide. Pour les enseignants (à partir du niveau secondaire 1), il faudrait que ces contenus soient ancrés dans la formation de base. La mise en œuvre des objectifs de formation dans le curriculum pour les médecins de famille devrait être assurée par les institutions de formation continue. Dans les formations il ne s'agit pas seulement de transmettre des connaissances et des compétences, mais également de travailler sur des valeurs.
- En matière de *prévention secondaire du suicide*, il faudrait intégrer les fonctions de détection précoce et de tri dans les processus et les lignes directrices des homes, écoles, entreprises privées et hôpitaux. Il existe pour ce faire soit des systèmes de gestion de la qualité, soit des instruments spécifiques telle la promotion de la santé en entreprise.
- Pour la *prévention tertiaire du suicide*, il faudrait définir des standards pour les parcours de soins dans le suivi des personnes après une tentative de suicide. Devraient y être intégrés des concepts d'interventions éprouvés tels les cartes SOS, les appels de suivi ou encore des thérapies brèves basées sur l'évidence comme celle de Michel et Gysin-Maillard; le contexte sanitaire régional devrait également être pris en compte.
- Au niveau de la *postvention*, il faudrait créer un lien entre les offres à court termes (care teams, personnel des urgences) et les offres à long terme (groupes d'entraide, conseils et thérapies prodigués par des médecins de famille ou des psychiatres et des psychologues). Il conviendrait en outre de promouvoir, en particulier en Suisse romande, le développement des groupes d'entraide et garantir la pérennité des groupes d'entraide qui existent déjà en Suisse alémanique.

Recommandation 4: Garantir au niveau suisse des structures à bas seuil dans les soins psychiatriques et psychologiques

Les centres d'intervention en cas de crise qui existent pour les adultes dans certains cantons alémaniques ont prouvé leur utilité. De telles structures de soins psychiatriques et psychologiques à bas seuil devraient être introduites dans d'autres cantons, en particulier en Suisse romande. En outre, des structures de soins à bas seuil devraient être créées pour les jeunes.

I EINLEITUNG

Mit der Motion Ingold (11.3973) „Suizidprävention. Handlungsspielraum wirkungsvoller nutzen“ wird der Bund beauftragt, einen „Aktionsplan zur Suizidprävention vorzulegen und umzusetzen, der bei den anerkannten Hauptrisiken Depressionen und soziale Isolation ansetzt und die steigende Suizidrate zu brechen vermag“. Die Motion, welche vom Nationalrat am 11.09.2013 und vom Ständerat am 4.03.2014 angenommen wurde, wird durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Zusammenarbeit mit der schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz erfüllt. Der zu erstellende Aktionsplan soll Massnahmen zu den folgenden fünf Arbeitspaketen bündeln:

1. Sekundär- und Tertiärprävention bei Suizidalität: Früherkennung und Angebote im nicht-medizinischen und medizinischen Setting;
2. Suizidprävention durch Gesundheitsförderung und Prävention psychischer Krankheiten;
3. Suizidprävention durch Einschränkungen des Zugangs zu den Mitteln;
4. Prävention/Intervention Vereinsamung;
5. Monitoring und Forschung.

1.1 ZIELSETZUNG

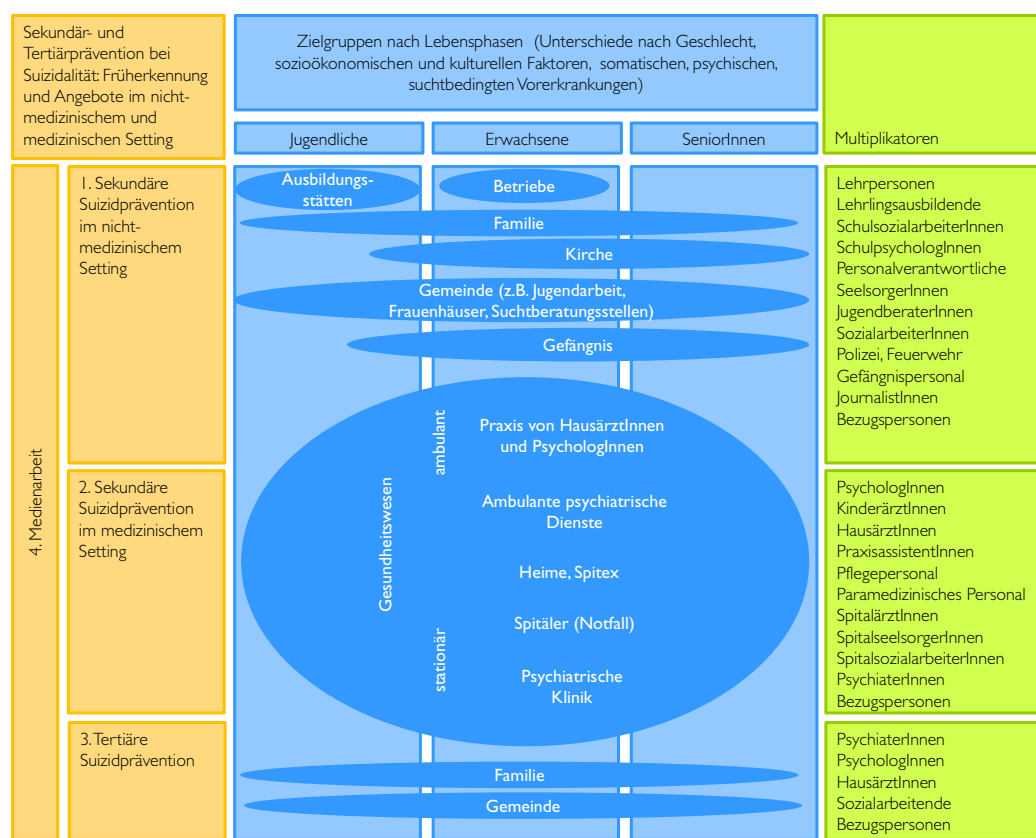
Der Fokus der vorliegenden Untersuchung liegt auf dem Arbeitspaket 1: Hilfe in Krisen und sekundäre Suizidprävention in der Versorgung. Ziel ist es, Grundlagen für die Formulierung von Massnahmen für das Arbeitspaket 1 zusammenzutragen. Zu diesem Zweck soll der aktuelle Wissenstand aufgearbeitet werden, das Vorgehen in anderen Ländern untersucht und eine Übersicht über die bestehenden Massnahmen in der Schweiz durchgeführt werden. Auf dieser Basis sollen der Handlungsbedarf für die Schweiz abgeschätzt und Empfehlungen zur Optimierung der aktuellen Situation formuliert werden.

1.2 UNTERSUCHUNGSGEGENSTAND

Die Darstellung D 1.1 gibt eine Übersicht über den Untersuchungsgegenstand. Die Darstellung zeigt zuerst drei inhaltliche Schwerpunkte des Arbeitspakets 1 (orange markiert). Weiter werden die drei Zielgruppen Jugendliche, Erwachsene sowie Seniorinnen und Senioren unterschieden, die sich in verschiedenen Settings bewegen (blau markiert). Schliesslich sind je nach Schwerpunkt unterschiedliche Multiplikatoren Gegenstand der Untersuchung (grün markiert). Unter Multiplikatoren verstehen wir Berufsgruppen und Bezugspersonen, welche im Bereich der Sekundärprävention eine Rolle bei der Früherkennung und Triage von Personen in einer psychosozialen oder suizidalen Krise respektive im Bereich der Tertiärprävention bei der Nachbetreuung spielen.

Im englischen Sprachraum wird dafür der Begriff Gatekeeper verwendet.²¹ Nachfolgend werden die drei inhaltlichen Schwerpunkte mit den zugehörigen Settings und Multiplikatoren beschrieben.

D 1.1: Übersicht über das Arbeitspaket I: Hilfe in Krisen und sekundäre Suizidprävention in der Versorgung



Quelle: eigene Darstellung basierend auf Pflichtenheft und Austausch mit Begleitgruppe.

Sekundäre Suizidprävention: Die sekundäre Suizidprävention umfasst Strukturen und Prozesse zur Früherkennung von Krisen und die Überweisung der Betroffenen in eine adäquate Behandlung. Für die Definition einer für die Suizidprävention relevanten Krise orientieren wir uns am Eisberg Paradigma von Jeanneret (vgl. Darstellung D 1.2). Suizide und Suizidversuche sind nur die sichtbare Spitze eines Eisberges und oft erst das Ende einer langen Entwicklung. Diese beginnt bei gewöhnlichen Krisen, worunter psychosoziale Krisen verstanden werden. Wenn zusätzlich Suizidgedanken auftreten wird aus einer psychosozialen Krise eine suizidale Krise. Die Früherkennung sollte entsprechend sowohl bei rein psychosozialen Krisen als auch bei suizidalen Krisen einsetzen.

²¹ Vgl. WHO (2014): Preventing suicide: a global imperative. World Health Organization, Geneva, Seite 38

D 1.2: Eisbergparadigma



Quelle: Ladame, F.; Jeanneret, O. (1982): Suicide in adolescents: some comments on epidemiology and prevention. *Journal of Adolescence*; 5:355-366, zitiert in Michel, Konrad; Frey, Conrad; Merz, Markus (2000): Krise und Suizid. Seminar für Ärzte. Basisdokument, Verbindung der Schweizer Ärzte FMH und Bundesamt für Gesundheit, Bern.

Bei der sekundären Suizidprävention unterscheiden wir zwischen nicht medizinischem und medizinischem Setting:

- *Nicht-medizinisches Setting:* Zu diesen Settings zählen Ausbildungsstätten, Betriebe, Gefängnisse, Gemeinden oder Kirchen. In diesen Settings braucht es niederschwellige Hilfsangebote, welche von Personen in Krisen selber rasch und unkompliziert in Anspruch genommen werden können. Andererseits sollten die in diesen Settings tätigen Multiplikatoren wie Lehrpersonen, Lehrlingsauszubildende, Personalverantwortliche, Jugend- und Sozialarbeitenden oder auch Bezugspersonen befähigt werden, Menschen in Krisen zu erkennen, zu unterstützen und gegebenenfalls an weitere Fachleute zu verweisen.
- *Medizinisches Setting:* Im medizinischen Setting kann unterschieden werden zwischen ambulanten und stationären sowie somatischen und psychiatrischen Versorgungseinrichtungen. Als Multiplikatoren stehen Berufsgruppen im Zentrum, welche in Arztpraxen, ambulanten psychiatrischen Diensten, Spitex, Heimen, Spitälern oder psychiatrische Kliniken tätig sind.

Tertiäre Suizidprävention: Die tertiäre Suizidprävention umfasst einerseits die konsequente und langfristige Nachbetreuung von Personen nach einem Suizidversuch. Dabei sind Prozesse zwischen den Schnittstellen Notfallaufnahme, Psychiatrie, ambulante psychiatrische respektive psychologische Versorgung sowie nicht medizinischen Settings von Interesse. Andererseits ist die Postvention, hier definiert als die Nachbetreuung von mit einem Suizid konfrontierten Hinterbliebenen und Berufsgruppen, Teil der tertiären Suizidprävention.

Medienarbeit: Die für das Arbeitspaket 1 relevante Medienarbeit umfasst eine sensible Berichterstattung nach einem Suizid. Eine sensible Berichterstattung löst keine Imitationshandlungen aus (Werther-Effekt), sondern zeigt am Beispiel von Betroffenen wie

Krisensituationen ohne suizidales Verhalten bewältigt werden können (Papageno-Effekt) indem sie beispielsweise auf einschlägige Hilfsangebote in nicht medizinischen und medizinischen Settings verweist.

1.3 METHODISCHES VORGEHEN

Die Untersuchung stützt sich auf vier empirische Grundlagen: Auf eine Literaturanalyse, auf die Erstellung von Länderporträts, auf eine Bestandsaufnahme sowie auf eine Bedarfsanalyse. Nachfolgend werden die einzelnen Methoden beschrieben. Darstellung D 1.3 zeigt auf, welche Methodik zur Untersuchung der fünf inhaltlichen Schwerpunkte beigezogen wurde.

D 1.3: Übersicht über die Methodik zur Untersuchung der einzelnen Elemente

| Untersuchungselement | Literaturanalyse | Länderportraits | Bestandsaufnahme | Bedarfsanalyse |
|------------------------------------|------------------|-----------------|------------------|----------------|
| Niederschwellige Hilfsangebote | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Suizidprävention in der Versorgung | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Nachbetreuung nach Suizidversuchen | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Medienarbeit | | ✓ | ✓ | |

Quelle: Eigene Darstellung

1.3.1 LITERATURANALYSE

Die Literaturanalyse zielt darauf ab, den aktuellen Wissensstand zur Bedeutung von niederschweligen Hilfsangeboten, der sekundären Suizidprävention in der Versorgung sowie der Nachbetreuung in der Suizidprävention anhand von internationalen Datenbanken aufzuarbeiten. Im Bereich der Suizidprävention gibt es eine Fülle von wissenschaftlicher Literatur. Im Sinne einer möglichst effizienten Beschreibung des aktuellen Wissensstands wurde der Fokus deshalb auf so genannte Umbrella Reviews, das heisst Übersichtsarbeiten von Reviews, gelegt. Einbezogen wurden in einem ersten Schritt von der Expertengruppe empfohlene Übersichtsarbeiten. In einem zweiten Schritt wurden die Literaturverzeichnisse dieser Arbeiten nach weiteren relevanten Studien durchsucht. Der dritte Arbeitsschritt bestand aus einer Stichwortsuche im Internet sowie auf den Websites von Organisationen, die im Bereich der evidenzbasierten Gesundheitspolitik tätig sind. Dazu zählen die Weltgesundheitsorganisation (WHO), das Health Evidence Network (HEN), das National Institute for Health and Care Excellence (NICE) und die Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Folgende Stichworte wurden einzeln und in Kombination in Englisch, Deutsch und Französisch verwendet, um an den genannten Stellen nach Übersichtsarbeiten zu suchen: suicide, suicide prevention, suicide rate, suicide mortality, review, overview, Good Practice, Best Practice, evidence, what works, impact of interventions, evidence-based interventions, efficacy, prevention strategies. Nach diesen drei Arbeitsschritten erwies sich die Suche als erschöpfend. Das aus der Recherche resultierende Literaturverzeichnis wurde zur Validierung einer internationalen Expertin der WHO unterbreitet.

Für den vorliegenden Bericht wurden neun Übersichtsarbeiten ausgewertet. Die dargestellten Ergebnisse entstammen vor allem aus den fünf aktuellen Arbeiten aus Irland (Dillon 2014), Schottland (Teuton 2014), Frankreich (Du Roscoät 2013), Kalifornien (Acosta 2012) und von der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2014). In diesen Berichten sind die Ergebnisse der restlichen vier Übersichtsarbeiten (Scott 2012, Van der Feltz 2011, Leitner 2008 und Mann 2005) referenziert, so dass Informationen aus diesen vier Studien nur gezielt und punktuell ergänzt wurden (falls nötig). Die Ergebnisse der Literaturanalyse finden sich in Kapitel 0.

1.3.2 LÄNDERPORTRAITS

Ergänzend zur Literaturanalyse sollten durch Portraits der Suizidpräventionsstrategie von vier Ländern weitere internationale Good Practice identifiziert werden, welche für den Schweizer Aktionsplan Suizidprävention von Interesse sein könnten.

Die Länderportraits limitieren sich nicht auf Aktivitäten, welche dem Arbeitspaket 1 des geplanten Schweizer Aktionsplans Suizidprävention entsprechen, sondern beschreiben die Suizidpräventionsstrategie als Ganzes. Aus diesem Grund werden die vier Portraits im Anhang A4 aufgeführt. Für das Arbeitspaket 1 relevante Informationen fließen jedoch ebenfalls in die Bedarfsanalyse ein (vgl. Kapitel 4).

Das Vorgehen war wie folgt: Zuerst wurden vier Länder bestimmt. Ausgewählt wurden mit Schottland und Frankreich zwei Länder, die eine lange nationale Suizidpräventionstradition haben. Des Weiteren wurden die Suizidpräventionsstrategien von Österreich und Deutschland untersucht, welche ein mit der Schweiz vergleichbares Politik- und Gesundheitssystem haben. Danach wurden die relevanten Dokumente zu den Suizidpräventionsstrategien der vier Länder gesichtet und die Informationen darin zu vier Portraits verdichtet. Diese Portraits wurden schliesslich gemeinsam mit den in den vier Ländern für die Suizidprävention verantwortlichen Personen diskutiert und validiert.

1.3.3 BESTANDSAUFNAHME

Ziel der Bestandsaufnahme war es, ausgehend von Experteneinschätzungen in der Schweiz Good Practice im Bereich der niederschweligen Hilfsangebote, der sekundären Suizidprävention in der Versorgung sowie der Nachbetreuung zu identifizieren. In einem ersten Schritt wurden gemeinsam mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) sowie der Begleitgruppe bestehend aus Barbara Weil, ehemalige Präsidentin von Ipsilon sowie der WHO-Expertin Alexandra Fleischmann fünfzehn ExpertInnen ausgewählt. Die ExpertInnen wurden so ausgewählt, dass sie die in der Darstellung D 1.1 erwähnten Zielgruppen, Settings und Multiplikatoren möglichst gut abdecken. Zudem sollten sie auch einen guten Einblick in die Suizidpräventionsaktivitäten in den verschiedenen Landesteilen haben. Eine Liste der befragten ExpertInnen befindet sich im Anhang A2, Darstellung DA 9). In einem zweiten Schritt wurden diese ExpertInnen im Rahmen eines telefonischen Interviews darum gebeten, Good Practices in der Schweiz zu beschreiben, welche sie aus ihrem Berufsalltag kennen. In einem dritten Schritt wurden im Internet ergänzende Recherchen zu den in den Interviews erwähnten Good Practice sowie weiteren ähnlichen Beispielen durchgeführt. Die Ergebnisse sind in Kapitel 3 dargestellt.

1.3.4 BEDARFSANALYSE

Ziel der Bedarfsanalyse war es, den Handlungsbedarf im Bereich der sekundären Suizidprävention im medizinischen und nicht medizinischen Setting sowie in der tertiären Suizidprävention zu bestimmen und Empfehlungen für den künftigen Aktionsplan Suizidprävention zu entwickeln. Zuerst wurden die Ergebnisse aus der Literaturanalyse, den Länderportraits und der Bestandsaufnahme zusammengeführt und daraus der Handlungsbedarf abgeleitet. Danach wurden im Rahmen eines Workshops mit den beteiligten Experten dieser Handlungsbedarf diskutiert und gemeinsam Empfehlungen für das Arbeitspaket 1 des künftigen Aktionsplans ermittelt. Die Ergebnisse der Bedarfsanalyse finden sich in Kapitel 4.

1.4 CHANCEN UND GRENZEN DER UNTERSUCHUNG

Der vorliegende Bericht bildet eine aussagekräftige Übersicht über Good-Practice-Massnahmen und zeigt auf, wo in der Schweiz Handlungsbedarf besteht beziehungsweise wie dieser gedeckt werden könnte. Das gewählte Vorgehen erwies sich als pragmatisch, um auf effiziente Art und Weise die relevanten Fakten und Einschätzungen zusammenzutragen. Mittels Literaturrecherche konnte die Fülle der verfügbaren Literatur evidenzbasiert verdichtet werden. Sie bietet somit aussagekräftige Angaben zur Wirksamkeit von Massnahmen und Best Practice. Durch die Länderporträts konnten gewisse internationale Standards bei der Entwicklung und Umsetzung von Suizidpräventionsstrategien identifizieren werden. Die Bestandsaufnahme bietet eine exemplarische Übersicht über die aktuelle Situation im Bereich der niederschweligen Hilfsangebote und der Suizidprävention in der Versorgung in der Schweiz sowie allfällige Lücken. Der partizipative Ansatz bei der Erarbeitung der Empfehlungen stellt zudem sicher, dass diese breit abgestützt und praxisrelevant sind.

Mit dem gewählten Vorgehen sind jedoch auch einige Einschränkungen verbunden. So konnte in der Literaturanalyse nicht auf Einzelstudien eingegangen werden. Aus diesem Grund wurden möglicherweise sehr neue Interventionen, zu denen es bislang nur Einzelstudien, aber noch keine Reviews gibt, nicht berücksichtigt. Die Erkenntnisse aus den Länderporträts können aufgrund unterschiedlicher Politik- und Gesundheitssysteme nur bedingt auf die Schweiz übertragen werden. Die Bestandsaufnahme hat nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. So können beispielsweise unzählige Beratungsstellen für spezifische Zielgruppen eine Rolle bei der Bewältigung von psychosozialen und suizidalen Krisen spielen. Diese Stellen konnten aus Ressourcengründen nicht alle in die Untersuchung einbezogen werden. Weiter ist anzumerken, dass lediglich Good Practice identifiziert wurden. Darunter verstehen wir vorbildhafte Strukturen und Prozesse in niederschweligen Hilfsangeboten sowie in der Gesundheitsversorgung, die sich aufgrund der Einschätzung von ExpertInnen in der Suizidprävention bewährt haben. Es handelt sich nicht um Best Practices, welche gestützt auf Evaluationen nachweislich einen positiven Beitrag zur Reduzierung der Suizidrate leisten. Schliesslich gibt es in Bezug auf die Bedarfsanalyse möglicherweise noch andere relevante ExpertInnen beispielsweise aus der Pflege, die in diesem Bericht nicht berücksichtigt wurden. Sie haben jedoch Gelegenheit, sich nochmals in einem vom BAG durchgeführten Workshop im Oktober 2015 einzubringen.

1.5 AUFBAU DES BERICHTS UND DANK

Der Bericht ist entlang der empirischen Methodik aufgebaut. Kapitel 2 stellt die Ergebnisse der Literaturanalyse dar, Kapitel 3 beinhaltet die Ergebnisse der Bestandsaufnahme und Kapitel 4 fasst die Ergebnisse der Bedarfsanalyse zusammen. In Anhang A1 ist das Literaturverzeichnis mit den untersuchten Übersichtsarbeiten zu finden. In Anhang A2 sind detaillierten Listen zu den Angeboten zu finden, welche im Rahmen der Bestandsaufnahme identifiziert wurden. In Anhang A3 sind die Aussagen der ExpertInnen zu den weiteren Arbeitspaketen aufgeführt. Der Anhang A4 beinhaltet die vier Länderporträts.

An dieser Stelle möchten wir allen Beteiligten für die zur Verfügung gestellte Zeit, die grosse Auskunftsbereitschaft und die wertvollen Rückmeldungen bedanken. Ein besonderer Dank gilt Frau Bürli, Frau Duetz-Schmuck, Frau Fleischmann und Frau Weil für ihre engagierte Mitarbeit und Unterstützung des Projekts.

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Literaturanalyse dargestellt. In Abschnitt 2.1 wird auf die Aussagekraft der Studien eingegangen. Abschnitt 2.2 ist der Zielgruppenorientierung der in den Übersichtsarbeiten untersuchten Massnahmen gewidmet. Die Abschnitte 2.3, 2.4 und 2.5 umfassen die Ergebnisse zu den vier inhaltlichen Schwerpunkten der Studie.

2.1 AUSSAGEKRAFT DER STUDIEN

Die Ergebnisse zeigen auf, dass die AutorInnen der analysierten Übersichtsarbeiten die Evidenz für wirksame Massnahmen zur Reduktion der Suizidraten als qualitativ sehr beschränkt einschätzen. Sie erklären diesen Sachverhalt mit mehreren methodischen Schwierigkeiten:

- *Seltenheit von Suiziden:* Suizide sind seltene Ereignisse, so dass die Studien häufig über zu wenig statische Aussagekraft verfügen. Dies mag einer der Gründe sein, warum die Zielgrössen unterschiedlich definiert werden. Manche Studien beziehen sich auf primäre Zielgrössen wie erfolgte Suizide, Suizidversuche und Suizidgedanken. Andere Studien untersuchen die Auswirkungen auf intermediäre Zielgrössen wie Wissen, Einstellung, Kompetenzen und hilfesuchendes Verhalten. Dabei sind Studien zu primären Zielgrössen weniger häufig, liefern aber die stärkste Evidenz.
- *Schwierige Beurteilung von Einzelinterventionen:* Häufig sind Interventionen in der Suizidprävention Bestandteil eines Multikomponentenprogramms. Die Wirkungen einer einzelnen Intervention auf die Suizidrate oder die Anzahl Suizidversuche ist in einem solchen Multikomponentenprogramm schwierig zu isolieren und zu beurteilen.
- *Heterogenität der Studien:* Die in den Reviews beurteilten Studien sind sehr heterogen sowohl was die Qualität als auch was die untersuchten Interventionen betrifft (unterschiedliche Dauer, Intensität, Vergleichsgruppen, Outcomes usw.). Teilweise beziehen sie sich auf dieselben Einzelstudien, was zu einer stärkeren Gewichtung dieser Ergebnisse führen kann.
- *Schwere Übertragbarkeit der Ergebnisse:* Viele der Studien stammen aus anderen Ländern mit unterschiedlichen Kulturen und anderen Gesundheits- und Sozialsystemen. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Länder ist daher offen.

Die AutorInnen der Übersichtsstudien sind sich jedoch einig, dass der methodisch schwierige Wirkungsnachweis keineswegs bedeutet, dass die Suizidpräventionsinterventionen nicht wirksam sind. Trotz des eingeschränkten Wirkungsnachweises machen die AutorInnen der Übersichtsarbeiten klare Aussagen zu Interventionen, welche sie als empfehlenswert halten (Good Practice).

Die vorliegende Literaturanalyse macht zudem deutlich, dass in den ausgewerteten Übersichtsarbeiten ein starker Fokus auf Interventionen im Bereich des medizinischen

Settings und weniger des nicht medizinischen Settings gelegt wurde. Dies dürfte auch daran liegen, dass der Diagnose und Behandlung von psychischen Krankheiten bei der Suizidprävention ein hoher Stellenwert eingeräumt wird. Die Zuordnung der Ergebnisse zu den drei Teilpakten hat sich deshalb als nicht immer klar abgrenzbar erwiesen.

2.2 ZIELGRUPPENORIENTIERUNG

In den verschiedenen Übersichtsarbeiten werden die analysierten Interventionen sehr unterschiedlich kategorisiert. Die Notwendigkeit der Zielgruppenorientierung wird häufig erwähnt, aber nur teilweise konkretisiert. Du Roscoät und Beck fassen in ihre Schlussfolgerungen vielversprechende präventive Ansätze nach Altersklassen der Zielgruppen zusammen (vgl. Darstellung D 2.1).

D 2.1: Vielversprechende Ansätze zur Suizidprävention nach Altersklassen

| Zielgruppen | Ansätze |
|--|---|
| Jugendliche (bis 25 Jahre) | Schulbasierte Programme (Ausbildung von Erwachsenen); Helplines/Notfallnummern; Nachbetreuung nach Suizidversuch; Psychotherapeutische Betreuung nach Entlassung von der Notfallstation |
| Erwachsene | Psychotherapeutische Betreuung nach Entlassung von der Notfallstation; medizinische und psychotherapeutische Behandlung für depressive Personen und Suizidgefährdete |
| Ältere Personen | Erkennung und Behandlung von Depressionen (einschliesslich Weiterbildung HausärztInnen); Entwicklung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen für vereinsamte SeniorInnen (einschliesslich Notfallrufnummer und Monitoringsystem zur regelmässigen Kontaktaufnahme per Telefon) |
| Alle Altersklassen (Allgemeinbevölkerung) | Informationskampagnen zu Depressionen und deren Behandlung; Weiterbildung von HausärztInnen in der Behandlung von Depressionen; Helplines/Notfallnummern |

Quelle: Du Roscoät 2013.

Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt spezifische Ansätze für bestimmte vulnerable Gruppen, wobei sie darauf hinweist, dass die Evidenzbasis dafür nicht sehr stark ist (vgl. Darstellung D 2.2).

D 2.2: Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation für spezifische präventive Ansätze bei vulnerablen Gruppen

| Vulnerable Gruppen | Ansätze |
|---|--|
| Traumatisierte Personen (z.B. durch Krieg, Missbrauch, Naturkatastrophen) | Stärkung von Beziehungen in betroffenen Gemeinden („Communities“) |
| Flüchtlinge und MigrantInnen | Gezielte Interventionen für bestimmte kulturelle Gruppen |
| Gefängnisinsassen/Häftlinge | Behandlung von Substanzmissbrauch, keine Isolationshaft, Screening-Massnahmen |
| Militärangehörige/Veteranen | Resilienzförderung, Unterstützung durch Peers, Patientengeführte Planung („patient-led planning“) |
| Hinterbliebene nach Suizid | Trauerarbeit unterstützen (z.B. Selbsthilfegruppen) und imitative Handlungen verhindern (schul-, familien- und gemeindebasierte Postvention) |
| Personen mit psychischen Erkrankungen und/oder Substanzmissbrauch | Ausbildung von Gesundheitspersonal im Erkennen und Behandeln von psychischen Störungen und Substanzmissbrauch/problematischen Konsum |

Quelle: Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2014.

Interessanterweise wurde das Geschlecht von Betroffenen in den Übersichtsarbeiten nicht explizit als besonders wichtiges, zu berücksichtigendes Merkmal erwähnt, obwohl anerkannt ist, dass zwischen den Geschlechtern deutliche Unterschiede, beispielsweise bei der Suizidrate und den bevorzugten Methoden, gibt (Teuton 2014). Allerdings wird häufig erwähnt, dass Interventionen spezifisch auf Zielgruppen ausgerichtet sein sollten, so dass hier implizit die Geschlechter einbezogen sein dürften. Vereinzelt gibt es aber Hinweise, dass Suizidpräventionsprogramme bei Frauen deutlich besser wirken als bei Männern (z.B. Auswirkungen eines gemeindebasierten Programms bei älteren Personen im ländlichen Japan auf die Suizidrate (Du Roscoät 2013, Dillon 2014, Teuton 2014, Acosta 2012) oder das Multikomponentenprogramm aus Nürnberg „Bündnis gegen Depression“ (Acosta 2012, WHO 2014).

2.3 SEKUNDÄRE SUIZIDPRÄVENTION IM NICHT MEDIZINISCHEN SETTING

Die sekundäre Suizidprävention im nicht medizinischen Setting ist vielgestaltig. Sie lässt sich grob in folgende vier Kategorien von Angeboten zusammenfassen (vgl. Darstellung D 2.3).

D 2.3: Sekundäre Suizidprävention im nicht medizinischen Setting

| Angebote | Nutzen (Evidenz) | Optimale Gestaltung |
|--|--|---|
| Multiplikatoren-Schulung (nicht-medizinische Fachpersonen) | <ul style="list-style-type: none"> - Eingeschränkte Evidenz (wenige systematische Evaluationen, schwierige Isolation des Effekts) - Wirkungen auf Wissen, Einstellung, Verhalten von Multiplikatoren nicht aber auf Suizidrate - Als Bestandteil von Suizidprävention empfohlen | <ul style="list-style-type: none"> - Kulturell adaptiert - Mit Informationen über lokale Hilfsangebote |
| Interventionen in Ausbildungsstätten | <ul style="list-style-type: none"> - Eingeschränkte Evidenz (Hinweise für positive Beeinflussung von Schutz- und Risikofaktoren, nicht aber der Suizidrate) - Empfohlenes Setting für Massnahmen | <ul style="list-style-type: none"> - Häufig Angebote mit mehreren Komponenten - Vereinzelt Warnung vor unerwünschten negativen Effekten bei Peer-Ansatz (Stigmatisierung und Überforderung) |
| Interventionen in weiteren Settings (z.B. Betriebe, Gemeinden) | <ul style="list-style-type: none"> - Kaum untersucht - Vereinzelt Hinweise auf Wirksamkeit (Militär, Gefängnis, Arbeitsplatz, Polizei). - Gemeinde- bzw. Gemeinschaftsbasierte Intervention empfohlen | - |
| Telefon- und Onlineberatung | <ul style="list-style-type: none"> - Belegte Evidenz (kurzfristig, aber nicht längerfristig) - Verbreitet - Hinweise auf Kosteneffizienz | <ul style="list-style-type: none"> - Auf AnruferInnen abgestimmte Zuhörmethode - Follow-up-Kontakte - Hoher Bekanntheitsgrad |

Quelle: eigene Darstellung.

Multiplikatoren-Schulung (nicht-medizinische Fachpersonen)

Unter Multiplikatoren-Schulungen fallen Aus- und Weiterbildungen von Personen, welche in Kontakt mit Menschen in psychosozialen und suizidalen Krisen stehen. Als Multiplikatoren stehen Fachleute und Laien aus dem nicht medizinischen Bereich (z.B. Mitarbeitende der Kirche, des Militärs, der Polizei, in Gefängnissen im Zentrum. Da Menschen in Krisen selten von sich aus Hilfe suchen sollen diese Multiplikatoren befähigt werden, Personen mit erhöhtem Suizidrisiko zu erkennen und einer geeigneten Betreuung zuzuführen (WHO 2014).

Multiplikatoren-Schulungen werden als wichtiges Element von Suizidprävention gesehen, obwohl die Evidenz hinsichtlich der Wirksamkeit beschränkt ist (Dillon 2014, WHO 2014, Du Roscoät 2013). Es existieren viele Programme, die jedoch selten systematisch evaluiert werden (Acosta 2012). Häufig sind Multiplikatoren-Schulungen Bestandteil von Multikomponentenprojekten, was die Isolierung des Effekts erschwert (Teuton 2014, Mann 2005). Eine Wirkung von Multiplikatoren-Schulungen auf die Suizidrate konnte entsprechend nicht belegt werden. Diese Schulungen zeigen jedoch einen positiven Effekt auf intermediäre Outcomes wie Wissen und Einstellung und zum Teil auf das Verhalten der Multiplikatoren (Teuton 2014). Formalisierte Zuständigkeiten für die Multiplikatoren und klar definierte Behandlungspfade, wie beispielsweise

im Militär, unterstützen die Wirksamkeit der Multiplikatoren-Schulungen (Mann 2005). Als wichtig für eine optimale Gestaltung wird erachtet, dass die Multiplikatoren-Schulungen kulturell adaptiert sind und explizit Informationen über die Zugangswege und Erreichbarkeit lokaler Hilfsangebote enthalten (WHO 2014).²²

Interventionen in Ausbildungsstätten

Das Setting Ausbildungsstätten wird als offensichtliches und angemessenes Setting für die Suizidprävention gesehen, da Kinder und Jugendliche sehr viel Zeit dort verbringen (Dillon 2014). Ziel ist es, das Bewusstsein für suizidales Verhalten zu erhöhen, sowie die Fähigkeit Gefährdungen bei andern oder sich selbst zu erkennen und in Krisen Hilfe zu holen (Dillon 2014, Teuton 2014, WHO 2014). Die in den Reviews untersuchten Interventionen sind sehr unterschiedlich. Sie umfassen beispielsweise zur Sensibilisierung für das Thema Curriculum-basierte Massnahmen (z.B. Suicide awareness curriculum [SOS], psychologische Weiterbildung z.B. zu Bewältigungsstrategien), die Vermittlung von Wissen zu Warnzeichen und von geeigneten Reaktionen von Peers und vom Personal, die Förderung von Selbsteinweisung oder Einweisung durch Peers, Seminare für Jugendliche, Eltern und Personal und verhaltensorientierte Massnahmen zur Förderung von Problemlösung und Selbststeuerung (Dillon 2014). Die Intensität der Interventionen kann von einer bis zu 180 Stunden reichen. Meist werden die Massnahmen vom Personal in den Ausbildungsstätten (z.B. Lehrer, PflegerInnen in Schulen, Beratungsdiensten) oder speziell geschulten Sozialarbeitenden erbracht.

Häufig handelt es sich um Multikomponentenprogramme, die verschiedene Ansätze kombinieren (z.B. Curriculum-basiert, Skills-Training, Multiplikatoren-Schulungen, Screening (Dillon 2014)). Es gibt einige Hinweise, dass sich schulbasierte Programme auf Verbesserung der Schutzfaktoren und Verringerung der Risikofaktoren für einen Suizid auswirken. So können Wissen und Einstellungen, das Selbstbewusstsein, Fähigkeiten zur Problemlösung und Kontrolle sowie soziale Netzwerke positiv beeinflusst werden (Teuton 2014). Die Wirksamkeit dieser Programme auf suizidales Verhalten ist jedoch unklar, da diese selten untersucht wurde (Dillon 2014, Teuton 2014, WHO 2014, Du Roscoät 2013, Mann 2005, Scott 2012). Allerdings wird auch vor möglichen unerwünschten negativen Auswirkungen schulbasierter Massnahmen gewarnt (Teuton 2014, Du Roscoät 2013). Für Peer-basierte Programme werden zwei Risiken hervorgehoben: das Risiko der Stigmatisierung der Betroffenen und das Risiko der Überforderung der Peers durch Verantwortung und Schuld (Du Roscoät 2013).

Zur guten Ausgestaltung gibt es wenig Hinweise aus der Literatur. Die Weltgesundheitsorganisation kommt zum Schluss, dass Multikomponentenprogramme nutzbringend sein könnten (WHO 2014). In einer Übersichtsarbeit werden Elemente der Wirksamkeit hinsichtlich Verbesserung von Schutz- und Risikofaktoren nach Zielgruppe unterschieden. Für die Allgemeinbevölkerung seien Programme wirksam, die auf Verhaltensänderung und Bewältigungsstrategien aufbauen. Für Hochrisikojugendliche hingegen seien Programme wirksam, die soziale Unterstützung und Skills-Training förderten (Scott 2012).

²² Häufig wird in der Literatur nicht klar unterschieden, ob es sich um Multiplikatoren aus dem medizinischen oder nicht medizinischen Bereich handelt. Die meisten expliziten Aussagen zur Wirksamkeit beziehen sich auf Studien aus dem Versorgungsbereich.

Interventionen in anderen Settings

Interventionen in anderen Settings wie Betriebe, Familie, Freizeit und Gemeinde sind in den Übersichtsarbeiten deutlich schwächer untersucht als die Settings Ausbildungsstätten und Gesundheitswesen. Diese Settings werden zum Beispiel bei den Multiplikatoren-Schulungen als wichtig hervorgehoben, es gibt jedoch kaum Reviews dazu und die Evidenz zur Wirksamkeit ist schwach (Dillon 2014). Die Weltgesundheitsorganisation berichtet als Beispiel einer gelungenen Intervention am Arbeitsplatz von einem erfolgreichen Suizidpräventionsprogramm im Polizeikorps von Montreal in Kanada. Dieses bestand aus verschiedenen Komponenten (halbtägige bzw. ganztägige Ausbildungen von allen PolizistInnen beziehungsweise den Vorgesetzten zur Risikoerkennung und adäquaten Hilfsmassnahmen, ein Krisentelefon und eine Öffentlichkeitskampagne) und reduzierte die Suizidrate der PolizistInnen um knapp 80 Prozent (WHO 2014). Ebenfalls erfolgreich war ein Mehrkomponentenprogramm beim Militär in den USA (Dillon 2014). Interventionen im Gefängnis sind ebenfalls nicht breit untersucht. In einer Studie wurde der erleichterte Zugang zur psychiatrischen Betreuung als erfolgreich beschrieben (Teuton 2014, Leitner 2008). Gemeindebasierte Interventionen werden zwar als wichtig erwähnt jedoch auf der Stufe der Übersichtsarbeiten nicht weiter ausgeführt.

Telefon- und Onlineberatung

Telefonische Beratungen²³ in Krisen sind ein verbreitetes, niederschwelliges Angebot zur Suizidprävention (WHO 2014). Ziel der Krisentelefone ist es, die Personen in Krisen direkt zu unterstützen, das Suizidrisiko zu bewerten und den Zugang zu einer Behandlung zu erleichtern (Acosta 2012). Es gibt mehrfach Hinweise, dass Krisentelefone suizidales Verhalten und Suizidraten in der Allgemeinbevölkerung und bei gefährdeten Jugendlichen positiv beeinflussen können (Acosta 2012, Du Roscoät 2013). Inwiefern sie nachhaltig Suizide verhindern können, ist jedoch unklar (Acosta 2012.; WHO 2014). Als wichtige Elemente für eine gute Ausgestaltung werden erwähnt: eine auf die Anrufenden abgestimmte Methode des Zuhörens, Follow-up-Kontakte von Seiten der Telefonberatungsstelle und die Bekanntmachung der Telefonnummern an Orten mit besonders hohem Suizidrisiko (Du Roscoät 2013).

In jüngster Zeit sind auch andere Technologien wie Online-Chats oder Text Messaging eingesetzt worden, die demselben Prinzip folgen. Diese sind bislang noch wenig evaluiert (Acosta 2012; Dillon 2014, Teuton 2014, Du Roscoät 2013). Das Internet wird in einem Review als wichtige Ressource für die Suizidprävention bezeichnet, da suizidale Personen dort häufig nach Hilfe suchen (Dillon 2014). Gemäss Weltgesundheitsorganisation sind ausgebildete Freiwillige, die Beratungen per Telefon oder Internet anbieten eine wertvolle Hilfe für Personen in Krisen. Zudem gibt eine Studie aus Belgien Hinweise, dass Telefon- und Chat-Helplines kosteneffiziente, suizidpräventive Massnahmen darstellen (WHO 2014).

²³ Auch bezeichnet als Helplines, Hotlines, Telefonseelsorge, Sorgentelefon, Telefonhilfe, Krisentelefon, Nottelfon.

2.4 SEKUNDÄRE SUIZIDPRÄVENTION IM MEDIZINISCHEN SETTING

Die Mehrzahl der Personen, die einen Suizidversuch unternehmen, hatte in der Zeit davor Kontakt mit dem Gesundheitsversorgungssystem.²⁴ Deshalb kommt diesem Bereich eine besondere Bedeutung bei der Suizidprävention zu (WHO 2014). Innerhalb der Versorgung sollte Menschen mit psychischen Krankheiten besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Hier stehen vor allem die Früherkennung von Depressionen und die damit verbundene Suizidgefährdung im Zentrum.

Die sekundäre Suizidprävention im medizinischen Setting hat verschiedene Ansatzpunkte. Die Übergänge zu therapeutischen Massnahmen respektive der Nachbetreuung sind fließend, da eine erfolgreiche Behandlung von psychischen Erkrankungen gleichzeitig als effiziente Suizidprävention gelten kann. Grob lassen sich in der Literatur folgende sechs Kategorien von Ansätzen zur Suizidprävention finden, welche sich zum Teil überlappen (Darstellung D 2.4).

D 2.4: Sekundäre Suizidprävention im medizinischen Setting

| Angebote | Nutzen (Evidenz) | Optimale Gestaltung |
|---|---|---|
| Multiplikatoren-Schulung (medizinische Fachpersonen): | - Gemischte Evidenz - Vielversprechend - Verbreitet | - Regelmässig und kontinuierliche Durchführung - Abdeckung der Mehrheit des medizinischen Personals - Ausrichtung auf spezifische Krankheiten z.B. Depression |
| Screening-Programme | - Eingeschränkte Evidenz (Effekte schwer isolierbar; wahrscheinlich wirksam bei Hochrisikogruppen mit gleichzeitiger Betreuungsmöglichkeit) | - Kombination mit Betreuungsmöglichkeit unabdingbar |
| Psychotherapeutische Interventionen | - Gemischte Evidenz (sehr heterogene Datenlage) - Kognitive Verhaltenstherapie und Dialektische Verhaltenstherapie vielversprechend | - Kognitive Verhaltenstherapie im weitesten Sinne vielversprechend für Erwachsene - Für Jugendliche keine Empfehlung |
| Telepsychiatrie | - Ungenügende Evidenz - Vielversprechend | |
| Niederschwelliger Zugang zur Versorgung | - Ungenügende Evidenz (kaum erwähnt) | |
| Pharmakotherapie | - In Übersichtsarbeiten nicht untersucht. | - Gemäss WHO (HEN) bei bestimmten Personen erfolgreich (Lithium, Flupentixol) |

Quelle: eigene Darstellung.

²⁴ Kontakt mit Hausarzt oder -ärztin: 45 Prozent im Monat davor, 77 Prozent im Jahr davor (Teuton 2014).

Multiplikatoren-Schulung (medizinische Fachpersonen)

Multiplikatoren-Schulungen von medizinischem Personal, vor allem Weiter- und Fortbildungen für Hausärztinnen und Hausärzte, erhalten in der Literatur breiten Raum. Sie werden als sehr vielversprechende Massnahmen eingestuft, obwohl anerkannt wird, dass der Beweis der Wirksamkeit nicht eindeutig erbracht ist (Teuton 2014). Auch bei Multiplikatoren-Schulungen von medizinischem Personal gilt, dass die Isolierung des Effekts schwierig ist (Dillon 2014, Teuton 2014, Du Roscoät 2013, Mann 2005). Gezeigt werden konnten erhöhte Diagnose- und Behandlungsraten von depressiven PatientInnen und gleichzeitig verringerte Suizidraten (Acosta 2012, Mann 2005). Für die Schulungen können auch Video- oder Telefonkonferenzen eingesetzt werden, wenn keine lokalen ExpertInnen verfügbar sind (Mann 2005). Obwohl die Evidenz zur Wirksamkeit beschränkt ist, werden auch Schulungen von Personal in den Notfallambulanzen in Multiplikatoren-Funktionen als vielversprechend erachtet und sind in vielen Ländern verbreitet (Dillon 2014). Dabei geht es vor allem um die Sicherstellung von psychosozialen Support und systematischer Nachbetreuung (WHO 2014). Die Weltgesundheitsorganisation hat einen Leitfaden für nicht spezialisierte medizinische Abteilungen entwickelt, um eine integrierte Versorgung von bestimmten Krankheitsbildern oder -beschwerden zu verbessern, wozu auch suizidales Verhalten zählt (WHO 2014).²⁵ In eine ähnliche Richtung geht auch der Leitfaden für gute Praxis in der Suizidprävention aus Quebec, der sich an die Mitarbeitenden der staatlichen Gesundheits- und Sozialzentren richtet (Lane 2010). Sie sollen angeleitet werden, suizidgefährdete Personen zu beraten, die Gefährdung einzuschätzen, darauf adäquat zu reagieren und die Personen zu begleiten beziehungsweise an geeignete Stellen weiter zu verweisen.

Als wichtig für den Erfolg der Schulungen wird erachtet, dass diese regelmässig oder kontinuierlich über Jahre hinweg stattfinden und die Mehrheit des medizinischen Personals erreicht (WHO 2014, Du Roscoät 2013).²⁶ Du Roscoät und Beck weisen zudem darauf hin, dass die Schulungen spezifisch sein sollten, also bestimmte Krankheitsbilder wie beispielsweise Depression behandeln sollten (Du Roscoät 2013).

Screening-Programme

Ein Screening-Programm umfasst ein psychometrisches Instrument zur Identifizierung von suizidgefährdeten Personen. Screening-Programme können auf die Allgemeinbevölkerung oder auf besonders vulnerable Gruppen (z.B. ältere Personen) ausgerichtet sein (Dillon 2014). Wie in anderen Bereichen der Medizin ist der Wert von Screening auf Suizidrisiko umstritten (Teuton 2014, Mann 2005). Neben der Frage nach der Kosteneffektivität besteht das Vorurteil, dass mit Fragen zu Suizidgedanken ein suizidaler Akt ermutigt werden kann. Dafür gibt es aber bislang keine Belege (Teuton 2014). In den USA wird ein Screening durch HausärztInnen auf Depression empfohlen, jedoch nicht auf Suizidalität (Acosta 2012). Die Evidenz für die Wirksamkeit von

²⁵ „The mhGAP-IG presents integrated management of priority conditions using protocols for clinical decision-making. The priority conditions included are: depression, psychosis, bipolar disorders, epilepsy, developmental and behavioural disorders in children and adolescents, dementia, alcohol use disorders, drug use disorders, self-harm/suicide and other significant emotional or medically unexplained complaints.“ Aus: WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Intervention Guide. <http://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/>, Zugriff am 16.2.2015.

²⁶ Häufig wird in der Literatur nicht klar unterschieden, ob es sich um Multiplikatoren aus dem medizinischen oder nicht medizinischen Bereich handelt. Die meisten expliziten Aussagen zur Wirksamkeit beziehen sich auf Studien aus dem Versorgungsbereich.

Screening-Programmen ist gemischt. Vielversprechend sind Screening-Programme von Hochrisikogruppen wenn gleichzeitig gute Nachbetreuungsmöglichkeiten bestehen. Die Effekte des Screening-Programms lassen sich nicht von denjenigen der Betreuung isolieren (Dillon 2014). Es besteht aber Konsens bei den AutorInnen, dass es wesentlich ist, dass ein Screening-Programm mit angemessenen Betreuungsmöglichkeiten kombiniert wird (Dillon 2014, Acosta 2012).

Psychotherapeutische Interventionen

Die Evidenz zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen ist sehr gemischt. Es handelt sich um ein weites Spektrum verschiedener Massnahmen, die in den verschiedenen Reviews zudem oft unterschiedlich kategorisiert wurden. Vor diesem Hintergrund äussern sich die AutorInnen der Übersichtsarbeiten vorsichtig. Als vielversprechend bei bestimmten PatientInnen wird vor allem die kognitive Verhaltenstherapie im weitesten Sinne²⁷ genannt (Dillon 2014, Teuton 2014, Du Roscoät 2013, Acosta 2012, Mann 2005). Teilweise wird beispielsweise auch die Problemlösungstherapie als vielversprechend eingestuft (Dillon 2014, Teuton 2014, Du Roscoät 2013, Mann 2005).

Eine wichtige Rolle spielt dabei die Zielgruppe. Während bei Erwachsenen Hinweise auf Wirkungen bestehen, gibt es für die Wirksamkeit der genannten Therapien bei Jugendlichen keine Evidenz (Dillon 2014, Teuton 2014).

Telepsychiatrie

In einer Übersichtsarbeit wurde Telepsychiatrie (Telemental Health) als vielversprechende Massnahme zur Suizidprävention beurteilt, obwohl die Evidenzlage zur Wirksamkeit bislang ungenügend ist. Definiert wurde Telepsychiatrie als Kommunikationsnetzwerk der Versorgung (und Weiterbildung) von einem geografischen Ort zu einem anderen zur Behandlung und Unterstützung via Telefon und Internet (Dillon 2014).

Niederschwelliger Zugang zur Versorgung (Kriseninterventionszentren)

Die Verbesserung des Zugangs zur medizinischen Versorgung ist gemäss Weltgesundheitsorganisation ein wichtiges Element einer universellen Präventionsstrategie (WHO 2014). Konkrete Massnahmen zur Schaffung eines niederschweligen Zugangs wurden in den Übersichtsarbeiten nicht untersucht. Zur Wirksamkeit von gemeindebasierten Kriseninterventionszentren gibt es in der Literatur ebenfalls kaum Angaben (Scott 2012). Trotzdem erachtet die Weltgesundheitsorganisation diese (unter anderem) als wichtig in der Nachbetreuung von gerade entlassenen PatientInnen um die Therapietreue zu unterstützen und die Personen regelmässig zu betreuen (WHO 2014).

Pharmakotherapie

In den meisten Übersichtsarbeiten wurden Pharmakotherapien aus der Reihe untersuchten Massnahmen ausgeschlossen, obwohl die Datenlage vergleichsweise gut ist. Über die Übersichtsarbeiten hinausgehende Analysen waren nicht Gegenstand der vorliegenden Untersuchung. Ausgehend vom Health Evidence Network Bericht der WHO gibt es Hinweise, dass medikamentöse Behandlungen (z.B. mit Flupentixol oder Lithium) bei bestimmten PatientInnen wirksam für die Suizidprävention sein können.

²⁷ Kognitive Verhaltenstherapie (CBT) teilweise einschliesslich auch Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT).

2.5 TERTIÄRE SUIZIDPRÄVENTION

Eine wesentliche Rolle in der tertiären Suizidprävention spielt einerseits die konsequente und langfristige Nachbehandlung von Personen, die bereits einen oder mehrere Suizidversuche unternommen haben. Andererseits ist auch die Betreuung von mit einem Suizid konfrontierten Bezugspersonen und Berufsgruppen wichtig, um das Risiko für eine „Suizid-Ansteckung“ zu vermindern und eine Unterstützung bei der Trauerverarbeitung zu bieten (Postvention). Die Übergänge zwischen sekundärer und tertiärer Suizidprävention im medizinischen Setting sowie zum nicht medizinischen Setting sind unscharf. So haben Angebote im nicht medizinischen Setting für Suizidgefährdete, zu denen Personen mit erfolgtem Suizidversuch respektive mit Suiziden konfrontierten Bezugspersonen und Berufsgruppen zählen, einen hohen Stellenwert. In der Literatur lassen sich grob folgende vier Kategorien zur tertiären Suizidprävention identifizieren, welche zum Teil aber mit anderen Interventionen überlappen (Darstellung D 2.5).

D 2.5: Tertiäre Suizidprävention

| Angebote | Nutzen (Evidenz) | Optimale Gestaltung |
|--|--|--|
| Kontinuierliche Nachbetreuung | - Wichtiges Element der Nachbetreuung | - In der Therapiephase ansetzen - Intensiv und andauernd - Empathisch und individualisiert |
| Follow-up-Interventionen (inkl. Notfallkarten) | - Gemischte Evidenz (heterogenes Spektrum, Isolierung Effekte schwierig, bei Notfallkarten nicht statistisch signifikanter Trend zu weniger Suizidversuchen) - Vielversprechend | - Keine Angaben |
| Selbsthilfegruppen | - Eingeschränkte Evidenz (kaum untersucht, Hinweise, dass emotionaler Stress gemildert wird) | - Keine Angaben |
| Betreuungsangebote für Hinterbliebene | - Eingeschränkte Evidenz (Hinweise, dass emotionaler Distress/Symptome gemildert werden) | - Keine Angaben |

Quelle: eigene Darstellung.

Kontinuierliche Nachbetreuung

Die kontinuierliche Nachbetreuung wurde nicht untersucht, wird aber als wichtiges Element für die Nachbetreuung erachtet (Teuton 2014, Dillon 2014, WHO 2014). Die AutorInnen der Übersichtsarbeit aus Frankreich sind der Meinung, dass die Nachbetreuung sowohl von Erwachsenen als auch von Jugendlichen als wirksam zu bewerten ist (Du Roscoät 2013). Als wichtige, erfolgsversprechende Merkmale identifizieren sie eine hohe Intensität an Kontakten die von der Betreuungsperson ausgehen und über einen längeren Zeitraum andauern. Die besten Ergebnisse werden erzielt, wenn die Nachbetreuung bereits während der Therapiephase organisiert wird und eine echte

Kontinuität sichergestellt wird. Gleichzeitig halten sie jedoch auch die „einfache und kostengünstige“ Überweisung an eine Spezialistin/einen Spezialisten durch die Notfallambulanz für erwägenswert. Die Nachbetreuung sollte individualisiert und empathisch sein und sich nicht auf Instruktionen zur Behandlung beschränken (Du Roscoät 2013). In einer anderen Arbeit wird auf die Bedeutung einer strukturierten Zusammenarbeit zwischen den Spitälern und Nachsorgern hingewiesen (Mann 2005).

Follow-up-Interventionen

Follow-up-Interventionen umfassen ein Spektrum unterschiedlich breit und intensiv angelegter Massnahmen. Hierzu zählen verschieden intensive Behandlungen, Notfallkarten sowie Unterstützung per Telefon oder über Postkarten (Teuton 2014).²⁸ Die Evidenz über alle verschiedenen Massnahmen lässt keine Schlüsse über die Wirksamkeit zu, was vor allem an der schlechten Qualität der Studien liegen dürfte und weniger an fehlender Wirksamkeit der Massnahmen (Dillon 2014, Teuton 2014, Du Roscoät 2013, Mann 2005). Bei den Notfallkarten gibt es ein nicht statistisch signifikanter Trend zu weniger häufigen Suizidversuchen, obwohl nur wenige Studien die isolierte Wirksamkeit dieser Massnahme untersuchen (Dillon 2014, Teuton 2014).

Selbsthilfegruppen

Die Verbreitung von Selbsthilfegruppen für Hinterbliebene und für Suizidüberlebende hat seit 2000 deutlich zugenommen (WHO 2014). Die Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen ist bisher jedoch kaum untersucht. Es gibt einzelne Hinweise, dass Selbsthilfegruppen für Hinterbliebene den unmittelbaren emotionalen Stress (Depression, Angst und Verzweiflung) verringern können. Unklar ist die Auswirkung auf die Suizidrate (WHO 2014, Teuton 2014).

Betreuungsangebote für Hinterbliebene

Betreuungsangebote für Hinterbliebene zur Vermeidung von Nachahmungen sind häufig in den Settings Schulen, Familie und Gemeinde angesiedelt (Teuton 2014). Hierzu zählen beispielsweise die Entwicklung eines Notfallplans der Gemeinde und psychologische Nachbetreuung und Beratung. Es gibt vereinzelt Hinweise, dass familienzentrierte Massnahmen Symptome von Depression und Trauer positiv beeinflussen können und dass schulbasierte Massnahmen das Wissen des Personals erhöht. Die Wirksamkeit hinsichtlich Prävention von Suiziden wurde jedoch bislang nicht evaluiert (Teuton 2014, WHO 2014).

²⁸ Notfallkarten, Krisenkarten oder so genannte Green-Cards sind unterschiedlich ausgestaltet. Im Wesentlichen handelt es sich um handliche Karten, die der Patient oder die Patientin bei sich tragen soll um in Krisensituationen schnell Zugang zu Hilfe zu finden (z.B. in Form einer Notfalltelefonnummer). Mittels Postkarten werden Personen nach einem Suizidversuch regelmässig kontaktiert.

Das vierte Kapitel ist der Bestandsaufnahme gewidmet. In Abschnitt 3.1 werden die wichtigsten Akteure auf gesamtschweizerischer und kantonaler Ebene in der Suizidprävention beschrieben. In den Folgeabschnitten werden die aktuelle Situation in der sekundären Suizidprävention im nicht-medizinischen Setting (Abschnitt 3.2) sowie im medizinischen Setting (Abschnitt 3.3), in der tertiären Suizidprävention (vgl. Abschnitt 3.4) und im Bereich der Medienarbeit (Abschnitt 3.5) dargestellt. Eine Liste der identifizierten Angebote finden sich in Anhang A2.

3.1 AKTEURE

Bis anhin haben nur wenige Kantone die Suizidprävention als Handlungsfeld in strategischen Papieren detailliert verankert und konkrete Ziele definiert. Die Suizidprävention ist somit vorwiegend in privaten und freiwilligen Initiativen verankert. Darstellung D 3.1 gibt eine Übersicht über die wichtigsten Suizidpräventionsakteure und deren Aktivitäten. Neben der nationalen Organisation Ipsilon bestehen Vereine für Suizidprävention in praktisch allen Westschweizer Kantonen sowie den drei bevölkerungsreichsten Deutschschweizer Kantonen Zürich, Bern und Aargau. Die Vereine führen sowohl Aktivitäten für Fachleute als auch für die breite Bevölkerung durch. Für Fachleute stellen sie praktisch alle Vernetzungs-, Weiterbildungs- und Informationsgefässe zur Verfügung. In der Forschung sind lediglich zwei Akteure tätig. Die breite Bevölkerung wird mit einer Ausnahme von allen Suizidpräventionsvereinen entweder durch Informations- und Sensibilisierungsmassnahmen oder teilweise auch durch Hilfs- und Beratungsangebote bedient.

D 3.1: Übersicht über Suizidpräventionsakteure und ihre Aktivitäten

| | Fachleute | | | | Bevölkerung | |
|---------------------------------|-----------|------------|---------------|--------------|--|------------------------------|
| | Forschung | Vernetzung | Weiterbildung | Infomaterial | Information/ Sensibilisierung ²⁹ | Beratung/Hilfe ³⁰ |
| Vereine Suizidprävention | | | | | | |
| CH: Ipsilon | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| AG: Suizid-Netz | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| BE: Fachgruppe Suizidprävention | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| FR: PréSuiFri | | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| GE: STOP SUICIDE | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| JU: Résiste | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| NE: Parlons-en | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

²⁹ Hier geht es einerseits um Informationen über die Problematik des Suizids aber auch über jene der psychischen Krankheiten (AP2).

³⁰ Kann für Betroffene oder Angehörige oder beide sein.

| Vereine Suizidprävention | Fachleute | | | | Bevölkerung | |
|--------------------------|-----------|------------|---------------|--------------|--|------------------------------|
| | Forschung | Vernetzung | Weiterbildung | Infomaterial | Information/ Sensibilisierung ²⁹ | Beratung/Hilfe ³⁰ |
| VS: Parspas | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| ZH: FSSZ | ✓ | ✓ | (✓) | ✓ | ✓ | |
| ZH: Kirche und Jugend | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ |

Quelle: eigene Darstellung.

Ipsilon

Ipsilon ist die nationale Dachorganisation aller Organisationen und Institutionen, die in ihrer täglichen Arbeit mit Suizid konfrontiert sind. Neben den untenstehend beschriebenen Suizidpräventionsvereinen sind verschiedene Standesorganisationen (FMH, Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Schweizer Psychotherapeuten-Verband), Selbsthilfegruppen, Pro Mente Sana mehrere Bündnisse gegen Depression, die Dargebotene Hand, das Schweizerische Rote Kreuz, das Universitätsspital Genf, die Stiftung Children Action sowie das Gesundheitsamt des Kantons Zug Mitglied von Ipsilon. Sie dient als Koordinationsstelle und ist insbesondere in der Vernetzung, Forschung und Politik aktiv. Ipsilon finanziert sich durch Mitglieder-, Gönner-, Spenden- und Sponsoringbeiträge sowie aus Erträgen, die durch Dienstleistungen generiert werden.

Suizid-Netz Aargau

Der Verein setzt sich aus verschiedenen Verbänden und Institutionen aus dem Kanton Aargau zusammen. Wichtige Partner sind die Dargebotene Hand (gleichzeitig Mitglied), Ipsilon, die Selbsthilfegruppen Refugium, Nebelmeer und Lifewith sowie Pro Mente Sana.

Fachgruppe Suizidprävention Kanton Bern

Die Fachgruppe ist ein Zusammenschluss des Berner Bündnis gegen Depression, der Berner Gesundheit, des Care Teams des Kantons Bern, der Selbsthilfegruppe Nebelmeer, der Pro Juventute, der Kantonspolizei Bern, der reformierten Kirchen Bern-Jura-Solothurn, Résiste sowie der Dargebotenen Hand.

Prévention Suicide Fribourg – Suizidprävention Freiburg (PréSuiFri)

Der Verein wird seit 2007 von der Direktion für Gesundheit und Soziales des Kantons Freiburg finanziell getragen. Mitglied werden können Einzelpersonen, Dienste, Vereinigungen und Gruppen, die die Zielsetzungen unterstützen. Geführt wird der Verein von einem dreiköpfigen Vorstand sowie einem kleinen, operativen Team.

STOP SUICIDE

Die Genfer Organisation STOP SUICIDE setzt sich seit dem Jahr 2000 für die Suizidprävention bei Jugendlichen ein. Sie ist insbesondere in der Sensibilisierung und Information tätig und lanciert regelmässig grössere Kampagnen. Zusätzlich ist sie auch stark

in der Vernetzung der Akteure tätig. Daneben macht STOP SUICIDE eine Medienanalyse für die Romandie. STOP SUICIDE verfügt über eine Geschäftsstelle mit sieben Mitgliedern und einem Vorstand von 13 Personen. Finanziert wird die Organisation durch die Kantone Genf und Waadt, Beiträge von Gemeinden und Stiftungen sowie durch Mitgliederbeiträge. Mitglied werden können Privatpersonen, Unternehmen oder Organisationen.

Résiste – Association interjurassienne de prévention du suicide

Die Organisation Résiste setzt sie sich unter anderem auf politischer Ebene in den Kantonen für eine bessere Suizidprävention ein. Unterstützt wird sie durch die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, durch das Département de la Santé, des Affaires sociales, du Personnel et des communes de la République et du canton du Jura sowie durch die Psychiatrischen Dienste Biel-Seeland – Berner Jura.

Parlons-en – Association neuchâteloise de prévention du suicide

Ziel der Organisation ist, im Kanton Neuenburg alle Aktivitäten rund um die Suizidprä- und -postvention zu unterstützen und zu entwickeln. Vorgesehen ist unter anderem eine Hotline für Betroffene, Angehörige und Fachpersonen, der Aufbau eines Kriseninterventionsnetzes, Suizidpräventionsaktivitäten für Jugendliche und ältere Personen sowie die Sensibilisierung der Medien. Die Organisation finanziert sich durch Mitgliederbeiträge.

Pars Pas – Association valaisanne pour la prévention du suicide

Der Verein unterhält eine Hotline, bietet individuelle Beratungen (am Telefon, per E-Mail oder persönlich) für Betroffene und Angehörige sowie Selbsthilfegruppen für Angehörige, die jemanden durch Suizid verloren haben. Pars Pas ist offizieller Partner des Réseau Entraide Valais (vgl. Abschnitt 3.3.3), welches für die Suizidprävention im Kanton Wallis zuständig ist. Die Organisation wird zu 30 Prozent durch das Réseau Entraide Valais und zu 35 Prozent durch die Loterie romande finanziert. Weitere 35 Prozent entfallen auf Spenden und sonstige Zuwendungen. Mitglied werden können sowohl Einzelpersonen als auch Stiftungen, Vereine, Unternehmen oder andere juristische Personen, die sich mit den Zielen des Vereins identifizieren. Der Vorstand setzt sich aus acht Personen zusammen. Die Geschäftsstelle umfasst zwei Personen – die Geschäftsführerin sowie die Leiterin des Sekretariats. Daneben engagieren sich Freiwillige für den Verein.

Forum für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich (FSSZ)

Der seit 2001 bestehende interdisziplinäre und regionale Verein versucht eine stärkere Verknüpfung von Wissenschaft und Praxis voranzutreiben. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Suizidprävention für Jugendliche, konkreten Forschungsprojekten sowie der Öffentlichkeitsarbeit. Zudem wurde das FSSZ vom Regierungsrat beauftragt gemeinsam mit dem Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich (EBPI) ein Schwerpunktprogramm zur Suizidprävention zu erarbeiten. Das FSSZ finanziert sich durch Mitglieder- und Spendenbeiträge sowie durch Erträge von Veranstaltungen. Mitglied werden können Einzelpersonen (Engagierte und Interessierte), Gesellschaften, wissenschaftliche Vereinigungen und Institutionen, die sich mit den Zielen des Vereins identifizieren. Der Vorstand setzt sich aus sieben Personen zusammen.

Fachstelle Kirche und Jugend

Die Fachstelle Kirche und Jugend der Stadtzürcher reformierten Kirchengemeinden wurde in den 80er-Jahren ins Leben gerufen. Sie verfügt über verschiedene Fachbereiche unter anderem über einen Fachbereich Suizid. Der Fachbereich Suizid ist in der Prävention und der Postvention tätig. Vom Fachbereich organisiert werden etwa die Selbsthilfegruppen Nebelmeer und Refugium. Daneben bietet er eine SMS-Seelsorge, Beratung und Weiterbildung für Fachpersonen und ist in der Öffentlichkeits- und Medienarbeit aktiv. Zudem ist die Fachstelle Mitglied beim Forum für Suizidprävention und Suizidforschung sowie bei Ipsilon. Insgesamt sind vier Personen für die Fachstelle tätig.

3.2 SEKUNDÄRE SUIZIDPRÄVENTION IM NICHT-MEDIZINISCHEN SETTING

Aufgrund der Interviews mit Expertinnen und Experten sowie den ergänzenden Internetrecherchen wurden vier Kategorien von niederschweligen Hilfsangeboten identifiziert: Multiplikatoren-Schulungen für nicht medizinische Fachpersonen, Krisenleitfäden, diverse setting- und zielgruppenspezifische Interventionen sowie die Telefon- und Onlineberatung.

3.2.1 MULTIPLIKATOREN-SCHULUNG (NICHT MEDIZINISCHE FACHPERSONEN)

Multiplikatoren-Schulungen richten sich an Fachpersonen, die im Kontakt mit Menschen in psychosozialen und suizidalen Krisen stehen. In diesem Abschnitt steht die Aus- und Weiterbildung von nicht medizinischen Fachleuten im Zentrum (Lehrpersonen, Lehrlingsauszubildende, SchulsozialarbeiterInnen, SchulpsychologInnen, Personalverantwortliche, SeelsorgerInnen, JugendberaterInnen, SozialarbeiterInnen, Polizei, Feuerwehr, Gefängnispersonal, JournalistInnen). In der Bestandsaufnahme wurden nur Aus- und Weiterbildungsangebote aufgegriffen, welche sich der Suizidthematik respektive der Erkennung von und der Intervention bei Suizidalität widmen. Angebote, welche sich auf das Krisenmanagement ohne expliziten Verweis auf die Suizidthematik beziehen, wurden nicht eingeschlossen. Diese werden im Anhang A2, Darstellung DA 1 aufgeführt und nachfolgend beschrieben.

Suizidprävention in der Ausbildung

Für die drei folgenden Berufsgruppen konnten Ausbildungsinhalte zur Suizidproblematik identifiziert werden:

- *PolizistInnen:* Das Schweizerische Polizei-Institut (SPI) ist gemäss ExpertInnen für die Inhalte der Polizistenausbildung auf schweizerischer Ebene tätig. Das Thema Suizid würde in der ganzen Schweiz im Fach Polizeipsychologie thematisiert.
- *Sozialarbeitende:* Nach Auskunft von ExpertInnen setzen sich in der Westschweiz alle angehenden Sozialarbeitenden, SozialpädagogInnen sowie soziokulturellen AnimatorInnen im Rahmen ihrer Ausbildung mit dem Thema Suizid auseinander. An den vier Standorten der Hochschule für Soziale Arbeit in Genf, Freiburg, Waadt und Wallis würde das Thema während einem halben bis einem ganzen Tag in unterschiedlichen obligatorischen Ausbildungsgefässen behandelt. Zudem hätten die drei Berufsgruppen Gelegenheit, sich im Rahmen eines am Standort Frei-

burg angebotenen freiwilligen Wahlmoduls mit der Suizidthematik vertieft auseinanderzusetzen. Die Expertengespräche sowie die Internetrecherchen bei den Fachhochschulen für Sozialarbeit geben keinen Aufschluss über die Situation in der Deutschschweiz. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Suizidproblematik beispielsweise in Kursen zu Psychopathologie behandelt wird.

- *Lehrpersonen:* Im Kanton Zürich stellt die Pädagogische Hochschule gemäss ExpertInnen sicher, dass alle angehenden Lehrpersonen mindestens im Rahmen einer Vorlesungsstunde, eines Workshops oder eines anderen Unterrichtsgefässes über die Suizidproblematik informiert werden.

Suizidprävention in der Weiterbildung

Das Angebot für Weiterbildungen von Multiplikatoren zum Thema Suizid ist äusserst vielfältig.

- *Reichweite:* Die einzige schweizweite Weiterbildung besteht für Mitarbeitende im Strafvollzug und ist freiwillig. Eine zweitägige Weiterbildung für verschiedene Berufsgruppen an der Universität Lausanne wird im Rahmen der Programme zur Bekämpfung suizidaler Verhalten der Kantone Waadt und Neuenburg durchgeführt. Im Kanton Jura wurden nach Auskunft von ExpertInnen alle Schulsozialarbeitenden geschult und im Kanton Freiburg hat der Suizidpräventionsverein PréFriSui bei den Schulleitungen aller Berufs- sowie Sekundarschulen Weiterbildungen durchgeführt. Die meisten Weiterbildungsangebote erreichen jedoch nur einen Teil der Multiplikatoren im Kanton respektive der Region.
- *Anbieter:* Die Weiterbildungen zum Thema Suizid werden von Universitäten, Fachhochschulen, pädagogischen Hochschulen, Fachstellen und in der Suizidprävention engagierten Vereinen angeboten.
- *Adressaten:* Es gibt Weiterbildungen für einzelne Berufsgruppen, aber auch interdisziplinär ausgerichtete Angebote, welche nicht medizinische und medizinische Fachleute zusammenbringen. Die am häufigsten angesprochene Berufsgruppe stellen Lehrpersonen dar (Primar-, Sekundar- und Berufsschule), für welche es spezifische aber auch interdisziplinäre Angebote gibt. In den interdisziplinären Angeboten werden zudem häufig Sozialarbeitende, PolizistInnen und Seelsorgende angesprochen.
- *Typ:* In der Regel handelt es sich um externe Weiterbildungen, welche interessierte Fachleute aus eigenem Antrieb besuchen. Es werden aber auch verschiedene schulinterne Weiterbildungen angeboten (Pädagogische Hochschule Zürich, Berner Gesundheit, Suizid-Netz Aargau, Verein Suizidprävention Freiburg). Unternehmen können von einem Schulungsangebot für Lehrbetriebe von der Berner Gesundheit profitieren. Die Hochschule für soziale Arbeit in Freiburg, die Fachstelle Kirche und Jugend sowie Pars Pas bieten auf Anfrage zudem auf einzelne Institutionen zugeschnittene Weiterbildungen. Solche Weiterbildungen würden sich einer zunehmenden Nachfrage erfreuen, weil sie besser auf die Bedürfnisse der Institutionen zugeschnitten und kostengünstiger seien als eine von einzelnen Mitarbeitenden besuchte externe Weiterbildung.

- *Dauer:* Die meisten Weiterbildungen dauern lediglich ein bis zwei Tage. Die Berner Fachhochschule Gesundheit führt jedoch ab 2017 einen Fachkurs Suizidprävention, welcher insgesamt acht Präsenztage umfasst.

Beurteilung der Situation in Bezug auf nicht-medizinische Multiplikatoren

Die Aus- und Weiterbildung von nicht medizinischen Multiplikatoren hat sich zwar nach Einschätzung der befragten ExpertInnen in den letzten Jahren verbessert. Es bestehen jedoch nach wie vor Lücken, welche nachfolgend aufgeführt werden.

Unterschiedliche regionale und kantonale Abdeckung

Mit Ausnahme der gesamtschweizerisch organisierten Ausbildung angehender PolizistInnen respektive der Weiterbildung des Strafvollzugspersonals werden die meistens Aus- und Weiterbildungen von Multiplikatoren auf kantonaler respektive regionaler Ebene angeboten. Die Thematisierung der Suizidproblematik in der Ausbildung der relevanten Multiplikatoren variiert je nach kantonaler respektive regionaler Ausbildungsstätte. Das Weiterbildungsangebot ist sehr punktuell und tendenziell stärker in der West- als in der Deutschschweiz verbreitet. Eine wichtige Rolle in der Aus- und Weiterbildung von nicht medizinischen Fachpersonen spielen in der Suizidprävention engagierte Vereine, welche in der Westschweiz in praktisch allen Kantonen, in der Deutschschweiz jedoch lediglich in den drei bevölkerungsreichsten Kantonen zu finden sind (vgl. Darstellung D 3.1).

Unterschiedliche Abdeckung der Berufsgruppen

Aufgrund der gesamtschweizerischen Ausbildung der Polizei respektive der gesamtschweizerischen Weiterbildung des Strafvollzugspersonals wird die Situation dieser Berufsgruppen im Bereich der Suizidprävention von den befragten ExpertInnen als zufriedenstellen beurteilt. Alle Sozialarbeitende, SozialpädagogInnen und soziokulturellen AnimatorInnen werden in der Westschweiz und wahrscheinlich auch in der Deutschschweiz in ihrer Ausbildung über die Suizidprävention informiert. Einen Schulungsbedarf sehen die befragten ExpertInnen unabhängig vom Alter der Zielgruppen bei Multiplikatoren, die prozessorientiert die Früherkennung gewährleisten können sollten. Suizid solle insbesondere in der Ausbildung von Seelsorgenden, BestatterInnen und Lehrpersonen aufgegriffen werden. Gerade bei Lehrpersonen müsse das Thema bereits in der Ausbildung thematisiert werden. Lehrpersonen hätten eine wichtige Rolle bei der Früherkennung von suizidalen SchülerInnen, aber häufig kein Interesse, sich im Berufsalltag aktiv mit dem Thema auseinanderzusetzen. In der Arbeitswelt bestünden zwar Aktivitäten zur Förderung der psychischen Gesundheit und der Prävention von Burnouts, aber die Unternehmen sollten noch besser auf die Reaktion von Mitarbeitenden nach Restrukturierungen und Kündigen fortgebildet werden. Keine Multiplikatoren-Schulungen konnten für BestatterInnen und Militärpersonal identifiziert werden.

Mangelnde Koordination der Ausbildungsinhalte

In Bezug auf die Ausbildungsinhalte besteht insbesondere ein verstärkter Koordinationsbedarf in folgenden vier Bereichen:

- *Mangelnde Berücksichtigung neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse:* Nach Einschätzung einzelner ExpertInnen würden die bestehenden Aus- und Weiterbil-

dungsangebote zur Suizidthematik nicht auf den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen.

- *Mangelnde schweizweite Koordination:* Nach Einschätzung einzelner ExpertInnen braucht es eine schweizweite Koordination der Aus- und Weiterbildungsangebote, welche insbesondere zur gemeinsamen Definition von Standards sowie zu einer flächendeckenden und nachhaltigen Abdeckung der Angebote beiträgt. Dabei handelt es sich gemäss den ExpertInnen um ein ressourcenintensives Unterfangen wie das Beispiel von Schottland zeigt.
- *Noch stärkere interdisziplinäre Ausrichtung:* Bereits heute bestehen einige interdisziplinäre Weiterbildungsangebote, welche medizinische und nicht medizinische Fachleute zusammenbringen. Einzelne befragte ExpertInnen sind der Ansicht, dass diese interdisziplinäre Ausrichtung der Multiplikatoren-Schulungen noch verstärkt werden soll. Dadurch könne die Vernetzung zwischen Akteuren gestärkt und die Suizidprävention aus verschiedenen disziplinären Perspektiven beleuchtet werden. So sei beispielsweise die Rolle der verschiedenen Multiplikatoren bei der Früherkennung von suizidalen Personen zu klären. Einzelne ExpertInnen sind der Meinung, dass beispielsweise Lehrpersonen und Strafvollzugsmitarbeitende lediglich Krisenzeichen erkennen sollen. Die Einschätzung der Suizidalität sei Aufgabe medizinischer Fachpersonen.
- *Fehlende Kontinuität der Multiplikatoren-Schulungen:* Nach Einschätzung einzelner Experten muss die Erkennung von suizidalen Krisen sowie eine adäquate Reaktion darauf kontinuierlich und regelmässig geübt werden. Bisher würden die Inhalte in der Regel aber nur einmal in der Aus- respektive Weiterbildung thematisiert.

3.2.2 INTERVENTIONEN IN AUSBILDUNGSSTÄTTEN

Die Ausbildungsstätten werden von den befragten ExpertInnen als wichtiges Setting für die Suizidprävention erachtet. Sie sprechen den Lehrpersonen eine wichtige Rolle bei der Erkennung von psychosozialen und suizidalen Krisen und den Schulsozialarbeitenden beim Krisenmanagement zu. Bezüglich des Krisenmanagements allgemein oder der Suizidprävention im speziellen konnten verschiedene Angebote im Setting Ausbildungsstätten identifiziert werden. Diese lassen sich in die vier Kategorien Krisenleitfäden, kantonale Unterstützungsangeboten für das Krisenmanagement, Lehrmittel sowie Peer-to-Peer-Angebote unterteilen (vgl. Anhang A2, Darstellung DA 2).

Krisenleitfäden

Im Setting Ausbildungsstätten am weitesten verbreitet sind Leitfäden zur Krisenintervention, welche unterschiedlich ausgestaltet sind.

- *Reichweite:* Auf gesamtschweizerischer Ebene gibt es einen Krisenleitfaden der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (EDK) sowie einen Krisenkompass, welcher vom Dachverband Schweizer Lehrerinnen und Lehrer in Zusammenarbeit mit dem Schulverlag plus AG herausgegeben. Weiter bestehen in den Kantonen Aargau, Bern, Neuenburg, St. Gallen, Schwyz, Uri, Zug und Zürich Krisenleitfäden für Schulen.

- *Herausgeber:* Am häufigsten werden die Erziehungsratgeber von den Erziehungsdirektionen herausgegeben (EDK, AG, NE, UR, ZH). Ein Kriseninterventionsleitfaden wurde in Zusammenarbeit zwischen dem Suizid-Netz Aargau und der Pädagogischen Hochschule Nordwestschweiz erarbeitet. Weitere Herausgeber sind die Erziehungsberatung (BE), eine interdepartementale Koordinationsgruppe Krisenintervention (SZ) sowie eine einzelne Kantonsschule in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt (ZG).
- *Inhalte:* Am häufigsten wird Suizid in den Leitfäden als eine von verschiedenen Krisen thematisiert (EDK, Krisenkompass, AG, NE, SG, UR). Der Leitfaden der Berner Erziehungsberatung sowie des Suizid-Netzes Aargau ist spezifisch auf die Krisenintervention in Zusammenhang mit Suizid ausgerichtet. Hintergrundwissen zu Suiziden liefern drei Leitfäden (EDK, BE, SG). Hilfestellungen bei der Erkennung von suizidalen SchülerInnen sind in vier Leitfäden enthalten (EDK, Suizid-Netz Aargau, BE, SG, ZG). Die Vorbereitung der Schulen auf Krisen ist am häufigsten Gegenstand der Leitfäden. Die Schulen werden angehalten, Kriseninterventionsteams zu bilden und die Abläufe im Falle einer Krise zu definieren (EDK, AG, BE, NE, SG, UR, ZG, Krisenkompass). Konkrete Vorschläge bei einer akuten Krise sind ebenfalls relativ verbreitet. Es wird beispielsweise angeregt, welche externen Dienste wie Polizei, Feuerwehr oder Care Team kontaktiert werden sollen (EDK, AG, NE, BE, UR, ZH). Die Kommunikation nach einem Suizid gegenüber SchülerInnen, Trauerfamilien sowie in den Medien wird in vier Leitfäden thematisiert (EDK, BE, SG, UR).
- *Umsetzungshilfen:* Die AutorInnen des Krisenkompasses bieten parallel eine Weiterbildung sowie ein App an, welche in Krisensituationen vor Ort direkt und schnell unterstützen kann. Im Kanton Uri werden die Volksschulen verpflichtet, ein Kriseninterventionskonzept auszuarbeiten und die Krisenteams durch Weiterbildungen auf die Krisenintervention vorzubereiten. Im Kanton Zug unterstützt die Fachstelle Sicherheit die Schulen bei der Umsetzung des Leitfadens und der Bildung von Kriseninterventionsteams.

Kantonale Unterstützungsangebote für das Krisenmanagement

In vier Kantonen konnten Unterstützungsangebote für Schulen beim Krisenmanagement identifiziert werden, welche nicht in Zusammenhang mit einem Krisenleitfaden stehen.

- *Freiburg:* Im Kanton Freiburg besteht ein Konzept zum Krisenmanagement („Soutien aux établissements scolaires dans la prise en charge des difficultés comportementales“). Neben Massnahmen seitens der Schulen, bietet der Kanton eine Unterstützung in Form einer mobilen Einheit an, welche aus sozialpädagogischen Fachpersonen zusammengesetzt ist. Diese Einheit bietet einerseits eine Unterstützung bei der Entwicklung von Krisenmanagementkonzepten an. Andererseits steht sie den Schulen in akuten Krisen zur Seite.
- *Neuenburg:* In Neuenburg bietet das „Centre d’accompagnement et de prévention pour les professionnels des établissements scolaires (CAPPES)“ den Schulen einerseits eine Unterstützung beim Aufbau eines Krisenmanagements und andererseits eine Begleitung in akuten Krisensituationen.

- *St. Gallen:* In St. Gallen gibt es eine interdisziplinäre Einsatzgruppe für Krisenintervention sowie psychologische und psychosoziale Begleitung. Dieses Angebot des schulpsychologischen Dienstes des Kantons steht den Schulen einerseits bei der Früherkennung und Frühintervention von Krisen zur Verfügung. Dabei stehen das frühzeitige Erkennen von Symptomen der Not und das Anbieten entsprechender Hilfe und Entlastungsmassnahmen im Zentrum. Andererseits bietet die Einsatzgruppe auch Unterstützung bei akuten Notfällen. Der Schwerpunkt liegt hier in individuellen Situationseinschätzungen und lösungsorientierten Unterstützungsangeboten. Dazu vernetzt sich die Einsatzgruppe mit anderen Institutionen und Fachstellen und arbeitet mit diesen eng zusammen (insbesondere mit Polizei, Justiz, Kinderschutzzentrum, Vormundschaftsbehörden, Kinder- & Jugendpsychiatrie). Die Dienstleistungen der Einsatzgruppe können von allen Schulen ausserhalb der Stadt St. Gallen über eine zentrale Notfallnummer beansprucht werden. Ein Mitglied der Einsatzgruppe leistet jeweils Pikettdienst.
- *Waadt:* Im Kanton Waadt besteht in der Fachstelle für Gesundheitsförderung und Prävention im schulischen Milieu ein Team (Groupe Ressources d'Accompagnement et de Formation en cas d'Incident Critique), welches den Schulen eine Unterstützung bei der Weiterbildung und in akuten Krisensituationen bietet. In jeder waadtländischen Schule gibt es im Prinzip ein Kriseninterventionsteam, das sich aus dem Schuldirektor, dem Schularzt, dem Schulpsychologen, der Schulkrankenschwester sowie schulischen MediatorInnen zusammensetzt.

Lehrmittel

Die Fachhochschule Nordwestschweiz hat gemeinsam mit dem Suizid-Netz Aargau ein Lehrmittel zur Suizidproblematik „Zwischen Lebenslust und Lebensfrust“ entwickelt. Darin wird unter anderem vermittelt, wie SchülerInnen und Lehrpersonen suizidale Krisen erkennen und die betroffene Person darauf ansprechen können. Daneben wird die Suizidprävention auch in den Lehrmitteln „Mind Matters“ und „Lebenskompetenz entwickeln“ angesprochen (vgl. Anhang A3). Der Schwerpunkt liegt allerdings bei der Förderung der psychischen Gesundheit als Beitrag zur Suizidprävention und nicht in der Früherkennung von psychosozialen respektive suizidalen Krisen.

Programm Companion

Das Programm Companion von Gesundheitsförderung Schweiz zielt auf die Stärkung der psychischen Gesundheit von Jugendlichen im betrieblichen Umfeld. Companion bietet eine Website mit nützlichen Inhalten rund um die Arbeit von Berufsbildungsverantwortlichen. Die Website ist in vier Themenblöcke aufgeteilt: Führung von Lernenden, Besonderheiten des Jugendalters, Aufgaben und Stress sowie Motivation und Leistung. Im ersten Themenblock geht es unter anderem auch um die Früherkennung von Krisenzeichen. Zudem können Berufsbildungsverantwortliche Kurse besuchen.

Peer-to-Peer-Angebote

Im Rahmen der Bestandsaufnahme konnte ein bestehendes und ein geplantes Peer-to-Peer Projekt identifiziert werden. Im Rahmen des Netzwerkes Krise und Suizid werden Studierende und Mitarbeitende von der psychologischen Beratungsstelle der Universität Zürich und der ETH Zürich als „kompetente BeobachterInnen“ ausgebildet. Sie sollen Studierende oder Mitarbeitende in Krisensituationen erkennen, ansprechen und ihnen professionelle Hilfe vermitteln. Im Kanton Genf plant der Verein Stop Suicide und das

Centre d'étude et de prévention du suicide (CEPS) ein Pilotprojekt namens „Sentinelle“. In diesem Projekt sei geplant, unter den Studierenden in der Sozialarbeit, der Pflege und möglicherweise der Medizin Freiwillige zu rekrutieren. Sie sollen darin ausgebildet werden, suizidgefährdeten Menschen in ihrem beruflichen und persönlichen Alltag sowie im Internet zu identifizieren und an professionelle Strukturen zu verweisen. Die Freiwilligen sollen sich für ein bis zwei Jahre für diese Aufgaben zur Verfügung stellen. Sie würden von zwei Fachpersonen begleitet. Als Inspirationsquelle für dieses Pilotprojekt würden erfolgreiche Sentinelle-Projekte in Frankreich und Quebec dienen.

Beurteilung der Situation im Bereich der Interventionen in Ausbildungsstätten

Im Setting Ausbildungsstätten bestehen relativ viele Angebote im Bereich des Krisenmanagements. Insbesondere in Krisenleitfäden sowie den kantonalen Unterstützungsangebote liegt der Fokus eher bei der Vorbereitung auf sowie der Intervention bei akuten Krisen. Da sich suizidale Krisen nach Auskunft von ExpertInnen jedoch relativ langsam zuspitzen können, wäre die Früherkennung von Krisenzeichen bei SchülerInnen und gegebenenfalls Lehrpersonen in Schulen wichtig. Aufgrund unzähliger Reformvorhaben sowie einer generellen Überlastung, seien die Volksschulen jedoch nachteilweise schwer für die Suizidprävention zu gewinnen. Eine Hilfestellung für die Erkennung von suizidalen Krisen bieten fünf Krisenleitfäden darunter derjenige der Erziehungsdirektorenkonferenz. Die Früherkennung von suizidalen Krisen ist zudem Gegenstand im Lehrmittel „Zwischen Lebenslust und Lebensfrust“, des Programms Companion für Lehrbetriebe sowie der Peer-to-Peer-Angebote an Hochschulen.

3.2.3 INTERVENTIONEN IN WEITEREN SETTINGS

Die niederschweligen Hilfsangebote können in unterschiedlichen Settings ansetzen und dort sowohl Menschen in psychosozialen und suizidalen Krisen als auch Multiplikatoren ansprechen. In den anderen untersuchten Settings (Betriebe, Gemeinden, Gefängnis, Kirche) konnten nur sehr punktuelle Angebote identifiziert werden, wie eine geplante Weiterbildung von Prévention Suicide Fribourg zur Suizidprävention in Sportvereinen oder die Suizidprävention und -postvention der Fachstelle Kirche und Jugend. Die befragten ExpertInnen haben sich jedoch ausführlich zur aktuellen Situation in den Settings Gemeinde, Betriebe, Kirche und Strafvollzug geäußert.

Gemeinden

Im Setting Gemeinde ist einerseits die Jugendarbeit zu verorten. Ihr wird von befragten ExpertInnen eine wichtige Rolle bei der sekundären Suizidprävention zugeschrieben. In der offenen Jugendarbeit würden Veränderungen bei Jugendlichen schnell erkannt und entsprechend schnell darauf reagiert. Zudem sei in der offenen Jugendarbeit eine Zunahme professioneller Interventionskonzepte feststellbar. Die Jugendarbeit in Verbänden wie der Pfadi (bündische Jugendarbeit) habe vor allem beim Übergang im Lebenslauf beispielsweise von der Schule in die Lehre eine wichtige Rolle, weil sie den Jugendlichen eine Konstanz in diesen schwierigen Lebensphasen biete.

In den Gemeinden respektive Bezirken sind ebenfalls verschiedene Beratungsstellen mit unterschiedlichen Zielgruppen angesiedelt. Die Rolle der Beratungsstellen in der sekundären Suizidprävention wird von den befragten ExpertInnen kritischer beurteilt. Die Suizidproblematik wird zwar bereits in der Ausbildung von Sozialarbeitenden the-

matisiert (vgl. Abschnitt 3.2.1), welche häufig in Beratungsstellen tätig sind. In ihrem Berufsalltag seien die Mitarbeitenden der Beratungsstellen jedoch zu wenig für die Erkennung von psychosozialen und suizidalen Krisen geschult. Insbesondere bei Beratungsstellen für ältere Menschen und Jugendliche bestehe hier ein Handlungsbedarf. Für ältere Menschen gebe es in den Gemeinden zudem kaum niederschwellige Angebote ausserhalb von Wohn- und Pflegeheimen sowie Spitexdiensten. Bei den Jugendlichen fehle es insbesondere an Anlaufstellen für homo-, bi- oder transsexuelle Personen. Diese begäben sich in Krisensituation nur ungerne in eine psychologische oder psychiatrische Behandlung, weil sie sich vor homophoben TherapeutInnen fürchten würden. Die bestehenden Beratungsstellen würden eher von Frauen genutzt und Männer zu wenig ansprechen. In den USA würden Männer beispielsweise aktiv in Bars oder Sportstadien angesprochen und in Brasilien seien die Friseure für die Suizidprävention sensibilisiert worden. Die Suchtberatungsstellen stünden mit einer Hochrisikogruppe für Suizide im Kontakt, aber wie sie damit umgehen, sei kaum bekannt. Es würden zudem Anlaufstellen für MigrantInnen fehlen.

Betriebe

In den Betrieben gebe es nur punktuelle Aktivitäten im Bereich der Suizidprävention. Eine Nachfrage bestehe insbesondere in Unternehmen, welche bereits mit einem Suizid eines Mitarbeitenden konfrontiert worden seien. Hauptsächlich bestünden die Aktivitäten in der Weiterbildung von Multiplikatoren (vgl. Abschnitt 3.2.1). Die Förderung der psychischen Gesundheit sowie die Suizidprävention hätten in Schweizer Unternehmen einen viel tieferen Stellenwert als etwa in Frankreich. Da gäbe es BetriebsärztInnen in allen Unternehmen sowie bei den Gewerkschaften, welche sich unter anderem diesen Anliegen annähmen (vgl. Länderportrait Frankreich).

Kirche

Für mehrere befragte ExpertInnen spielt die Kirche bei älteren Menschen sowie in ländlichen Regionen eine wichtige Rolle als anonyme Anlaufstelle in Krisensituation. In ländlichen Regionen würden die Seelsorgenden insbesondere ältere KirchengängerInnen noch persönlich kennen und hätten dadurch ein besseres Verhältnis zu ihnen. In der Kirche würden Suizidhandlungen jedoch nach wie vor stigmatisiert und die Seelsorgenden seien insbesondere im Umgang mit Suizidalität im Alter zu wenig vorbereitet.

Gefängnis

Im Strafvollzug funktioniert die Erkennung einer Suizidgefährdung bei den Gefangenen nach Einschätzung einer befragten Person bereits gut. Im Untersuchungsgefängnis werde jeder Neueintritt von einer psychiatrischen Fachperson begutachtet und eine kurze Risikoeinschätzung vorgenommen. Wer als suizidgefährdet eingestuft werde, erhalte eine regelmässige und enge Betreuung. Im ordentlichen Strafvollzug könne eine solche Gefährdung entweder durch das Strafvollzugspersonal oder den forensisch psychiatrischen Dienst einer Vollzugsanstalt erkannt werden. Die Erkennung von suizidalen Krisen bei Gefangenen könne jedoch noch durch regelmässigeren Rundgänge des Strafvollzugspersonals sowie den Austausch zwischen dem Strafvollzugspersonal und dem medizinischen Personal verbessert werden. Insbesondere müsse geklärt werden, inwiefern das medizinische Personal vom Arztgeheimnis befreit werden und sich über eine Suizidgefährdung mit dem Strafvollzugspersonal austauschen könne. Bei der psychiatri-

schen Behandlung von suizidalen Gefangenen sei die Gewährleistung einer personellen Kontinuität wichtig. Ständige Wechsel des psychiatrischen respektive psychologischen Personals seien schlecht für die Behandlungsqualität. Bei akuter Suizidgefährdung werde eine Notfallbetreuung in einer psychiatrischen Klinik organisiert, wo jedoch teilweise nicht genügend ausreichend gesicherte Zimmer zur Verfügung stünden.

Beurteilung der Situation bei weitere settingbasierten Interventionen

In den anderen untersuchten Settings gibt es nur sehr wenige Angebote. Der Handlungsbedarf wird wie folgt umrissen:

Strafvollzug

Die Situation im Bereich der sekundären Suizidprävention im Strafvollzug wird von den ExpertInnen als relativ gut beurteilt. Es gebe allenfalls ein Optimierungspotenzial beim Austausch zwischen Strafvollzugs- und medizinischen Personal sowie bei der Notfallbetreuung in psychiatrischen Kliniken.

Kirchen

Auch den Kirchen wird von den ExpertInnen eine wichtige Rolle als niederschwellige Anlaufstelle in ländlichen Regionen und für ältere Menschen zugeschrieben. Durch eine weitere Entstigmatisierung von Suiziden sowie einer Schulung der Seelsorgenden im Umgang mit Suizid im Alter könnten die Kirchen diese Rolle noch besser wahrnehmen.

Gemeinden

Bei den Gemeinden wird die Suizidprävention in der Jugendarbeit von den ExpertInnen als gut, bei Beratungsstellen jedoch als schlecht betrachtet. Es gebe zu wenige niederschwellige Anlaufstellen für ältere Menschen, homo, bi- und transsexuelle Jugendliche, MigrantInnen und Männer. Wie Suchtberatungsstellen auf eine Suizidgefährdung ihrer KlientInnen reagieren, sei unklar.

Betriebe

Am schlechtesten wird die Situation im Setting Betriebe beurteilt, wo nur sehr punktuell Aktivitäten ausmachbar seien.

3.2.4 TELEFON- UND ONLINEBERATUNG

Die Telefon- und zunehmend auch die Onlineberatung spielen eine zentrale Rolle als erste Anlaufstelle in einer Krisensituation. Die in den Expertengesprächen und in den ergänzenden Internetrecherchen identifizierten Angebote lassen sich wie folgt charakterisieren (vgl. Anhang A2, Darstellung DA 3):

Zielgruppen

- Für *Erwachsene* gibt es einerseits den schweizweit bekannten Anbieter die Dargebotene Hand mit der Telefonnummer 143. Daneben richten sich auch die Internetseelsorge der beiden Landeskirchen sowie das von Walliser Suizidpräventionsverein Par Pas betriebene Krisentelefon an Erwachsene.
- Spezifisch auf *Menschen in psychischen Krisen* ausgerichtet sind die schweizweiten Anbieter Pro Mente Sana sowie die im Rahmen des Genfer Bündnis gegen Depression betriebene Telefonlinie.

- Für *Eltern* gibt es den in mehreren Kantonen betriebenen Elternnotruf. An diesen können sich neben den Eltern auch Bezugspersonen der Familie oder Fachpersonen bei Erziehungsfragen, Überlastung oder Überforderung wenden.
- Ebenfalls für Eltern aber auch für *Kinder und Jugendliche* bietet der schweizweite Anbieter Pro Juventute Telefon- und Onlineberatungen an. In der Westschweiz wird die Telefonberatung von Pro Juventute vom Verein Telme betrieben, welcher zusätzlich eine gleichnamige Onlineberatung betreibt. In der Deutschschweiz existiert das Onlineangebote www.tschau.ch für Jugendliche. Der Ostschweizer Verein Lebe! bietet ein Beratungs- und Begleitungsangebot für Jugendliche bis 25 Jahre in Krisen und bei Suizidgefahr. Auch nahestehende Personen oder Hinterbliebene nach Suizid können sich an diese Stelle wenden. Die im Universitätsspital Genf angesiedelte HelpAdoLine hat suizidale Jugendliche als Zielgruppe, bietet aber auch ihren Eltern und Fachleuten in ihrem Umfeld telefonische und elektronische Beratung an. Die Jugendberatung Samowar in Horgen bietet im Internet ein Forum mit Fragen und Antworten zum Thema Suizidalität an.

Beratungsart

Die meisten der identifizierten Anbieter stellen sowohl eine Telefon- als auch eine Online-Beratung zu Verfügung. Lediglich eine Telefonberatung bieten das Beratungstelefon von Pro Mente Sana an sowie die im Rahmen des Genfer Bündnisses für Depression betriebene Telefonhotline. Auf eine Onlineberatung beschränken sich Anbieter der Internetseiten für Kinder und Jugendliche (www.tschau.ch, www.u25-ostschweiz.ch, www.telme.ch). Eine Onlineberatung wird bei Kinder und Jugendlichen von mehreren ExpertInnen als wichtig erachtet. Auswertungen der Anfragen von Pro Juventute hätten gezeigt, dass heikle Themen wie Suizid, Mobbing oder sexueller Missbrauch von den Jugendlichen eher Online angesprochen würden. Es ist nach Einschätzung einer interviewten Person wichtig, dass in suizidalen Krisen eine Beratung nicht nur per Telefon oder Internet stattfindet. Da suizidale Krisen mit einem Rückzug aus allen persönlichen Kontakten einhergehen würden, sei die physische Präsenz einer Beratungsperson wichtig. Dadurch könne die Bindungsangst reduziert und die Beziehungsfähigkeit einer Person in einer psychosozialen oder suizidalen Krise gestärkt werden.

Auskunftszeit

Die Telefonberatungen sind in der Regel täglich und rund um die Uhr erreichbar. Eine Ausnahme bildet die vom Walliser Suizidpräventionsverein Pars Pas betriebene Telefonhotline, welche zwar an sieben Tagen aber nur zwischen acht Uhr morgens und acht Uhr abends betrieben wird. Das Beratungstelefon von Pro Mente Sana sowie die Jugendberatung Samowar kann nur zu Bürozeiten erreicht werden. Bei der Onlineberatung nimmt eine Beantwortung von E-Mails in der Regel zwei bis drei Tage in Anspruch. Auf Chats wird sofort reagiert, aber in einem zeitlich vorgegeben Rahmen und nicht rund um die Uhr.

Beratende

Bei den meisten Anbietern reagieren Fachleute (z.B. Sozialarbeitende, PädagogInnen, PsychiaterInnen, PsychologInnen) auf telefonische oder elektronische Anfragen. Eine gewichtige Ausnahme stellt die Dargebotene Hand dar. Der Dachverband ist in zwölf Regionalstellen organisiert, wo Freiwillige die Beratungsleistungen erbringen. Auch die

Telefonhotline vom Walliser Suizidpräventionsverein Pars Pas sowie die Onlineberatung des Ostschweizer Vereins Lebe! werden von Freiwilligen betrieben. Letzterer setzt auf gleichaltrige Peer-Beratende, welche Jugendlichen per E-Mail unterstützen.

Triage

Die Dargebotene Hand, die Internetseelsorge, der Elternnotruf sowie der Ostschweizer Verein Lebe! können den Anrufenden bei Bedarf Angaben zu weiterführenden Beratungs- und Behandlungsangeboten in ihrem Kanton respektive in ihrer Region geben. Die Dargebotene Hand möchte explizit keine weiterführende Triagefunktion wahrnehmen, weil sich der Anbieter in erster Linie als Zuhörer und nicht als Ratgeber definiert. Bei akuter Suizidgefährdung interveniert die Dargebotene Hand nur auf ausdrücklichen Wunsch der Anrufenden. Eine stärkere Triagefunktion kommt der Pro Juventute zu. Sie kann auf Wunsch der Kinder und Jugendlichen einen telefonischen Erstkontakt zu einer Fachstelle in der Region herstellen. Einen eigentlichen Brückenschlag in die Versorgung gewährleisten drei Strukturen in der Westschweiz. Die vom Walliser Suizidpräventionsverein betriebene Telefonberatung Pars Pas berät aufgrund einer Leistungsvereinbarung mit der Walliser Koordinationsplattform für Suizidprävention Réseau Entreaide Valais (vgl. Abschnitt 3.2.4) Menschen in Krisen und kann sie bei Bedarf an eine geeignete Fachstelle weiterleiten. Im Rahmen des Genfer Bündnisses gegen Depression betriebenen Hotline, werden die Anrufenden direkt mit dem psychiatrischen Notfall verbunden. Die Genfer HelpAdoLine für Jugendliche wird vom Centre d'étude et de prévention du suicide (CEPS) betrieben, welches wiederum Teil einer Kriseneinheit mit ambulanter und stationärer Abteilung im Universitätsspital Genf ist. Die Telefonlinie kann dadurch Jugendliche direkt in die geeigneten Versorgungsstrukturen einweisen.

Beurteilung der Situation im Bereich der Telefon- und Onlineberatung

Die landesweite Abdeckung mit Telefon- und Onlineberatung ist insgesamt gut. Zu diskutieren ist eine Optimierung von drei Aspekten:

Ausweitung der Angebote auf weitere Zielgruppen

Bisher beschränken sich die Telefon- und Onlineberatungsangebote primär auf Erwachsene, psychische Kranke, Eltern sowie Kinder und Jugendliche. Mehrere befragte ExpertInnen sprechen sich für eine Ausweitung der Zielgruppen aus. Einerseits gebe es mit Ausnahme der Genfer HelpAdoLine keine telefonischen oder elektronischen Beratungsangebote, an die sich Fachleute wie HausärztInnen, Lehrpersonen und Schulsozialarbeitende wenden könnten. Zudem würden die Telefon- und Onlineberatung lediglich in den Landessprachen angeboten und würden daher MigrantInnen schlecht erreichen. Gemäss einem Experten stellt sich jedoch die Frage, ob MigrantInnen, welche keine Kenntnisse einer Landessprache haben, solche Beratungsdienste überhaupt nutzen würden. Da MigrantInnen solche Dienste aus ihren Heimatländern nicht kennen, würden sie eher zuerst den Notfall aufsuchen.

Stärkere Triagefunktion der Telefon- und Onlineberatung

Inwiefern die Telefon- und Onlineberatungsanbieter die Hilfesuchenden am Beispiel der Genfer HelpAdoLine noch stärker aktiv zu weiterführenden Beratungs- und Behandlungsangeboten weitervermitteln sollen, ist unter den befragten ExpertInnen umstritten. Einerseits würde dadurch der Zugang zur Gesundheitsversorgung vereinfacht.

Andererseits würde durch eine solche aktivere Triagefunktion die Hemmschwelle erhöht, gewisse Anbieter in psychosozialen und suizidalen Krisen zu kontaktieren. Zudem hätten die Mitarbeitenden in der Notfallpsychiatrie häufig keine Zeit für längere Beratungsgespräche wie sie die oben erwähnten Anbieter gewährleisten würden.

Bessere Ausbildung der freiwilligen Beratenden

Soweit die ExpertInnen dies zu beurteilen vermochten, wurden die Telefon- und Onlineberatung qualitativ als gut bewertet. Bei freiwilligen Beratenden sei es jedoch eine Herausforderung, die Qualität der Beratungen kontinuierlich sicherzustellen. Eine Lösung wäre, gemeinsam mit einer Fachhochschule einen Ausbildungsgang für die Arbeit am Telefon zu organisieren. Eine solche externe Ausbildung könnte die Kompetenzen der Freiwilligen validieren und harmonisieren.

3.3 SEKUNDÄRE SUIZIDPRÄVENTION IM MEDIZINISCHEN SETTING

Gestützt auf die Interviews mit den ExpertInnen sowie die ergänzenden Internetrecherchen konnten fünf Kategorien von Good Practice für die Suizidprävention in der Versorgung identifiziert werden. Um PatientInnen in psychischen oder suizidalen Krisen zu erkennen, brauchen die medizinischen Multiplikatoren eine Schulung. In der somatischen Gesundheitsversorgung sollte die Triage sichergestellt werden, das heisst die Erkennung von psychischen und suizidalen Krisen bei PatientInnen sowie deren Weiterleitung an psychologische respektive psychiatrische Versorgung. Dafür gibt es Screening-Instrumente. Damit Menschen in einer psychischen oder suizidalen Krise möglichst rasch Hilfe in Anspruch nehmen können, ist ein niederschwelliger Zugang zur psychologischen respektive psychiatrischen Versorgung notwendig. Schliesslich sollen diese PatientInnen mit adäquaten Therapiemethoden behandelt werden. Diese Kategorien werden nachfolgend erläutert.

3.3.1 MULTIPLIKATOREN-SCHULUNG (MEDIZINISCHE FACHPERSONEN)

In diesem Kapitel werden die Schulungen für Multiplikatoren aus dem medizinischen Bereich behandelt. Dazu zählen Fachleute aus der ambulanten und stationären somatischen Versorgung sowie aus der ambulanten und stationären psychiatrischen und psychologischen Versorgung. Die in Expertengesprächen und Internetrecherchen identifizierten Angebote werden im Anhang A2, Darstellung DA 1 aufgeführt und nachfolgend beschrieben.

Suizidprävention in der Ausbildung

- *ÄrztInnen:* Gemäss den interviewten ExpertInnen wird das Thema Suizid im Medizinstudium angeschnitten. Alle angehenden ÄrztInnen beschäftigten sich entsprechend bereits in ihrer Ausbildung mit dem Thema.
- *PsychologInnen:* Bei den PsychologInnen wird das Thema Suizid gemäss ExpertInnen in der Ausbildung insbesondere im Fach klinische Psychologie angesprochen.

Suizidprävention in der Weiterbildung

- *ÄrztInnen:* Die Suizidprävention ist in den Lernzielen der Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie³¹ und für Allgemeine Innere Medizin³² sowie in den Lernzielen im Schwerpunkt Geriatrie³³ sowie für HausärztInnen³⁴ integriert.
- *Pflegepersonal:* Für diese Zielgruppe biete das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel im Rahmen der Fortbildungsreihe „PUMA: Pflege und Medizin im Alter“ ein halbtägiges Modul zu Suizidalität und Sterbehilfe an. Dieses richte sich insbesondere an Pflegekräfte in der Altenpflege. Ebenfalls für das Pflegepersonal bietet das Inselspital Bern eine Weiterbildung zur Pflege von Menschen in suicidalen Krisen. Dabei liegt der Fokus auf Pflegepersonal aus allen Bereichen. Die Fachstelle für Kirche + Jugend biete auf Anfrage Weiterbildungen für Studierende höherer Fachschulen im Gesundheitswesen oder für Peers der Sanität an.³⁵
- *PsychologInnen:* Die Suizidprävention wird gemäss ExpertInnen in der therapeutischen Weiterbildung von PsychologInnen thematisiert.

Suizidprävention in der Fortbildung

- *HausärztInnen* In der Fortbildung für HausärztInnen sind drei Akteure aktiv. Erstens würden Suizidpräventionsvereine wie PréSuiFri in Freiburg in ihren interdisziplinären Austauschtreffen, an denen auch ÄrztInnen teilnehmen, verschiedene Inhalte zum Thema Suizid vermitteln. Das Suizid-Netz Aargau biete eine spezifische Fortbildung für HausärztInnen an. Zweitens seien die Bündnisse gegen Depression je nach Kanton in die Schulung von HausärztInnen involviert. Sie würden die HausärztInnen für psychische Krisen insbesondere Depressionen sensibilisieren und in diesem Zusammenhang das Thema Suizid ansprechen. Drittens versuche auch das Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz, die HausärztInnen zu sensibilisieren. Das Netzwerk besuche beispielsweise Anlässe wie den Hausärztekongress und sensibilisiere die Teilnehmenden bezüglich der psychischen Gesundheit. Es würden beispielsweise Fragebogen abgegeben, wie die Früherkennung von psychischen Krankheiten gewährleistet werden könne.

Beurteilung der Situation in Bezug auf medizinische Multiplikatoren

Obwohl gemäss einzelner ExpertInnen in den letzten Jahren eine Verbesserung auszumachen ist, sind sich die ExpertInnen einig, dass der Schulungsbedarf im Bereich der medizinischen Multiplikatoren hoch ist. Wie auch bei den Schulungen von nicht medizinischer Multiplikatoren sei die Nachhaltigkeit bisheriger Initiativen beschränkt. Einzelne ExpertInnen regen an, dass die Suizidprävention bereits in die Ausbildung von Pflegenden, ApothekerInnen, SanitäterInnen und Notfallhelfenden sowie in die Weiterbildung von ÄrztInnen einfließen soll. Zudem wurde die Wichtigkeit von interkulturel-

³¹ Vgl. http://www.fmh.ch/files/pdf14/psychiatrie_version_internet_d.pdf, Zugriff 27.4.2015, Seite 8 und 9

³² http://www.fmh.ch/files/pdf16/aim_anhang_1_d.pdf, Seite 14,

³³ http://www.fmh.ch/files/pdf14/aim_anhang_4_d.pdf, Seite 3

³⁴ http://www.fmh.ch/files/pdf16/aim_anhang_2_d.pdf, Seite 12

³⁵ Bei den Peers handelt sich um ein Angebot, welches den Einsatzkräften im Rettungsdienst bei psychischen Belastungen zur Verfügung steht. Schwerpunkt der Peers ist die kollegiale Unterstützung bei Stressbelastung, vor allem nach belastenden und potentiell traumatisierenden Situationen im Einsatzgeschehen. Die Peers arbeiten regulär in einer Rettungsdienstorganisation und bieten sich freiwillig ihren Kolleginnen und Kollegen an.

len Schulungen betont. Hilfeschreie würden sich nicht in jedem Kulturkreis identisch äussern.

Schulung von Fachpersonen in der somatischen Versorgung zur Erkennung von Suizidalität

In der ambulanten somatischen Versorgung wird die Erkennung von Suizidalität von den ExpertInnen bei drei Akteuren als problematisch erachtet. Erstens wurde mehrfach über Schwierigkeiten berichtet, die HausärztInnen für Aus- und Weiterbildungen zu gewinnen. Weil aber viele Personen vor einem Suizid oder einem Suizidversuch ihre Hausärztin/ihren Hausarzt konsultieren würden, sei deren Schulung enorm wichtig. Zweitens seien die Mitarbeitenden von Altersheimen sowie Spitex-Diensten unzureichend zum Problem der Suizidalität im Alter geschult. Sie seien aber für die Suizidprävention bei der Zielgruppe der älteren Menschen von grosser Bedeutung. Drittens stellten auch die ApothekerInnen eine wichtige Anlaufstelle für ältere Menschen dar und müssten geschult werden. In der stationären somatischen Versorgung wurde von den ExpertInnen insbesondere bei den Notfallteams sowie den Pflegenden ein zusätzlicher Schulungsbedarf ausgemacht.

Schulung von Fachpersonen in der psychiatrischen und psychologischen Versorgung zur Beurteilung der Suizidalität

In der ambulanten und stationären psychiatrischen und psychologischen Versorgung, wird die Beurteilung der Suizidalität gemäss ExpertInnen bei zwei Berufsgruppen als noch nicht zufriedenstellend beschrieben.

- *PsychiaterInnen:* Bei den PsychiaterInnen seien weniger erfahrene Fachpersonen in der Einschätzung der Suizidalität unzureichend geübt. Das sei sowohl in Kliniken als auch bei zuweisenden ÄrztInnen der Fall. Die Beurteilung der Suizidalität benötige viel Erfahrung und oft fehle die Zeit, diese sorgfältig vorzunehmen.
- *PsychologInnen:* Bei den PsychologInnen sei die Ausbildung sehr unterschiedlich. PsychologInnen mit klinischer Erfahrung seien besser auf die Beurteilung der Suizidalität vorbereitet als solche, die nie in dem Bereich gearbeitet hätten. Eine befragte Person vermutet, dass hier möglicherweise durch den neuen Fachtitel klinische Psychologie eine Verbesserung in Aussicht sei. Eine andere Person schätzt, dass heute viele PsychologInnen während der Ausbildung einmal in der Psychiatrie arbeiten würden und daher sensibilisiert seien. Wenn PsychologInnen in Bezug auf die Suizidalität schlecht geschult seien, würden sie PatientInnen schneller an eine psychiatrische Fachperson weiterweisen, was für die therapeutische Beziehung nicht ideal sei. Da in der Erkennung von Suizidalität und in der Nachsorge im Umfeld der Betroffenen ein grosses Potenzial bestehe, sei in der Ausbildung von PsychotherapeutInnen der systemische Ansatz zu integrieren. Mit diesem Ansatz wird die Wechselwirkung zwischen Individuum und seinem sozialen Umfeld ins Zentrum gestellt. Psychische Symptome sind entsprechend Ausdruck von zwischenmenschlichen Konflikten.

3.3.2 TRIAGE IN DER SOMATISCHEN VERSORGUNG

Die Triage beinhaltet die Prozesse zur Erkennung von psychischen und suizidalen Krisen bei PatientInnen und deren Weiterleitung an psychologische respektive psychiatri-

sche VersorgerInnen. Bezüglich Triage in der somatischen Versorgung können drei Settings unterschieden werden, welche nachfolgend aufgeführt werden.

Hausarztpraxen

Im Bereich der *somatisch ambulanten Versorgung* sind HausärztInnen oft die ersten Anlaufstellen in Krisensituationen. Gemäss einer befragten Person wird durch die HausärztInnen bereits viel abgefangen und in einigen Fällen gar eine psychosomatische Krisenintervention gemacht. Insbesondere in ländlichen Regionen sei das von Bedeutung, weil dort oft keine psychiatrisch oder psychologisch ausgebildete Fachperson verfügbar sei und die Hausärzte eine wichtige Bezugsperson darstellen würden.

Medizinische Notfallnummern

In Abwesenheit der HausärztInnen sind allgemeinärztliche Notrufnummern nach Einschätzung einzelner befragten ExpertInnen eine weitere wichtige Anlaufstelle in Krisen. Sie könnten die Anrufenden bei Bedarf psychiatrisch triagieren (vgl. Darstellung DA 4 in Anhang A2). In vierzehn Kantonen konnten zentrale Nummern für das ganze Kantonsgebiet identifiziert werden. In sechs weiteren Kantonen gibt es regionale Notfallnummern. Der Anruf auf solche Nummern ist in einigen Kantonen kostenlos, in anderen wird die Beratung lediglich kostenpflichtig angeboten. Bei akuten Krisen spielt gemäss einer befragten Person auch die gesamtschweizerische Notrufnummer 144 eine wichtige Rolle, weil eine Ambulanz schnell vor Ort sein könne. Viele der aufgeführten Nummern nehmen sowohl eine somatische als auch eine psychologische Triage vor, wie zum Beispiel die von ExpertInnen erwähnte Notfallzentrale der medizinischen Gesellschaft Basel. Diese überweise die Anrufenden in der Regel in die ambulante psychiatrische Versorgung respektive überweise sie in ein Kriseninterventionszentrum. Im Kanton Waadt wurde das Mandat der ärztlichen Notrufnummer im Oktober 2011 auf die Pädiatrie und die Psychiatrie ausgeweitet. Die Mitarbeitenden wurden im Rahmen der Weiterbildung der Universität Lausanne „Faire face aux crises suicidaires“ (vgl. Abschnitt 3.2.1) geschult und profitieren von regelmässigen Supervisionen von Fachleuten aus der Psychiatrie.³⁶

Spitäler sowie Alters- und Pflegeheime

Auch in der *somatisch stationären Versorgung in Spitälern, Alters- und Pflegeheimen* können Menschen in Krisen erkannt und entsprechend behandelt werden. Nach Auskunft mehrerer ExpertInnen verfügen die meisten Spitäler über eine Anbindung an einen Konsiliar- und Liaisondienst. Der Konsiliar- und Liaisondienst könne von den behandelnden ÄrztInnen oder Pflegenden in Alters- und Pflegeheimen hinzugezogen werden, wenn bei hospitalisierten PatientInnen neben einer somatischen auch eine psychische Erkrankung vorliegt oder somatisch-medizinisch nicht erklärable Symptome beobachtet werden. Dem Konsiliar- und Liaisondienst komme insbesondere in der Betreuung nach Suizidversuchen eine wichtige Rolle zu (vgl. Abschnitt 3.4.1). Die Angliederung der Konsiliar- und Liaisondienste variieren je nach Spital respektive Alters- und Pflegeheim sowie zwischen Regionen. Mehrere ExpertInnen betonen, dass insbesondere Universitätsspitäler und grössere Kantonsspitäler eine sehr gute Anbindung haben. Im Universitätsspital Zürich würde der Konsiliar- und Liaisondienst beispiels-

³⁶ Duperrex, Olivier; Durnat, Christine; Richard, Céline (2012): Prévention du suicide des jeunes dans le canton de Vaud. Dossier technique pour la réponse au postulat Dévaud. Unité de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire, S. 17.

weise direkt im Haus übernachten und so rund um die Uhr verfügbar sein. In kleineren Spitälern sei das notfallpsychiatrische Team innerhalb weniger Stunden vor Ort oder zu Bürozeiten verfügbar.

Screening-Instrumente

Um die Triage zu erleichtern, kann das Gesundheitspersonal auf Screening-Instrumente zur Beurteilung der Suizidalität bei Patienten zurückgreifen. Gemäss den befragten ExpertInnen kommen in der Schweiz sehr unterschiedliche Screening-Instrumente zum Einsatz, weil diese an die jeweilige Population sowie an die Verhältnisse angepasst werden müssten. Die Instrumente würden sich aber in der Regel an der wissenschaftlichen Basis anderer Instrumente ausrichten. In den Gesprächen konnten allerdings zwei Screening-Instrumente identifiziert werden, die in der Schweiz zur Anwendung kommen.

- *Non-verbales Visualisierungsverfahren:* Beim ersten Screening-Instrument handelt es sich um ein non verbales Visualisierungsverfahren, um die Suizidalität einzuschätzen. Abgeleitet von dem Instrument zur Erfassung von seelischem Leiden PRISM (Pictural Representation of Illness Self Measure) von Büchi und Sensky (1998) entwickelte das Kriseninterventionszentrum das Instrument PRISM-S (Pictural Representation of Illness Self Measure-Suicidality) für die Erfassung von Suizidalität. Es handelt sich dabei um eine Metallplatte mit einem gelben Punkt in der rechten unteren Ecke. Der gelbe Punkt stellt die Patientin/den Patienten dar, die Platte ihr/sein Leben. Die Patientin/der Patient wird aufgefordert zu definieren, welchen Platz der Wunsch/Drang sich das Leben zu nehmen im Moment einnimmt. So wird die Ambivalenz zwischen im Leben bleiben und aus dem Leben scheiden der Patientin/dem Patienten zurückgespiegelt. HausärztInnen, Pflegende, PsychiaterInnen und PsychologInnen hätten damit ein valides, einfaches und schnelles Instrument zur Suizidaleinschätzung zur Hand.
- *NGASR-Skala:* Das zweite Instrument wurde spezifisch für das Pflegepersonal entwickelt. Es handelt sich dabei um die NGASR-Skala (Nurses Global Assessment of Suicide Risk). Diese kam in der Schweiz das erste Mal an den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern (UPD) zur Anwendung. Je nach Punktzahl auf der Skala besteht ein geringes, mässiges, hohes oder sehr hohes Suizidrisiko. Gemäss Auskunft einer befragten Person kommt das Instrument gegenwärtig unter anderem in den ambulanten psychiatrischen Diensten des Kantons Zug zur Anwendung.

Beurteilung der Situation bei der Triage in der somatischen Versorgung
Die Abdeckung mit Notfallnummern ist aus Sicht der ExpertInnen gut. Handlungsbedarf besteht jedoch bei den einzelnen Fachpersonen.

Hotlines für HausärztInnen insbesondere in ländlichen Gebieten

Die Gespräche mit den ExpertInnen haben gezeigt, dass vor allem den HausärztInnen als Erstanlaufstellen eine wichtige Rolle zukommt. Gemäss einer befragten Person, zeigen Untersuchungen, dass HausärztInnen Depressionen gut erkennen, die Suizidalität jedoch oft unterschätzten. Insbesondere ÄrztInnen in ländlichen Gebieten seien nur selten mit Suizidgefährdeten konfrontiert und fühlten sich daher auch nicht sicher im

Umgang mit ihnen. Es sei ihnen zum Teil auch nicht bekannt, wohin solche Personen weiterverwiesen werden könnten. Hierzu seien Hotlines für HausärztInnen wichtig. Als Beispiel könnte hier der Kanton Waadt dienen, welcher im Rahmen seines Plans zur Bekämpfung von suizidalem Verhalten in allen vier regionalen Niederlassungen der Psychiatrie eine Telefonnummer für psychiatrische Notfälle eingerichtet hat, an die sich HausärztInnen und andere Fachpersonen wenden können.³⁷

Konsiliar- und Liaisondienste in kleineren Spitälern/Heimen

Aus Sicht der ExpertInnen trägt ein Konsiliar- und Liaisondienst auf Notfallstationen stark zur Rückfallprävention bei. Idealerweise solle dieser im Spital eingebettet sein. In grösseren Spitälern sei ein Konsiliar- und Liaisondienst 24 Stunden verfügbar, in kleineren Spitälern sowie Alters- und Pflegeheimen bestehe hier noch Handlungsbedarf. Wenn der Konsiliar- und Liaisondienst nur auf Abruf verfügbar sei, sei die Wartezeit länger und die Schwelle, einen solchen Dienst beizuziehen, entsprechend höher. Aus Expertensicht müsse in Spitälern aber noch viel Sensibilisierungsarbeit in Bezug auf den Nutzen dieses Dienstes geleistet werden, da im Zeitalter der diagnosebezogenen Fallgruppen (Diagnosis Related Groups, DRG) sehr stark auf die Kosten geschaut würde.

Interkulturelle Übersetzung in Spitälern

Die Suizidalität würde in Spitälern bei MigrantInnen nach Einschätzung einer befragten Person häufig nicht erkannt. Einerseits würden sich bei MigrantInnen Krisen anders äussern und andererseits würden sie aufgrund sprachlicher Hürden vom Pflegepersonal seltener angesprochen als SchweizerInnen. Die ExpertInnen regen an, das Potenzial des Pflegepersonals mit Migrationshintergrund in Spitälern besser zu nützen und dieses bezüglich der Erkennung der Suizidalität auszubilden und zu entschädigen.

Kommunikation zwischen Fachpersonen wichtiger als konkrete Screening-Instrumente

Gemäss einer befragten Person, ist Suizidalität diagnostisch nicht abschliessend fassbar. Daher komme in der Einschätzung der Suizidalität dem Austausch mit vor- und nachbehandelnden ÄrztInnen eine grosse Bedeutung zu. Heute würde das Bauchgefühl allerdings nicht mehr an vor- und nachbehandelnde ÄrztInnen kommuniziert. Dadurch ginge viel Wissen verloren, das für eine abschliessende Einschätzung wichtig sei. Der informelle Austausch etwa mit kurzen Telefonaten wäre wichtig.

3.3.3 NIEDERSCHWELLIGER ZUGANG ZU UND KONTINUIERLICHE BETREUUNG IN DER PSYCHOLOGISCHEN UND PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG

Bei der psychologischen und psychiatrischen Versorgung ist es in der sekundären Suizidprävention von Bedeutung, dass die Strukturen möglichst niederschwellig gestaltet sind. So können sie von Menschen in Krisen möglichst unkompliziert in Anspruch genommen werden. Die in Expertengesprächen und Internetrecherchen identifizierten Angebote werden im Anhang A2, Darstellung DA 5 aufgeführt und nachfolgend beschrieben.

³⁷ Duperrex, Olivier; Durnat, Christine; Richard, Céline (2012): Prévention du suicide des jeunes dans le canton de Vaud. Dossier technique pour la réponse au postulat Dévaud. Unité de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire, S. 17.

Mobile psychiatrische Teams

Mobile psychiatrische Teams (auch Psychiatrie-Spitexdienste genannt) sind aufsuchende Angebote zur psychiatrischen, psychologischen oder sozialen Betreuung. Sie sind niederschwellig, weil sich die PatientInnen nicht in eine Institution begeben müssen, sondern aufgesucht werden. Solche Angebote können aus Expertensicht helfen, Klinikentritte zu verhindern und die Autonomie der Betroffenen zu stärken.

- *Verbreitung:* Als gute Beispiele wurden entsprechende Angebote in Genf (Equipe mobile de suivi intensif dans le milieu), in Lausanne (Equipe mobiles et renforcement de la psychiatrie communautaire du Centre hospitalier universitaire vaudois) und in Freiburg (PsyMobile) genannt. Zudem sind solche Teams auch in Städten wie Luzern oder Zürich (Psychiatriespitex-Zürich GmbH) verbreitet.
- *Zielgruppe:* Das Angebot von Genf richtet sich an Personen zwischen 18 und 65 Jahren mit schweren psychischen Problemen, für welche ein klassisches Therapieangebot ungeeignet ist. Das Angebot in Freiburg richtet sich an Kinder in schweren psychosozialen Krisen (ausser akute Krisen mit Suizidgefährdung).
- *Fokus:* Ziel ist nicht nur die Stabilisierung der medizinischen, sondern auch der sozialen Situation. Gemeinsam ist den Angeboten, dass sie versuchen, auf den Ressourcen der PatientInnen und ihres Umfeldes aufzubauen.
- *Zugang:* In Genf kann die Anfrage um Unterstützung durch die PatientInnen selbst, Familie, Nahestehende oder Fachpersonen erfolgen. Alle Anfragen werden innerhalb von 48 Stunden beantwortet. In Freiburg kann eine Überweisung entweder durch Eltern, gesetzliche Vertretende oder Fachpersonen mit Zustimmung der Eltern respektive der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters vorgenommen werden.

Kriseninterventionszentren

In den Expertengesprächen wurden so genannte Kriseninterventionszentren als wichtige niederschwellige Angebote bei Krisen genannt. Diese seien niederschwellig, weil sie in der Regel eine Anlaufstelle rund um die Uhr bieten würden, von Menschen in Krisen selber kontaktiert werden könnten (keine Überweisung notwendig) und räumlich von der stationären Psychiatrie abgegrenzt seien.

- *Verbreitung:* Die Kriseninterventionszentren sind in den Kantonen Aargau, Bern, Basel-Stadt, Genf, Freiburg, St. Gallen, Solothurn, Waadt und Zürich mit einer vergleichsweise grossen Wohnbevölkerung zu finden.
- *Zielgruppen:* Die Mehrheit der Zentren richtet sich dabei an Erwachsene, einzelne auch an Kinder und Jugendliche.
- *Niederschwelliger Zugang:* Bei den Kriseninterventionszentren handelt es sich in der Regel um offen geführte 24-Stunden-Einrichtungen. Diese bieten neben einer kurzen telefonischen Beratung bei der Erstkontaktaufnahme eine ambulante Betreuung in der Tagesklinik sowie kurzzeitige stationäre Aufenthaltsmöglichkeiten. Betroffene können sich telefonisch oder persönlich mit dem Kriseninterventionszentrum in Verbindung setzen. Anrufe können dabei direkt ins Kriseninterventionszentrum oder aber über zentrale Notrufnummern gemacht werden. Eine Zu-

weisung kann auch über HausärztInnen oder ambulante PsychologInnen/PsychiaterInnen geschehen.

- *Triagefunktion*: Kriseninterventionszentren hätten eine Triagefunktion. Teilweise könnten Krisen bereits am Telefon gelöst werden oder die Anrufenden könnten an die geeigneten Versorgungsstrukturen innerhalb oder ausserhalb des Kriseninterventionszentrums verwiesen werden.
- *Institutionelle Angliederung*: Einzelne Kriseninterventionszentren sind der Psychiatrie angegliedert, andere bilden eine Einheit des Spitals.

Sprechstunden für MigrantInnen

Spezifische Angebote für MigrantInnen reduzieren die Hemmschwellen für diese Zielgruppe im Zugang zur psychiatrischen Versorgung. An einigen psychiatrischen Kliniken existieren Spezialangebote für MigrantInnen mit psychischen Problemen. Beispiele sind an den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel mit dem Ambulatorium für Transkulturelle Psychiatrie oder im Universitätsspital Waadt (CHUV) mit der Abteilung Psy&Migrants zu finden. An der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bern gibt es ebenfalls eine Sprechstunde für Transkulturelle Psychiatrie. Dieses Angebot setzt sich im Wesentlichen aus vier Bestandteilen zusammen. Erstens bietet die Sprechstunde eine psychiatrische Abklärung mit Rücksicht auf den migrationspezifischen und asylrechtlichen Hintergrund. Zweitens führt das Team ambulante sozialpsychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen durch. Diese beiden Angebote können auf Wunsch mit Übersetzung stattfinden. Drittens gibt es ein Therapieangebot mit integrierter Übersetzung für psychisch schwer kranke PatientInnen. Viertens wird eine konsiliarische Beurteilung und Beratung für behandelnde HausärztInnen und Erstversorgende von MigrantInnen angeboten.

Wegweisung durch die psychiatrische und psychologische Versorgung Ebenfalls zu einem niederschweligen Zugang zur Versorgung beitragen will die Stiftung Trajectoires in Genf. Die Stiftung kennt gemäss Auskunft einer interviewten Person das Netz von 150 PsychologInnen und PsychiaterInnen in Genf relativ gut. Damit stelle sie für Personen in Krisen eine wichtige Orientierungshilfe im vielfältigen Therapie- und Beratungsangebot dar. Die für die Stiftung tätigen PsychologInnen würden interessierten Personen ein bis zwei Orientierungsgespräche anbieten, in denen die individuelle Situation besprochen und mögliche Behandlungswege aufgezeigt würden. Zudem übernehme die Stiftung auch eine wichtige Aufgabe in Bezug auf die Aufklärung über die Kosten und Kostenübernahme einer Therapie. Das Angebot richte sich gleichermassen an Jugendliche und Erwachsene und wird gemäss der befragten Person von Jugendlichen auch stark in Anspruch genommen.

Ambulante und stationäre psychiatrische Kliniken

Die ambulanten und stationären psychiatrischen oder psychologischen Versorgungseinrichtungen bestehen in praktisch allen Kantonen und bilden somit eine wichtige Anlaufstelle für Menschen in Krisen. Die Hürde sei hier nach Einschätzung von ExpertInnen allerdings etwas höher und der Zugang nicht so niederschwellig wie in den vorhergehend beschriebenen Beispielen. Niederschwelliger sind solche Angebote, wenn sie gemäss mehreren ExpertInnen 24 Stunden geöffnet sind.

Integrierte soziomedizinische Angebote

Eine psychische Vorerkrankung spielte zwar bei vielen Suiziden eine entscheidende Rolle. Nach Ansicht mehrerer befragten Experten könnten aber auch soziale Krisen – insbesondere bei Jugendlichen – zu Suiziden führen. Aus diesem Grund setzen die Suizidrapporte in vier Deutschschweizer Städten sowie zwei kantonale Angebote in der Westschweiz bei psychosozialen Krisen an und vernetzen die Fachleute aus dem medizinischen und sozialen Bereich. Diese Angebote sind niederschwellig, weil sie mit Fachleuten im Lebensumfeld von Menschen in psychosozialen Krisen zusammenarbeiten und diese Fachleute bei der Betreuung respektive der Weiterweisung ihrer KlientInnen unterstützen. Sie werden nachfolgend detailliert beschrieben.

Beispiel: Suizidrapport Zürich

Ziel: Der Suizidrapport der Stadt Zürich bietet Fachpersonen, die im Rahmen ihres Berufs mit Suizid konfrontiert sind ein informelles Vernetzungsgefäss. Die Teilnehmenden lernen die in der Region vorhandenen Anlaufstellen, Institutionen sowie Behörden kennen und erweitern ihre Kenntnisse über die Suizidthematik. Hürden für die Zusammenarbeit werden abgebaut.

Institution/Organisation: Forum für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich (FSSZ)

Zielgruppe: Blaulichtorganisationen, Fachleute aus Medizin, Sozialarbeitende, Seelsorgende, TherapeutInnen, Tiefbauämter, Strasseninspektorate, ApothekerInnen usw.

Beschreibung: Der Suizidrapport in der Stadt Zürich dient der Vernetzung möglichst aller Akteure, die im Rahmen ihres Berufsalltags mit suizidalen Menschen oder Menschen in Krisen konfrontiert sind. Zwei bis drei Mal jährlich finden über den Mittag Treffen statt, wo sich die Akteure austauschen und vernetzen können. Als Gastgeber wechseln sich die teilnehmenden Organisationen, Institutionen und Behördenstellen ab. Die Diskussion oder Information hat bei den Treffen einen grossen Stellenwert. Ab und zu finden auch Vorträge statt. Diskutiert wurden in der Vergangenheit etwa die Schnittstelle zwischen dem Jugenddienst der Stadtpolizei Zürich und der Jugendpsychiatrie oder die Problematik von Jugendlichen in der Erwachsenenpsychiatrie.

Verbreitung: Zürich, Winterthur, St. Gallen, Biel

Beispiel Réseau Entraide Valais/Netzwerk Krise + Suizid im Wallis

Ziel: Das kantonale Projekt Réseau Entraide Valais/Netzwerk Krise + Suizid hat zum Ziel die bestehenden Ressourcen zur Prävention und Bewältigung existentieller Notlagen und akuter Lebenskrisen im Kanton Wallis besser zu vernetzen und bekannt zu machen. Therapie-, Beratungs- und Selbsthilfeangebote sollen unterstützt werden.

Institution/Organisation: Service de la santé publique (SSP)/Dienststelle für Gesund-

heitswesen, Commission cantonale de la promotion de la santé (CCPS)/Kantonale Kommission für Gesundheitsförderung und Hôpital Valais/Spital Wallis

Zielgruppe: Personen in existentiellen Krisen

Beschreibung: 2007 hat die Dienststelle für Gesundheitswesen des Departements für Gesundheit, Soziales und Kultur im Kanton Wallis das Departement für Psychiatrie des Spitals Wallis damit beauftragt, ein kantonales Interventionsprogramm für existentielle Notsituationen zu schaffen. Entstanden ist das Programm Réseau Entraide Valais im Unterwallis beziehungsweise das Netzwerk Krise und Suizid im Oberwallis. Es handelt sich dabei um eine Zusammenarbeitsplattform von Institutionen und Organisationen, um auf jegliche Notsituationen angemessen reagieren zu können. Im Wesentlichen erfüllt das Réseau Entraide Valais fünf Aufgaben. Erstens identifiziert und vernetzt es Partner im Kanton Wallis, die in der Intervention bei existentiellen Krisen aktiv sind. Zweitens organisiert es für Partner des Netzwerks Aus- und Weiterbildungsangebote sowie monatliche Interventionen. Drittens informiert das Netzwerk über Angebote zur Krisenintervention im Wallis, seine Aktivitäten und das Programm als Ganzes. Viertens ist es in der Forschung und Entwicklung aktiv, indem Aktivitäten des Programms evaluiert und neue bedarfsgerechte Projekte realisiert werden. Fünftens hat es Leistungsvereinbarungen mit der Dargebotenen Hand Wallis sowie der Organisation Pars Pas. Diese beiden Anbieter von Telefon- und Onlineberatungen gewährleisten den niederschweligen Zugang von Personen in Krisen in das Netzwerk. Daneben ist Pars Pas auch für die Sensibilisierung an Schulen und von Fachpersonen beteiligt.

Ressourcen: Finanziert wird das Programm durch den Kanton Wallis.

Beispiel Centre d'étude et de prévention du suicide (CEPS) in Genf

Ziel: Das Centre d'étude et de prévention du suicide (CEPS) will den Jugendlichen und ihren Angehörigen eine leicht zugängliche Anlaufstelle in Krisensituationen bieten.

Institution/Organisation: Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) und Stiftung Children Action

Zielgruppe: Jugendliche im Alter von 13 bis 23 Jahren und ihre Angehörigen sowie Fachleute im Kontakt mit Jugendlichen

Beschreibung: Das Centre d'étude et de prévention du suicide (CEPS) ist Teil der Kriseneinheit für suizidgefährdete Jugendliche (Unité de crise pour adolescents – Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescence [SPEA]) am Universitätsspital Genf. Diese Kriseneinheit umfasst neben dem CEPS einen halbstationären sowie stationären Versorgungsbereich. Im halbstationären Bereich besteht für Jugendliche, Familien oder Gruppen die Möglichkeit einer intensiven ambulanten Behandlung für maximal zwei Monate. Die stationäre Einheit stellt acht „Krisenbetten“ für maximal

einen Monat zur Verfügung. Das CEPS betreibt einen 24-Stunden-Beratungsdienst über die HelpAdoLine (vgl. 3.2.4), eine E-Mailberatung oder Beratung über www.ciao.ch sowie ambulante therapeutische Konsultationen für Jugendliche und ihre Angehörigen. Das CEPS führt jedoch keine Therapien durch, sondern weist die Jugendlichen in die beiden anderen Abteilung der Kriseneinheit oder weitere öffentliche respektive private Therapieangebote weiter. Das CEPS überwacht die Betreuung der Jugendlichen weiterhin und interveniert bei einem Behandlungsabbruch. Falls die Jugendlichen nicht auf eine psychologische oder psychiatrische Behandlung ansprechen, wird eine Begleitung durch eine Fachpersonen aus dem Sozialbereich respektive einen Laien im Umfeld der/des Jugendlichen angestrebt. Das CEPS bieten diesen Fachpersonen respektive Laien eine fachliche Unterstützung für ihre Arbeit mit den Jugendlichen.

Um die interdisziplinäre Begleitung von Jugendlichen in psychosozialen Krisen zu stärken hat das CEPS 2014 gemeinsam mit Partnern das Netzwerk aiRe d'ados mit Akteuren aus dem sozialen und medizinischen Bereich initiiert. Das Netzwerk ist auf drei Ebenen aktiv. Erstens analysiert es im Bereich der Forschung die Ausgestaltung niederschwelliger Hilfsangebot und organisiert Netzwerktreffen. Zweitens versucht aiRe d'ados in der Versorgung, das Hilfsnetz um suizidale Jugendliche respektive Jugendliche mit Risikoverhalten zu festigen und die fachlichen Ressourcen der Akteure im Netzwerk durch den Austausch zwischen Fachleuten sowie die fachliche Unterstützung des CEPS zu stärken. Drittens will das Netzwerk künftig auch die Kontakte zu PolitikerInnen stärken.

Neben dieser indizierten Präventionsarbeit ist das Centre d'étude et de prévention du suicide (CEPS) auch im Bereich der Aus- und Weiterbildung sowie in der universellen und selektiven Prävention tätig. So organisiert das Zentrum Konferenzen oder macht Öffentlichkeits- und Medienarbeit. Zusätzlich werden mit Jugendlichen im 10. Schuljahr Gruppendiskussionen über das Risikoverhalten geführt.

Ressourcen: Die Kriseneinheit wird je zur Hälfte von der Stiftung Children Foundation sowie dem Universitätsspital Genf (Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG]) finanziert. Innerhalb der Kriseneinheit verfügt das CEPS über 210 Stellenprozent sowie eine Praktikumsstelle. Mit diesen personellen Ressourcen wird auch die Arbeit des CEPS für das Netzwerk aiRe d'ados abgedeckt. Die anderen Mitglieder des Netzwerks erbringen ihre Leistungen im Rahmen ihrer Arbeitszeit.

Beurteilung der Situation in Bezug auf den niederschweligen Zugang

Im Bereich der *ambulanten und stationären psychiatrischen/psychologischen Versorgung* identifizieren ExpertInnen folgenden Handlungsbedarf:

Stadt-Land-Gefälle

Das Angebot an niederschweligen psychiatrischen und psychologischen Versorgungsstrukturen wird von den ExpertInnen in städtischen Gebieten als adäquat auf dem Land allerdings als ungenügend betrachtet.

Fehlende niederschwellige Angebote für bestimmte Zielgruppen. Insbesondere bei den Zielgruppen der Kinder und Jugendliche, MigrantInnen sowie älteren Menschen fehlen aus Sicht der ExpertInnen niederschwellige Strukturen.

- *Kinder und Jugendliche:* Zwar würden einzelne niederschwellige Angebote für Kinder und Jugendliche existieren. Oft sei aber die Verfügbarkeit von Plätzen beschränkt und eine zeitnahe Reaktion nicht möglich. Zudem kämen Jugendliche ab 18 Jahren in stationären Versorgungsstrukturen für Erwachsene und sähen sich dort Personen gegenüber, die viel älter und bereits mehrmals in der Psychiatrie gewesen seien und langfristige Pathologien aufwiesen. In einem solchen Umfeld sei eine adäquate Behandlung für diese Zielgruppe schwer zu gewährleisten.
- *Ältere Menschen:* Die nach wie vor in der Gesellschaft vorhandene Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen könne selbst bei niederschweligen Strukturen eine Hemmschwelle für die Inanspruchnahme einer Behandlung insbesondere bei älteren Menschen führen.
- *MigrantInnen:* Bei MigrantInnen würden sprachliche, kulturelle und soziale Hürden beim Zugang zur psychiatrischen und psychologischen Versorgung eine grosse Rolle spielen. In der Erfahrung einzelner interviewten Person seien die Behandlungsgespräche kurz und es würden lediglich Medikamente abgegeben. Das Hauptproblem bestünde allerdings darin, dass Übersetzungsleistungen nicht von der obligatorischen Krankenkasse bezahlt würden.

Fehlende Koordination der Behandlung

Die Mehrheit der ExpertInnen betont, dass über die gesamte Versorgung hinweg eine Koordination zur Gewährleistung der Behandlungspfade weitgehend fehlt. Als Problematisch werden folgende Schnittstellen betrachtet: Schnittstelle zwischen somatischen und psychiatrischen Fachpersonen, zwischen psychologischen und medizinisch-psychiatrischen Fachpersonen sowie zwischen Fachpersonen aus dem sozialen und medizinischen Bereich. So hätten beispielsweise auch viele Sozialarbeitende Kontakt mit suizidgefährdeten Personen, können diese aber nicht selbst in die psychiatrische Versorgung überweisen. Sie würden folglich bei einer Einweisung auch nicht über die Behandlungsschritte bei ihren KlientInnen informiert und hätten keine Ahnung, wann diese aus der Behandlung entlassen würden. Das gelte gleichermassen für Lehrpersonen.

3.3.4 FÖRDERUNG ADÄQUATER THERAPEUTISCHER UND MEDIKAMENTÖSER ANSÄTZEN

Die Gespräche mit den ExpertInnen haben gezeigt, dass die Behandlung von Suizidalität in der Schweiz je nach Arzt unterschiedlich erfolgt und auf die PatientInnen abgestimmt wird. Die Evidenz in den pharmakologischen Studien ist aus Sicht der befragten ExpertInnen eingeschränkt. Zur Behandlung von Depressionen würden allerdings Antidepressiva abgegeben. Man gehe davon aus, dass eine Behandlung der Depression Suizidversuche verhindern könne.

Beurteilung der Situation in Bezug auf Therapiemethoden

Welche Therapiemethoden sich für die Behandlung von psychischen und suizidalen Krisen aufdränge ist bei den befragten ExpertInnen umstritten. Die einen sind der An-

sicht, dass sich HausärztInnen und SpezialistInnen bei der Behandlung von Depressionen zu wenig konsequent an die empfohlenen Leitlinien halten würden. Es sei aber wichtig, dass das Wissen über die Behandlung depressiver Störungen auch tatsächlich zur Anwendung komme. Andere sind der Meinung, dass sich aus wissenschaftlicher Sicht keine bestimmte Therapie aufdränge. Eine erfolgreiche Behandlung von suizidalen Patienten setze eine gute Beziehung zwischen TherapeutIn und PatientIn voraus. Mehrere ExpertInnen betonen allerdings, dass der systemische Ansatz, welcher das Umfeld der PatientInnen miteinbezieht, vermehrt angewendet werden sollte.

3.4 TERTIÄRE SUIZIDPRÄVENTION

Die Nachbetreuung betrifft Personen, welche einen Suizidversuch unternommen haben. Diese sollten eine kontinuierliche Nachbetreuung nutzen können, welche durch bestimmte Follow-up-Interventionen unterstützt werden kann.

3.4.1 KONTINUIERLICHE NACHBETREUUNG DER BETROFFENEN

Eine kontinuierliche Nachbetreuung umfasst die Notaufnahme, die stationäre Behandlung sowie die Nachbetreuung.

Notaufnahme und stationäre Behandlung

Gemäss Auskunft mehrere ExpertInnen werden die meisten Personen nach einem ernsthaften Suizidversuche in der *Notaufnahme* von Spitälern behandelt. In einem ersten Schritt erfolge dort eine somatische Behandlung der PatientInnen. Danach würde in der Regel der Konsiliar- und Liaisondienst beigezogen. Als gutes Beispiel wurde das Universitätsspital Zürich genannt, wo alle PatientInnen nach erfolgtem Suizidversuch routinemässig von einer psychiatrischen Fachperson begutachtet werden. In Absprache mit der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt entscheide der Konsiliar- und Liaisondienst über die Weiterbehandlung der betroffenen PatientInnen. Eine Nachbetreuung finde in der Folge ambulant oder stationär statt. Gemäss Expertenauskunft wird in Basel die Hälfte der PatientInnen nach einem Suizidversuch, die auf der Notfallaufnahme erkannt werden, kurzzeitig stationär behandelt.

Nachbetreuung

Nach der Entlassung aus der stationären Behandlung erfolge die Nachbetreuung in der Regel durch eine ambulante Fachperson. In der Klinik Hohenegg in Zürich könnten die PatientInnen beispielsweise gleich im dazugehörigen ambulanten Zentrum weiterbehandelt werden. Diese Nachbetreuung erfolge über zehn Wochen mit bis zu drei Sitzungen pro Woche. In diesem Ambulatorium seien teilweise die gleichen ÄrztInnen tätig, wie in der stationären Klinik. So könne die Nachsorge optimal gewährleistet werden.

Nachbetreuung im Setting Gefängnis

Was das Setting *Gefängnis* anbelangt, so gibt es gemäss einer interviewten Person keine standardmässige Nachbetreuung für aus der Haft entlassene Personen nach einem Suizidversuch. Insbesondere die Entlassung aus der Untersuchungshaft sei häufig unvorhersehbar, da die Personen aus gesetzlichen Gründen nicht länger festgehalten werden

dürften. Im Strafvollzug hingegen sei eine Entlassung besser planbar. Wen sich die Insassen bereits in psychiatrischer Betreuung befinden würden, könne die zuständige Ärztin/der zuständige Arzt die Nachbetreuung einleiten und organisieren.

Beurteilung der Situation in Bezug auf die kontinuierliche Nachbetreuung

Die Gespräche mit den ExpertInnen haben deutlich gemacht, dass im Bereich der Nachsorge ein grosses Optimierungspotenzial besteht.

Mangelnde personelle Kontinuität

Nach Einschätzung der befragten ExpertInnen, haben suizidale Personen häufig Schwierigkeiten, Vertrauen zu einem Therapeuten aufzubauen und möchten den Suizidversuch gerne möglichst schnell vergessen. Um diese Personen für eine Nachbetreuung zu gewinnen, sei eine personelle Kontinuität in der Nachbehandlung von grosser Bedeutung. Diese würde jedoch durch mehrere Schnittstellen in der Gesundheitsversorgung erschwert. In den Notfallaufnahmen von kleineren Spitälern würden den PatientInnen nach einem Suizidversuch teilweise nur Adressen von Anlaufstellen mitgegeben. In Universitätsspitalern sowie grösseren Kantonsspitalern würden hingegen Fachpersonen des psychiatrischen Konsiliar- respektive Liaisondienst beigezogen (vgl. Abschnitt 3.3.2). Diese Fachpersonen könnten jedoch die Personen nach der Entlassung nicht weiterbehandeln, so dass ein erster personeller Bruch beim Übergang aus der Notfallstation in die weiterführende stationäre respektive ambulante psychiatrische Versorgung entstehe. Ein zweiter personeller Bruch würde bei der Entlassung von der stationären in die ambulante psychiatrische respektive psychologische Versorgung erfolgen. Es sei die Regel, dass die stationäre und die ambulante Behandlung nicht durch dieselbe psychiatrisch respektive psychologisch geschulte Fachperson erbracht würden. Bei der integrierten psychiatrischen Versorgung, wie sie beispielsweise das Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit für die Zielgruppe der Kinder und Jugendliche, Erwachsene und ältere Menschen anstrebt, bestehe noch ein Optimierungspotenzial.

Mangelnde Anknüpfung an Anlaufstellen, welche vor dem Suizidversuch genutzt wurden

Um die personelle Kontinuität gewährleisten zu können, kann es aus Sicht mehrerer ExpertInnen sinnvoll sein, an Anlaufstellen anzuknüpfen, welche die PatientInnen vor ihrem Suizidversuch nutzten. Dazu zählen zwei Personengruppen:

- *Fachpersonen:* Als Anknüpfungspunkt bieten sich Fachpersonen wie HausärztInnen, PsychotherapeutInnen sowie die Spitex an, mit denen die Patientin/der Patient vor dem Suizidversuch in Kontakt war. Dies bedinge allerdings eine gute Kommunikation zwischen den in der Notfallaufnahme, den Konsiliar- und Liaisondiensten sowie der Psychiatrie tätigen Fachpersonen einerseits und den niedergelassenen Fachpersonen andererseits. Nach Auskunft einer interviewten Person würden sich PsychiaterInnen oft schwer tun, mit nicht medizinischen TherapeutInnen zu kommunizieren.
- *Familie und Arbeitgebende:* Die Angehörigen werden nach Meinung der ExpertInnen bislang zu wenig in die Nachbetreuung miteinbezogen. Dabei müsse man aber darauf achten, die Angehörigen zu entlasten. So könnten etwa Notfallszenarien

besprochen werden, damit die Familie wisse, wohin sie sich in Krisensituationen wenden könne. Gleichzeitig ist gemäss einer befragten Person der Arbeitgebenden ein wichtiger Akteur, der in die Nachsorgeplanung integriert werden müsse.

Mangelnde Nachbetreuung bei Zielgruppe Kinder und Jugendliche

Die Probleme bei der Nachbetreuung von Kindern und Jugendlichen würden aus Sicht einer befragten Person bereits im Notfall anfangen. Häufig würden Kinder und Jugendliche nach einem Suizidversuch nicht in die medizinische Versorgung gelangen. Weiter fehle es oft an einer systematischen Nachbetreuung. Es gebe eine grosse Zurückhaltung bei der Einleitung einer psychiatrischen Behandlung. Die Schwelle, eine solche einzuleiten, sei gross, da man eine Stigmatisierung der Kinder und Jugendlichen verhindern wolle.

Setting Gefängnis

Im Untersuchungsgefängnis sei gemäss einer interviewten Person eine generelle Anlaufstelle für Personen nach einem Suizidversuch wünschenswert, welche sie mindestens einmal aufsuchen müssten. Im Strafvollzug hätten Personen, welche in Gefangenschaft nicht in psychiatrischer respektive psychologischer Betreuung waren, auch keine Nachbetreuung nach der Entlassung. Zudem hätten viele der entlassenen Personen einen Landesverweis erhalten, was eine Nachbetreuung verunmögliche. Entlassene, die in der Schweiz blieben, seien in der Regel in alle Regionen verstreut, wodurch die Einleitung einer Nachbehandlung erschwert werde. Je näher die Leute in der Region des Gefängnisses blieben, desto einfacher sei die Gewährleistung einer Nachbetreuung.

3.4.2 FOLLOW-UP-INTERVENTIONEN

Unter Follow-up-Interventionen versteht man das gesamte Spektrum an konkreten Massnahmen, die für eine Nachbetreuung eingesetzt werden können. Dazu zählen etwa Notfallkarten, Telefonanrufe, der Versand von Postkarten oder bestimmte Therapiemethoden. In der Schweiz kommen einerseits Notfallkarten und Nachbehandlungsvereinbarungen zur Anwendung. Andererseits werden auch spezifische Behandlungsmethoden eingesetzt.

Notfallkarten

Notfallkarten sind unterschiedlich ausgestaltet. Im Wesentlichen handelt es sich um handliche Karten, die der Patient oder die Patientin bei sich tragen soll um in Krisensituationen schnell Zugang zu Hilfe zu finden (z.B. in Form einer Notfalltelefonnummer). Die Gespräche mit den ExpertInnen zeigen, dass in der Schweiz bereits heute Notfallkarten zum Einsatz kommen. Beispiele wurden aus den Kantonen Zug, Zürich und Aargau genannt:

- *Kanton Zug:* Die ambulanten psychiatrischen Dienste im Kanton Zug würden Notfallkarten abgeben. Zusätzlich zu den Notfallkarten würden mit den PatientInnen Nachbehandlungsvereinbarungen gemacht. In diesen würde festgelegt, wie die Nachbehandlung stattfinden soll. Die nachbehandelnde Ärztin/der nachbehandelnde Arzt erhalte eine Kopie dieser Vereinbarung.
- *Kanton Zürich:* Im Rahmen eines Pilotprojekts sei die Anwendung von Krisen- und Notfallkarten in drei Spitälern geplant worden. Dieses Projekt richte sich insbesondere an Notfallstationen, wo während der Nacht keine NotfallpsychiaterIn-

nen vor Ort seien. Mit der Abgabe der Notfallkarten solle sichergestellt werden, dass eine Verbindung zu diesen PatientInnen aufrechterhalten werde. Dazu werde eine Datenbank geführt, die aufzeigt, welche PatientInnen eine solche Karte erhalten hätten und welche Fachperson mit diesen PatientInnen in Kontakt bleibe. Parallel dazu sollen die Notfallteams geschult werden.

- *Kanton Aargau:* Auch Personen, die bereits einmal im Kriseninterventionszentrum Aargau waren, erhielten eine Notfallkarte mit der Nummer des Zentrums. Im Falle einer erneuten Krise könnten sie sich so direkt beim Kriseninterventionszentrum melden.

Therapiemethode

Mehrere ExpertInnen erwähnten die Methode der Kurztherapie nach Michel und Gysin-Maillard (Attempted Suicide Short Intervention Program [ASSIP]). Zielgruppe seien vor allem PatientInnen in Krisensituationen und nicht mit einer psychischen Krankheit. Die Therapie kombiniert Notfallkarten, regelmässige Kontakte durch Postkarten und therapeutische Betreuung. Diese Methode kommt gemäss Auskunft einer interviewten Person unter anderem an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bern und in den ambulanten psychiatrischen Diensten des Kantons Zug zur Anwendung.

Beurteilung der Situation bezüglich Follow-up-Interventionen

Gemäss Expertenaussagen besteht bei den Follow-up-Interventionen kein dringender Handlungsbedarf. Man müsse sich jedoch bewusst sein, dass zum Beispiel Notfallkarten dann zum Einsatz kommen, wenn eine andere Nachbetreuung nicht möglich sei. Zudem hänge die Wirksamkeit stark vom Engagement der PatientInnen ab. Bei der Kontaktaufnahme per Postkarte müssten diese zudem personalisiert sein, da die PatientInnen sonst das Gefühl hätten, dass man sich nicht für sie als Personen interessiere. Der damit verbundene Aufwand für die TherapeutInnen könne jedoch nicht abgerechnet werden.

3.4.3 POSTVENTION: NACHBETREUUNG DER MIT EINEM SUIZID KONFRONTIERTEN HINTERBLIEBENEN UND BERUFSGRUPPEN

Die Postvention richtet sich an Hinterbliebene oder Berufsgruppen, die mit einem Todesfall durch Suizid konfrontiert sind. Mittels der Expertengespräche und ergänzenden Internetrecherchen konnten in der Schweiz zwei Typen von Massnahmen identifiziert werden, die im Bereich der Postvention wichtig sind.

Care Teams

Bei den Care Teams – auch Notfallseelsorge genannt – handelt es sich um eine psychosoziale Nothilfe, die nicht mit einer psychologischen oder psychiatrischen Betreuung zu verwechseln ist. Sie dient der unmittelbaren Stabilisierung und Wiederherstellung der Handlungsfähigkeit bei den Betroffenen nach traumatisierenden Ereignissen, Katastrophen und Notlagen.

- *Verbreitung:* Wie die Darstellung DA 6 in Anhang A2 zeigt, ist die Abdeckung mit Care Teams in der Schweiz relativ gut. Sie werden in der Regel von der Polizei oder Sanität aufgeboden und sind rund um die Uhr erreichbar. In einzelnen Kanto-

nen stehen Care Teams nur bei Grossereignissen oder Katastrophen auf Abruf bereit. Dies ist zum Beispiel im Kanton Basel-Landschaft der Fall.

- *Institutionelle Anbindung:* Institutionell sind die Care Teams unterschiedlich angebunden. Die Care Teams des Kantons Bern oder Luzern sind etwa im Bereich des Bevölkerungsschutzes in der kantonalen Verwaltung angesiedelt. In Schaffhausen und Zürich hingegen handelt es sich um ein Angebot der reformierten und katholischen Kirche. CareLink ist ein Sonderfall. Hierbei handelt es sich um eine private Stiftung, die für Unternehmen das Krisenmanagement übernimmt. Die Stiftung hat unterschiedliche Auftraggeber, wie zum Beispiel die Rega oder die SBB.
- *Inhaltliche Ausrichtung:* Care Teams setzen sich jeweils aus Fachpersonen sowie aus Laien zusammen. Diese Caregiver durchlaufen eine spezielle Ausbildung. Manchmal bieten die Care Teams nicht nur eine Soforthilfe an, sondern stehen auch für ein Folgegespräch zur Verfügung. Grundsätzlich erfolgt die eigentliche Nachbetreuung aber über das ordentliche Gesundheitssystem. Die Care Teams haben insbesondere auch eine wichtige Funktion bei der Vermittlung weiterführender Angebote.
- *Berufsgruppenspezifische Care Teams:* Zudem bestünden Care Teams für spezifische Berufsgruppen beispielsweise für die Polizei.

Selbsthilfegruppen

Als zweites wichtiges Angebot wurden von den ExpertInnen auch Selbsthilfegruppen für Hinterbliebene nach Suizid genannt. Dabei handelt es sich um dauerhafte Gruppen, in welchen sich Hinterbliebene untereinander austauschen können. Im Unterschied zu den Care Teams haben diese Angebote eine längerfristige Ausrichtung. Eine Übersicht über bestehende Angebote findet sich in der Darstellung DA 7 in Anhang A2 .

- *Verbreitung:* Insgesamt wurden neun Selbsthilfegruppen identifiziert, die in Kantonen der Deutschschweiz (Basel-Stadt, Bern, Luzern, Zürich) und/oder der Romandie (Jura, Neuenburg, Biel, Wallis) tätig sind.
- *Zielgruppen:* Zielgruppen dieser Selbsthilfegruppen sind mehrheitlich Erwachsene. Daneben existieren auch einige Gruppen spezifisch für Jugendliche oder junge Erwachsene sind. Zudem haben sich einige Gruppen auf die Unterstützung von Eltern, die ein Kind verloren haben oder auf Kinder, die einen Elternteil oder Geschwister verloren haben, spezialisiert. Schliesslich gibt es auch Organisationen, welche Angebote nur für Männer haben.
- *Angebote:* Die Angebote der Selbsthilfegruppen umfassen erstens Gruppentreffen, welche in einem Rhythmus von zwei bis vier Wochen stattfinden und von einer Fachperson oder von Betroffenen geleitet werden. Zweitens bieten einzelne Organisationen auch persönliche Gesprächsangebote, welche kostenlos sind und wiederholt in Anspruch genommen werden können. Drittens organisieren diverse Gruppen auch Freizeitangebote wie gemeinsame Weihnachtsfeiern. Viertens gibt es Organisationen, welche Unterstützung per E-Mail oder Telefon anbieten. Die Mehrheit der Angebote ist kostenlos oder wird zu einem Selbstkostenpreis durchgeführt.

Beurteilung der Situation im Bereich der Postvention

Insgesamt erachten die ExpertInnen die Angebote der Postvention als relativ dürftig. Der Handlungsbedarf kann wie folgt zusammengefasst werden:

Bekanntmachung und Ausweitung der Angebote

Die Angebote sind aus Expertensicht noch zu wenig bekannt. Zudem seien auch nicht immer aktuelle Informationen über die Gruppen verfügbar. Zudem sind die Angebote aus Expertensicht noch zu wenig verbreitet und es braucht eine schweizweite Ausdehnung. So hätten Hinterbliebene oft Schwierigkeiten, ein Angebot in ihrer Nähe zu finden. Eine befragte Person regt an, dass hier Ipsilon eine Rolle in der Koordination solcher Angebote übernehmen könnte.

3.5 MEDIENARBEIT

Die Medien spielen eine zentrale Rolle, was die Information der Bevölkerung über psychische Gesundheit und Suizidprävention betrifft. So können diese insbesondere über mögliche Anzeichen von Suizidalität sowie über spezifische Anlaufstellen informieren. Wichtig ist, dass die Medien auf eine emotionalisierende und dramatisierende Berichterstattung verzichten, da eine solche Imitationshandlungen begünstigt. Aus diesem Grund hat der Schweizerische Presserat im Rahmen seiner „Richtlinien zur ‚Erklärung der Pflichten und Rechte der Journalistinnen und Journalisten‘“ in Abschnitt 7.9 festgehalten, in welchen Fällen überhaupt über Suizide berichtet werden darf.

Verschiedene Organisationen engagieren sich für eine adäquate Medienberichterstattung sowie für eine entsprechende Sensibilisierung der Medienschaffenden. Zu erwähnen sind insbesondere Richtlinien der FMH aus dem Jahre 1994, welche 2004 durch den Verein Ipsilon überarbeitet und online publiziert wurden. Ebenfalls in diesem Bereich sind beispielsweise die Fachgruppe für Suizidprävention des Kantons Bern sowie das Suizid-Netz Aargau tätig. In Neuenburg plant die Organisation Parlons-en Sensibilisierungsmassnahmen für Medienschaffenden. In der Westschweiz sorgt die Organisation Stop Suicide im Auftrag des Kantons Waadt für eine adäquate Medienberichterstattung. Stop Suicide informiert die Medienschaffenden erstens über die Grundsätze bei der Berichterstattung über Suizid. Zweitens steht sie Redaktionen oder Ausbildungsstätten für Medienschaffende für Diskussionen über die mediale Berichterstattung bei Suiziden zur Verfügung. Drittens bietet Stop Suicide direkte Unterstützung bei der Ausarbeitung konkreter Berichte und stellt Datenmaterial zur Verfügung. Viertens publiziert die Organisation jährlich einen Bericht über die Medienberichterstattung in der Romandie.

Beurteilung der Situation im Bereich der Medienarbeit

Aus Sicht der ExpertInnen stelle die Zusammenarbeit mit den Medien ein kontinuierliches Unterfangen dar. Es sei Aufgabe der in der Suizidprävention tätigen Organisationen, dafür zu sorgen, dass die Medien über die aktuellen Angaben beispielsweise zu Hilfsangeboten verfügen und diese auch publizieren. Eine solche kontinuierliche Medienarbeit ist in der Westschweiz durch die Organisation Stop Suicide gewährleistet, fehle aber in der Deutschschweiz flächendeckend.

Im Rahmen eines Expertenworkshops wurden die Erkenntnisse aus der Literaturanalyse, den Länderporträts und der Bestandsaufnahme diskutiert und daraus der Handlungsbedarf für die Schweiz abgeleitet sowie Empfehlungen im Hinblick auf die Erarbeitung des Aktionsplans formuliert. Die ExpertInnen wurden im Rahmen des Workshops gebeten, zu bestimmen, bei welchen Massnahmen sie den höchsten Handlungsbedarf sehen. Es zeigte sich indes in der Diskussion, dass die ExpertInnen die Massnahmen nur schwer isoliert beurteilen konnten, da diese gemäss ihrer Expertise oftmals eng miteinander zusammenhängen. Die Medienarbeit war nicht Gegenstand der Diskussionen.

4.1 HANDLUNGSBEDARF SEKUNDÄRE SUIZIDPRÄVENTION IM NICHT-MEDIZINISCHEN SETTING

Für das Setting *Ausbildungsstätten* werden in der Literatur Mehrkomponentenprogramme empfohlen, welche der Förderung der psychischen Gesundheit allgemein und nicht primär der Erkennung von suizidalen Krisen dienen.³⁸ Gemäss den befragten ExpertInnen seien für die Volksschule generelle Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit sowie zur Erkennung von psychosozialen Krisen bei SchülerInnen und deren Weiterleitung an spezialisierte Fachpersonen sinnvoll. Auf Stufe der Berufs- und Tertiärbildung hingegen nehme die Bedeutung von spezifischen Suizidpräventionsmassnahmen zu, da der Anteil an allen Suiziden in der Altersgruppe der 20- bis 29-Jährigen am höchsten ist.³⁹ Das kann und durch den Übergang von der Ausbildung ins Erwerbsleben bedingt sein, welcher Krisen auslösen kann. In der Schweiz bestehen in der Berufs- und Tertiärbildung interessante Projekte, welche stärker verbreitet werden könnten. Ein Netzwerk könnte hier nach Einschätzung der ExpertInnen Unterstützung leisten.

Nebst den Ausbildungsstätten ist auch an die Suizidprävention in weiteren Settings zu denken, insbesondere in Betrieben und in Gemeinden. In den *Gemeinden* gilt es einerseits, die in den Beratungsstellen tätigen Sozialarbeitenden und PsychologInnen für die Suizidprävention zu sensibilisieren. Insbesondere die Suchtpräventionsstellen würden sich nach Einschätzung der ExpertInnen anbieten, die Thematik stärker aufzugreifen. Andererseits sei die Vernetzung der Beratungsstellen mit der psychologischen und psychiatrischen Versorgung wichtig. Für das Setting *Betriebe* bietet es sich aus Experten-sicht insbesondere an, die Erkennung von und den Umgang mit suizidalen Krisen vermehrt in bestehende Instrumente zur Förderung der betrieblichen Gesundheit zu integ-

³⁸ Ein Bericht des Kantons Waadt, welcher unter anderem auf einer auf das Schulsetting fokussierten Literaturanalyse basiert, kommt zum Schluss, dass in Schulen einerseits Programme zur Unterstützung des Zusammenlebens gefördert werden sollen und andererseits die nicht pädagogischen Fachpersonen an Schulen darin ausgebildet werden, wie sie Jugendliche in Krisen erkennen (vgl. Duperré, Olivier; Durnat, Christine; Richard, Céline [2012]: *Prévention du suicide des jeunes dans le canton de Vaud. Dossier technique pour la réponse au postulat Dévaud. Unité de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire*, S. 29).

³⁹ Bei den 0- bis 19-Jährigen machen die Suizide 7 Prozent und bei den 20- bis 29-Jährigen 28 Prozent aller Todesfälle in dieser Altersgruppe aus (<<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html>>, Zugriff am 19.3.2015).

rieren. Zudem schlagen die ExpertInnen vor, die Thematik in den Leitbildern oder Qualitätsmanagementsystemen der Institutionen und Betriebe zu verankern. Schliesslich regen die ExpertInnen an, die Thematik auch in die Aus- und Weiterbildungen von Personalverantwortlichen und Lehrlingsausbildner/-innen verstärkt zu integrieren.

Losgelöst von den Settings beraten *Telefon- und Onlineberatungsstellen* Menschen in psychosozialen oder suizidalen Krisen. Diese Stellen werden in der Literatur als wirksames Mittel für die Reduzierung der Suizidraten eingestuft. Die ExpertInnen erachten diese Angebote als wichtig, regen aber an zu prüfen, ob die bestehenden Angebote über ein gemeinsames Portal beziehungsweise eine einzige Nummer gebündelt werden könnten. Auch zu diskutieren sei, wo der ideale Mix zwischen einem aktiven Angebot (z.B. Triage oder zumindest Rückruf) oder einem passiven Angebot (primär aktives Zuhören) liege. Falls die Beratenden eine aktivere Rolle zukommen solle, sei eine Weiterbildung der Beratenden notwendig. Diese sollten lernen, Suizidabsichten systematisch anzusprechen und eine suizidale Krise im Rahmen der Beratung zu entschärfen. Die ExpertInnen verweisen schliesslich auf die Gefahr, dass einzelne Beratungsangebote in Zukunft anderweitig finanziert werden müssen, da sich beispielsweise die Kirchen immer mehr aus der Finanzierung zurückziehen.

Damit die Berufsgruppen in Ausbildungsstätten, Gemeinden, Betrieben sowie bei der Telefon- und Onlineberatung ihre Früherkennungs- und Triagefunktion wahrnehmen können, sind aus Sicht der ExpertInnen *Multiplikatoren-Schulungen* zentral. Zwar bestehen bereits einige Multiplikatoren-Schulungen, diese könnten aber noch stärker verbreitet werden. Zudem stelle der Aufbau von Know-How eine wichtige Voraussetzung dar, dass Interventionen in verschiedenen Settings durchgeführt werden können. Gemäss den ExpertInnen sollte sichergestellt werden, dass insbesondere Lehrpersonen, aber auch Sozialarbeitende und Seelsorgende bereits in ihrer Ausbildung dafür sensibilisiert werden, wie suizidale Krisen erkannt und die Betroffenen darauf angesprochen werden können. Nebst dieser Ausbildung sei jedoch zusätzlich eine kontinuierliche Weiterbildung wichtig. Dabei müsse sichergestellt werden, dass nicht nur jene sich weiterbilden, die bereits sensibilisiert und kompetent seien. Die Weiterbildung sollte möglichst nahe beim Berufsalltag ansetzen, damit die Multiplikatoren wie in der Literatur empfohlen, die lokalen Hilfsangebote kennen und Personen in suizidalen Krisen weiterweisen können. Für die Durchführung von Multiplikatoren-Schulungen würden es die ExpertInnen als hilfreich erachten, wenn bereits bestehenden Schulungsunterlagen im Sinne von Open Source gesammelt würden.

4.2 HANDLUNGSBEDARF SEKUNDÄRE SUIZIDPRÄVENTION IM MEDIZINISCHEN SETTING

Das Gesundheitspersonal in der somatischen Versorgung hat eine wichtige *Früherkennungs- und Triagefunktion*, das heisst die Erkennung von suizidalen PatientInnen und deren Überweisung an SpezialistInnen. Mit den Konsiliar- und Liaisondiensten bestehen in grossen Spitälern bereits Strukturen, welche die Triage erleichtern. Die Verfügbarkeit solcher Dienste könne nach Einschätzung der ExpertInnen jedoch dazu führen, dass sich die somatischen ÄrztInnen für psychosoziale oder suizidale Krisen nicht zuständig erachten und sich im Umgang mit solchen Krisen unsicher fühlen würden. In

kleinen Spitälern sei für eine erfolgreiche Triage entscheidend, wie leicht erreichbar die externen Konsiliar- oder Liaisondienst seien. Die HausärztInnen könnten sich telefonisch an die Triagestellen wenden, welche in den letzten zehn Jahren in vielen psychiatrischen Kliniken geschaffen wurden. Das Angebot dieser Triagestellen könnte bei den HausärztInnen allenfalls noch besser bekannt gemacht werden. Zusätzlich könnte die Inanspruchnahme von Konsiliar- und Liaisondiensten respektive Triagestellen gefördert werden, indem beim somatischen Gesundheitspersonal zeitliche und innere Hemmschwellen im Umgang mit Personen in einer psychosozialen oder suizidalen Krise überwunden würden.

Nebst der Triage über Berufsgruppen ist gemäss den ExpertInnen zentral, dass Personen in psychosozialen oder suizidalen Krisen einen direkten *niederschweligen Zugang zur psychiatrischen und psychologischen Versorgung* haben. Mit diversen Kriseninterventionszentren seien in den letzten Jahren bereits einige niederschwellige psychiatrische und psychologische Versorgungsstrukturen geschaffen worden. Handlungsbedarf besteht gemäss den ExpertInnen in einer vollständigen Abdeckung aller Regionen sowie aller Zielgruppen. Insbesondere würden niederschwellige Versorgungsstrukturen für Jugendliche sowie in der Westschweiz fehlen. Zudem wird keine *integrierte Versorgung* vom Sozialbereich in die stationäre Psychiatrie und die ambulante psychiatrische respektive psychologische Versorgung gewährleistet. Hier setzen die Suizidrapporte in mehreren Deutschschweizer Städten, das Air d'Ados in Genf sowie das Réseau d'entraide im Wallis an. Diese Beispiele werden von den ExpertInnen als interessant erachtet. Die ExpertInnen haben die Erfahrung gemacht, dass solche Netzwerke funktionieren, wenn eine Institution die Verantwortung für die Netzwerkarbeit übernehme und dafür einen Leistungsauftrag des Kantons erhalte.

Die ExpertInnen sehen in Bezug auf die *Förderung adäquater therapeutischer und medikamentöser Ansätze* bei der Behandlung von psychisch erkrankten und suizidalen PatientInnen keinen prioritären Handlungsbedarf. Sowohl aufgrund der Literaturanalyse als auch der Bestandsaufnahme drängt sich keine bestimmte Therapie auf. Die ExpertInnen betonen aber die Wichtigkeit der Beziehung zwischen Behandlungspersonal und Patient. Von Bedeutung sei zudem der Einbezug von Angehörigen oder Bezugspersonen.

Damit das medizinische Personal seine Früherkennungs- und Triagefunktion wahrnehmen kann, werden *Multiplikatoren-Schulungen* von den ExpertInnen (in Übereinstimmung mit der Literatur) als sehr wichtig eingestuft. Für die ExpertInnen ist von Bedeutung, dass das ärztliche und pflegerische Personal in Arztpraxen, Spitälern und Heimen kontinuierlich und flächendeckend geschult wird. Entsprechende Empfehlungen finden sich auch in der Literatur. Wichtig sei, dass Schulungen nicht nur jene Personen erreichen, die bereits sensibilisiert und kompetent seien. Die ExpertInnen raten, dass die sekundäre Suizidprävention insbesondere im Curricula von HausärztInnen verankert wird. Entsprechende Lernziele sind bereits in der Basisweiterbildung der Allgemeinen Inneren Medizin⁴⁰, den Lernzielen für HausärztInnen⁴¹ sowie im Schwer-

⁴⁰ http://www.fmh.ch/files/pdf/16/aim_anhang_1_d.pdf, Seite 14.

⁴¹ http://www.fmh.ch/files/pdf/16/aim_anhang_2_d.pdf, Seite 12.

punkt Geriatrie⁴² enthalten. Um die Erreichung dieser Lernziele sicherzustellen, sei zu prüfen, ob die Anerkennung als Weiterbildungsstätte für Allgemeine Medizin daran geknüpft werden solle. Die ExpertInnen sind der Ansicht, dass die Multiplikatoren-Schulungen neben der Früherkennung und Thematisierung von Suizidabsichten bei den PatientInnen auch Informationen beinhalten sollten, wie und durch wen die PatientInnen weiterbehandelt werden können. Die Schulungen sollten möglichst nahe am Berufsalltag ansetzen und zum Beispiel Rollenspiele oder Fallbesprechungen integrieren. Es wurde betont, dass es nicht nur darum gehen dürfe Wissen und Kompetenzen zu vermitteln, sondern auch an Werthaltungen zu arbeiten.

4.3 HANDLUNGSBEDARF TERTIÄRE SUIZIDPRÄVENTION

Eine *kontinuierliche Nachbetreuung* nach einem Suizidversuch wird in der Literatur als wichtiges Element in der Suizidprävention erachtet. Die ExpertInnen orten hier für die Schweiz ebenfalls einen hohen Handlungsbedarf. Eine personelle Kontinuität von der Notfallstation über die stationäre psychiatrische zur ambulanten psychiatrischen respektive psychologischen Versorgung wird jedoch in der Schweiz selten gewährleistet. Diese wäre aber eine wichtige Voraussetzung, um Personen nach einem Suizidversuch für eine Nachbetreuung zu gewinnen. Die ExpertInnen erachten die Definition gewisser Standards für Behandlungspfade als gute Möglichkeit eine kontinuierliche Nachbetreuung zu gewährleisten. Diese könnten auch vergütungsrelevant sein: Die ExpertInnen stellen zur Diskussion, dass z.B. die Spitäler für PatientInnen, die nach einem Suizidversuch in der Notfallaufnahme behandelt und nicht von einem/r PsychiaterIn begutachtet werden, keine Vergütung der Kosten erhalten. Um die Umsetzung dieser Standards für die Behandlungspfade sicherzustellen, müsse der Kontext in einer Versorgungsregion berücksichtigt und geeignete Follow-up-Interventionen zur Verfügung gestellt werden. Weiter regen die ExpertInnen an, auch Bezugspersonen sowie Institutionen auf Gemeindeebene (z.B. Beratungsstellen) sowie in Betrieben in die Nachbetreuung miteinzubeziehen. Allerdings müssten Bezugspersonen auch entlastet und auf Hilfsangebote aufmerksam gemacht werden.

Bei den *Follow-up-Interventionen* handelt es sich um Massnahmen wie unterschiedliche Therapien, Notfalkarten, Postkarten oder eine Unterstützung per Telefon. Die ExpertInnen sehen diese Massnahmen als Bestandteil der kontinuierlichen Nachbetreuung. So würden etwa Postkarten dazu beitragen, ein kontinuierliches Arzt-PatientInnenverhältnis aufrechtzuerhalten. Konkrete Interventionen würden erst die Umsetzung der oben erwähnten Behandlungspfade ermöglichen. Bislang würden bestehende Massnahmen aber oft nur ungenügend umgesetzt, weil die erforderlichen Ressourcen oder das notwendige Wissen fehlen. Aus diesem Grund sehen die ExpertInnen hier ebenfalls einen hohen Handlungsbedarf. Als zentral erachten die ExpertInnen, dass erfolgreiche Konzepte aus der Praxis in die Behandlungspfade eingebunden werden. Als erfolgreiche Massnahmen wurden im Rahmen des Workshops die Methode der Kurztherapie nach Michel und Gysin-Maillard (Attempted Suicide Short Intervention Programm [ASSIP]), Notfalkarten oder auch Follow-up-Anrufe genannt.

⁴² http://www.fmh.ch/files/pdf/4/aim_anhang_4_d.pdf, Seite 3.

Im Rahmen der Nachbetreuung ist auch an *Massnahmen für Hinterbliebene* nach vollendetem Suizid respektive für Berufsgruppen, die regelmässig mit Suiziden konfrontiert werden, zu denken (Postvention). Die Evidenz dazu ist in der Literatur nicht sehr schlüssig. Die ExpertInnen stufen den Handlungsbedarf als mittel ein. Mit den Care Teams, den Selbsthilfegruppen, Seelsorgenden, ambulanten/stationären PsychiaterInnen und PsychologInnen seien in der Schweiz bereits bewährte Angebote zur Betreuung der Hinterbliebenen vorhanden. In Bezug auf geführte Selbsthilfegruppen wird von den ExpertInnen aber noch ein Ausbaubedarf insbesondere in der Westschweiz festgestellt. Zudem würden fachliche Unterstützungsangebote für Hinterbliebene fehlen. Als problematisch erachten die ExpertInnen, dass es zwischen kurz- und langfristigen Angeboten oft kaum Verbindungen gebe. Die ExpertInnen würden es sinnvoll finden, dass Care Teams im Fall von Suiziden standardmässig beigezogen werden. Zudem wäre es sinnvoll, wenn die Care Teams stets auf weiterführende Angebote (Selbsthilfegruppen, Psychiater, Psychologen) aufmerksam machen und nach Möglichkeit erneut mit den Hinterbliebenen Kontakt aufnehmen würden. Idealerweise würden die Hinterbliebenen sechs bis neun Monate nach dem Suizid kontaktiert, weil zu diesem Zeitpunkt pathologische Trauerverarbeitungsprozesse ersichtlich würden. Als wichtige Multiplikatoren erachten die ExpertInnen in der Betreuung der Hinterbliebenen auch die Berufsgruppe der BestatterInnen.

4.4 EMPFEHLUNGEN

Nachfolgend werden die Empfehlungen präsentiert, welche gestützt auf die Diskussionen im Experten-Workshop entwickelt wurden

Empfehlung 1: Schweizweites Netzwerk auf- und ausbauen

Bestehende schweizweite Netzwerke wie zum Beispiel Ipsilon oder das Netzwerk Psychische Gesundheit könnten im Hinblick auf die Suizidprävention gestärkt und erweitert werden. Ein solches schweizweites Netzwerk könnte unter anderem folgende Aufgaben übernehmen:

- Informations- und Schulungsunterlagen im Sinne von Open Source sammeln und die Qualitätssicherung der Unterlagen durchführen.
- Einen Pool von Fachleuten für Fort- und Weiterbildungen zur Verfügung stellen (Vermittlung von Fachpersonen).
- Den interdisziplinären und interinstitutionellen Austausch schweizweit fördern und neue Themen lancieren.
- Die Vernetzung mit regionalen Netzwerken sicherstellen.

Damit diese Aufgaben wahrgenommen werden können, müsste bei Ipsilon eine Geschäftsstelle geschaffen werden. Beim Netzwerk Psychische Gesundheit könnte die Koordinationsstelle zusätzlich mit diesen Aufgaben betreut werden.

Empfehlung 2: Regionale Netzwerke stärken und weiterverbreiten

Die bestehenden Netzwerke wie das Réseau d'entraide im Wallis, das Air d'Ados in Genf, die Suizidrapporte in verschiedenen Deutschschweizer Städten und die kantonalen Suizidpräventionsvereine sollten gestärkt und in weiteren Kantonen als Inspirationsquellen für die Gründung von regionalen Netzwerken dienen. Solche Netzwerke können folgende Aufgaben wahrnehmen:

- Den interdisziplinären und interinstitutionellen Austausch auf regionaler Ebene fördern und sicherstellen.
- Fallbesprechungen durchführen.
- Eine Hotline für Fachleute anbieten.

Idealerweise sollte eine Institution im medizinischen oder nicht medizinischen Setting bestimmt werden und diese Vernetzungsaufgaben im Rahmen eines Leistungsauftrages mit dem Kanton wahrnehmen.

Empfehlung 3: Institutionelle Verankerung sicherstellen

- Weil die Evidenz von *Multiplikatoren-Schulungen* für Lehrpersonen und HausärztInnen hoch ist, sollten Lehrpersonen und HausärztInnen im Bereich der sekundären Suizidprävention geschult werden. Bei Lehrpersonen (ab Sekundarstufe 1) sollten entsprechende Inhalte in der Ausbildung verankert werden. Die Umsetzung der Lernziele im Curriculum für HausärztInnen sollte durch die Weiterbildungsinstitutionen sichergestellt werden. In den Ausbildungen sollen nicht nur Wissen vermittelt und Kompetenzen erworben, sondern auch Werthaltungen diskutiert werden.
- Im Bereich der *sekundären Suizidprävention* sollte die Früherkennung und Triagefunktion in die betrieblichen Prozessen und Leitbildern integriert werden (Heime, Schulen, private Unternehmen, Spitäler). Dafür bieten sich entweder Qualitätsmanagementsysteme oder spezifische Instrumente wie die betriebliche Gesundheitsförderung an.
- Für die *tertiäre Suizidprävention* sollten Standards für Behandlungspfade in der Nachbetreuung von Personen nach einem Suizidversuch definiert werden. Darin sollten bewährte Interventionskonzepte wie Notfallkarten, Follow-up-Anrufe oder evidenzbasierte Kurztherapie wie diejenige nach Michel und Gysin-Maillard integriert und der regionale Versorgungskontext berücksichtigt werden.
- In der *Postvention* sollte eine Verbindung zwischen kurzfristigen Angeboten (Careteams, Blaulichtpersonal) und langfristigen Angeboten (Selbsthilfegruppen, Beratungen und Therapien durch HausärztInnen oder psychiatrische und psychologische Fachpersonen) geschaffen werden. Zusätzlich müsste insbesondere in der Westschweiz der Aufbau von Selbsthilfegruppen gefördert und die bestehenden Selbsthilfegruppen in der Deutschschweiz nachhaltig gesichert werden.

Empfehlung 4: Niederschwellige Strukturen in der psychiatrischen und psychologischen Versorgung schweizweit gewährleisten

Die in einigen Deutschschweizer Kantonen bestehenden Kriseninterventionszentren für Erwachsene haben sich bewährt. Solche niederschweligen psychiatrischen und psychologischen Versorgungsstrukturen sollten in weiteren Kantonen insbesondere in der Westschweiz eingeführt werden. Zudem sollen niederschwellige Versorgungsstrukturen für Jugendliche geschaffen werden.

Acosta, Joie D; Ramchand, Rajeev; Jaycox, Lisa H.; Becker, Amariah; Eberhart, Nicole K. (2012): Interventions to prevent suicide. A literature review to guide evaluation of California's mental health prevention and early intervention initiative. Sponsored by the California Mental Health Services Authority. RAND/Corporation, Santa Monica.

Dillon, Lucy; Guiney, Ciara; Farragher, Louise; McCarthy, Anne; Long, Jean (2014): Suicide prevention: An evidence review. Health Research Board, Dublin.

Du Roscoät, Enguerrand; Beck, François (2013): Efficient interventions on suicide prevention: A literature review. Les interventions efficaces dans le champs de la prévention du suicide: analyse de la littérature, in: *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique* 16, S. 363–374.

Lane, Julie; Archambault, Johanne; Collins-Poulette, Marilou; Camirand Raymonde (2010): Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux. Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.

Leitner, Maria; Barr, Wally; Hobby, Lindsay (2008): Effectiveness of interventions to prevent suicide and suicidal behaviour: A systematic review. Health & Community Care Research Unit, Liverpool University. InfoTech UK Research. Scottish Government Social Research, Edinburgh.

Mann, John J.; Apter, Alan; Bertolote, Jose; Beautrais, Annette; Currier, Dianne; Haas, Ann, Hegerl, Ulrich; Lonnqvist; Jouko; Malone, Kevin; Marusic Andrej; Mehlum, Lars; Patton, John; Phillips, Michael; Ruth, Wolfgang; Rhimer, Zoltan; Schmidke, Armin; Shaffer, David; Silverman, Morton; Takahashi, Yoshitomo; Varnik, airi; Waserman, Danuta; Yip, Paul; Hendin, Herbert (2005): Suicide prevention strategies: a systematic review, in: *Journal of the American Medical Association* 294(16): S. 2064–2074.

Scott, Ann; Guo, Bing (2012): For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? Health Evidence Network (HEN) synthesis report. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen.

Teuton, Joanna; Platt, Stephen; Atkinson, Alana (2014): Prevention of suicide and self-harm: Research briefing. Edinburgh: NHS Health Scotland, Edinburgh.

Van der Feltz, Christina M.; Sarchiapone, Marco; Postuvan, Vita; Volker, Daniëlle; Roskar, Saska; Tancic Grum, Alenka et al. (2011): Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies. A review of systematic reviews, in: *Crisis* 32(6): S. 319–333.

WHO (2014): Preventing suicide: a global imperative. World Health Organization, Geneva.

A2 BESTANDSAUFNAHME ARBEITSPAKET I

DA I: Identifizierte Aus- und Weiterbildung von Multiplikatoren (medizinisch und nicht medizinisch)

| Titel Angebot | Art + Titel | Kanton | Träger | Quelle |
|--|---|----------------|--|-------------|
| Für nicht medizinische Multiplikatoren | | | | |
| Polizeipersonal | Ausbildung | CH | Schweizerisches Polizei-Institut | ExpertInnen |
| Sozialarbeitende, SozialpädagogInnen und soziokulturelle AnimatorInnen | Obligatorischer Bestandteil der Ausbildung sowie des Wahlmoduls „OASIS: Violences dans le champ social: outils de prévention, d'intervention et de gestion“ | FR, GE, VS, VD | Haute Ecole de Travail Social | ExpertInnen |
| Lehrpersonen | Ausbildung | ZH | Pädagogische Hochschule Zürich | ExpertInnen |
| Strafvollzugspersonal | Weiterbildung: „Suizid-Prävention im Justizvollzug“ | FR | Schweizerisches Ausbildungszentrum für das Strafvollzugspersonal | ExpertInnen |
| Lehrpersonen | Schulinterne Weiterbildung | ZH | Pädagogische Hochschule Zürich | Internet |
| Berufs- und Sekundarschulen | Weiterbildung | FR | Suizid Prävention Freiburg | ExpertInnen |
| Schulteams/Lehrpersonen | Weiterbildung | AG | Suizid-Netz Aargau | ExpertInnen |
| Primar- und Sekundarschule/Lehrbetriebe | Schulungsmodule im Rahmen von ausweglos! | BE | Berner Gesundheit | Internet |
| Schulische MediatorInnen | Weiterbildung | JU | Kanton | ExpertInnen |
| Verschiedene: Seelsorgende, Lehrpersonen, Schulsozialarbeitende, Feuerwehrleute, PolizistInnen | Weiterbildung | ZH | Fachstelle Kirche + Jugend | ExpertInnen |

| Titel Angebot | Art + Titel | Kanton | Träger | Quelle |
|--|---|-----------|--|-------------|
| Für medizinische und nicht medizinische Multiplikatoren | | | | |
| Pflegende, Lehrkräfte, Seelsorgende, Sozialarbeitende, Projektmitarbeitende im Bereich psychische Gesundheit und Suizidprävention, sowie Mitarbeitende von Beratungsstellen, Heimen, Care Teams, Polizei, Rettungsdiensten. | Fachkurs Suizidprävention (8 Präsenztage) | BE | Berner Fachhochschule Gesundheit | Internet |
| Sozialarbeitende, SozialpädagogInnen, Schulsozialarbeitende, Lehrpersonen, Pflegende, Spitexmitarbeitende, ÄrztInnen, PsychologInnen, PolizistInnen, Fachpersonen und Freiwillige in Institutionen (Heime, Gefängnisse, Vereine) | Weiterbildung: „Faire face au risque suicidaire – Mieux identifier, évaluer et prendre en charge des personnes à risque de suicide“ (2 Tage à 8h) | VD, NE | Universität Lausanne – EPFL | ExpertInnen |
| Professionnels des domaines social, éducatif, scolaire, médical, paramédical et bénévoles | Weiterbildung: „Suicide – Postvention: Soutien et mesures à la suite d’un suicide“ (2 Tage) | FR | Haute École de Travail Social Fribourg | Internet |
| Professionnels des domaines social, éducatif, scolaire, médical, paramédical | Weiterbildung: „Suicide – Intervention de crise face aux comportements suicidaires“ (2 Tage) | FR | Haute École de Travail Social Fribourg | Internet |
| Professionnels des domaines social, éducatif, scolaire, médical, paramédical et bénévoles | Formation mandatée: „Comportements suicidaires et suicides“ (nach Bedarf) | FR | Haute École de Travail Social Fribourg (Mandat des Réseau fribourgeois de santé mentale) | Internet |
| Professionnel-le-s des domaines de la santé, du socio-éducatif ainsi qu’à toute personne intéressée à la problématique du suicide | Weiterbildung (Journée d’étude): „Echange, réflexion et pistes de travail: enrayer la progression du suicide“ (1 Tag) | NE | Haute Ecole Arc Santé und „Parlons-en“ | Internet |
| Verschiedene | „Premiers secours face à la détresse existentielle“ (1 Tag) | VS | Réseau Entraide Valais | ExpertInnen |

| Titel Angebot | Art + Titel | Kanton | Träger | Quelle |
|--|---|--------|---|-------------|
| Für medizinische Multiplikatoren | | | | |
| PsychiaterInnen | Weiterbildung | CH | Ausbildungsinstitutionen | ExpertInnen |
| Pflegende | Weiterbildungsreihe: „PUMA: Pflege und Medizin im Alter“ | BS | Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel | ExpertInnen |
| Pflegende | Weiterbildung: „Psychopathologie Aufbaukurs; Pflege von Menschen in einer suizidalen Krise“ | BE | Inselspital Bern | Internet |
| AllgemeinmedizinerInnen/HausarztInnen | Weiterbildung | AG | Suizid-Netz Aargau | ExpertInnen |
| Personen, die mit älteren Menschen arbeiten | Weiterbildung: „lebens-satt oder -müde?“ | AG | Suizid-Netz Aargau | ExpertInnen |
| Studierende Höhere Fachschulen im Gesundheitswesen/Peers von Sanität | Weiterbildung | ZH | Fachstelle Kirche + Jugend | ExpertInnen |
| Multiplikatoren aus dem medizinischen Bereich | Weiterbildung | VS | Pars Pas | Internet |

Quelle: Experteninterviews und ergänzende Internetrecherche.

DA 2: Identifizierte settingbasierte Angebote

| Setting | Kanton | Bezeichnung/Name | Herausgeber | Quelle |
|-----------------|--------|--|---|-------------|
| Krisenleitfäden | | | | |
| Schule | CH | „Krisensituationen – Ein Leitfaden für Schulen“ | Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren | Internet |
| Schule | CH | „KrisenKompass. Handbuch für den Umgang mit schweren Krisen im Kontext Schule“ | Schulverlag plus AG, Dachverband Schweizer Lehrerinnen und Lehrer (LCH) und edyoucare | ExpertInnen |
| Schule | CH | Richtlinien für das Verhalten in der Schule nach einem Suizid | PD Dr. med. Konrad Michel, Psychiatrische Poliklinik, Inselspital Bern Arbeitsgruppe Schulzentrum Längenstein, Spiez, D. Vorster, Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst des Kantons Luzern, R. Probst, Lehrer Kantonsschule Sursee | ExpertInnen |
| Schule | AG | „Ablauf Notfall- und Krisenmanagement“ | Departement Bildung, Kultur und Sport, Abteilung Volksschule | Internet |
| Schule | AG | „Suizidgefahr. Was kann ich tun? Leitfaden zur Suizidprävention für Lehrpersonen.“ | Suizid-Netz Aargau in Zusammenarbeit mit der Pädagogischen Hochschule Nordwestschweiz | Internet |
| Schule | BE | „Interventionen in Schulen nach einem Suizidereignis“ | Erziehungsberatung des Kantons Bern | Internet |
| Schule | NE | „Gestion de situations critiques à l'école“ | Département de l'éducation, de la culture et des sports de l'Etat | Internet |
| Schule | SG | „sicher!gesund!“ | Amt für Volksschulen, Amt für Soziales und Kantonspolizei | Internet |
| Schule | SZ | Musterordner „Krisenintervention“ | Interdepartementale Koordinationsgruppe Krisenintervention | Internet |
| Schule | UR | „Kantonales Konzept zur Bewältigung von Krisen an den Schulen des Kantons Uri“ | Bildungs- und Kulturdirektion | Internet |
| Schule | ZG | „Hinschauen und handeln. Leitfaden für Lehrpersonen zur Früherkennung und -intervention“ | Kantonsschule Menzingen (KSM) in Zusammenarbeit mit dem Schulpsychologischen Dienst und dem Gesundheitsamt des Kantons Zug | ExpertInnen |
| Schulen | ZH | Diverse Merkblätter für das Erkennen und Intervenieren in Krisensituationen | Bildungsdirektion | Internet |
| Diverse | FR | „Guides d'intervention pour professionnels – | Prévention Suicide Fribourg (PréSuiFri)/Suizid Prävention Freiburg | ExpertInnen |

| Setting | Kanton | Bezeichnung/Name | Träger | Quelle |
|--|--------|--|--|-------------|
| Wegleitungen für Fachleute“ | | | | |
| Unterstützungsangebote beim Krisenmanagement | | | | |
| Schulen | FR | „Soutien aux établissements scolaires dans la prise en charge des difficultés comportementales – Principes généraux de fonctionnement“ | Kanton Freiburg Service de l’enseignement obligatoire de langue française (SEnOF) und Amt für deutschsprachigen obligatorischen Unterricht (DOA) | ExpertInnen |
| Schulen | NE | Pour tous : en cas de situation critique ou traumatizante | Centre d’accompagnement et de prévention pour les professionnels des établissements scolaires (CAPPEs) | Internet |
| Schulen | SG | Interdisziplinäre Einsatzgruppe für Krisenintervention und psychologische/psychosoziale Begleitung | Schulpsychologischer Dienst St. Gallen | Internet |
| Schulen | VD | „Principes de collaboration et de communication dans l’intervention en faveur de mineurs en difficulté ou en danger dans leur développement“ | Service de protection de la jeunesse | Internet |
| Lehrmittel | | | | |
| Schulen | CH | „Zwischen Lebenslust- und Lebensfrust – Eine Unterrichts- und Interventionshilfe zur Suizidprävention“ | Fachhochschule Nordwestschweiz und Suizid-Netz Aargau | ExpertInnen |
| Peer-to-Peer-Angebote | | | | |
| Universität | ZH | Netzwerk Krise & Suizid | Psychologische Beratungsstelle der Universität Zürich und der ETH Zürich sowie der Personal- und Organisationsentwicklung der ETH Zürich | ExpertInnen |
| Universität Fachhochschule | GE | Sentinelle (geplant) | aiRe d’ados, Stop Suicide | ExpertInnen |
| Kirche | ZH | Fachstelle Kirche + Jugend | Reformierte Kirche Kanton Zürich | ExpertInnen |

Quelle: Experteninterviews und ergänzende Internetrecherche.

DA 3: Identifizierte Angebote an Telefon- und Onlineberatung

| Kanton | Anbieter | Nummer/URL | Zielgruppe | Medium | | | | Beratende | Erreichbarkeit | Quelle |
|-------------------------------|--|---|---|---------|-----|------|------|--------------|--|-------------|
| | | | | Telefon | SMS | Mail | Chat | | | |
| CH | Die Dargebotene Hand | 143 <www.143.ch> | Erwachsene | X | | X | X | Freiwillige | Tel: 24h Mail: 2 Tage Chat: Stundenplan | ExpertInnen |
| CH | Pro Juventute Schweiz | 147 <www.147.ch> | Kinder, Jugendliche | X | X | X | X | Fachpersonen | Tel: 24h SMS: 2 Tage Mail: 3 Tage Chat: Stundenplan | ExpertInnen |
| CH | Pro Juventute Schweiz | 058 261 61 61 <www.projuventute-elternberatung.ch> | Eltern | X | | X | | Fachpersonen | Tel: 24h Mail: 3 Tage | Internet |
| CH | Seelsorge.net (Reformierte und katholische Landeskirche) | 767 <www.seelsorge.net> | Alle | | X | X | | Fachpersonen | Keine Angaben | ExpertInnen |
| AG, BE GR, SG ZH, ZG | Verein Elternnotruf | 0848 35 45 55 <www.elternnotruf.ch> | Eltern, Fachleute | X | | X | | Fachpersonen | Tel: 24h Mail: 2 Tage | ExpertInnen |
| Ostschwei, BE (in Planung) | Verein Lebe! | <www.u25-ostschweiz.ch> | Suizidale Jugendliche, Angehörige, Hinterbliebene nach Suizid | | | X | | Freiwillige | Mail: 2 Tage | Internet |

| Kanton | Anbieter | Nummer/URL | Zielgruppe | Medium | | | | Beratende | Erreichbarkeit | Quelle |
|--------|--|--|---|---------|-----|------|------|--------------|--|-------------|
| | | | | Telefon | SMS | Mail | Chat | | | |
| F-CH | Association Telme | www.telme.ch | Jugendliche und Erwachsene | | | | X | Fachpersonen | Forum: schnellstmöglich Chat: nicht permanent | ExpertInnen |
| GE | Unité de Crise des Hôpitaux universitaires de Genève | HelpAdoLine 022 372 42 42 <preventionsuicide@hcuge.ch> | Kinder Jugendliche Fachpersonen | X | | X | | Fachpersonen | Tel: 24h | ExpertInnen |
| VS | Association Pars Pas | Ligne d'aide 027 321 21 21 <www.parspas.ch> | Menschen in Krisen | X | | X | | Freiwillige | Tel: 8h–20h an 7/7 | ExpertInnen |
| ZH | Jugendberatungsstelle Samowar Meilen/Horgen | 044 924 40 10 (Meilen) 044 723 18 18 (Horgen) <www.samowar.ch> | Jugendliche, Kontaktpersonen von Jugendlichen | | | | | Fachpersonen | Tel: Öffnungszeiten Mail: 3 Tage Chat: Montag, Freitag | Internet |
| CH | Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana | 0848 800 858 | Psychisch Erkrankte | X | | | | Fachpersonen | Tel: Öffnungszeiten | Internet |
| GE | Alliance contre la dépression genevoise | 022 305 45 45 | Menschen mit Depression oder ihre Angehörige | X | | | | Fachpersonen | Tel: 24h | Internet |

| Kanton | Anbieter | Nummer/URL | Zielgruppe | Medium | | | | Beratende | Erreichbarkeit | Quelle |
|----------------|---|---------------|-------------|---------|-----|------|------|--------------|------------------|----------|
| | | | | Telefon | SMS | Mail | Chat | | | |
| Deutschschweiz | Infoklick.ch, Kinder- und Jugendförderung Schweiz | www.tschau.ch | Jugendliche | | | | X | Fachpersonen | Forum: 3 Tage | Internet |

Quelle: Experteninterviews und ergänzende Internetrecherche.

DA 4: Identifizierte medizinische Notrufnummern

| Kanton | Name | Nummer | Kosten | Quelle |
|--------------------------------------|--|---------------|------------|-------------|
| Einheitliche Notrufnummern vorhanden | | | | |
| CH | Notruf 144 | 144 | Kostenlos | ExpertInnen |
| AG | Medphone Notfallarzt Aargau | 0900 401 501 | 3.23/Min. | Internet |
| AR | Ärztefon Appenzell Ausserrhoden | 0844 55 00 55 | Lokaltarif | Internet |
| BE | Medphone Notfallarzt Bern | 0900 57 67 47 | 1.98/Min. | Internet |
| BS/BL | Stiftung Medizinische Notrufzentrale Basel | 061 261 15 15 | Lokaltarif | ExpertInnen |
| GE | SOS Médecins Genève | 022 748 49 50 | Kostenlos | Internet |
| JU | Médecin de garde République et canton du Jura | 0800 300 033 | Kostenlos | Internet |
| LU | Medphone Notfallarzt Luzern | 0900 11 14 14 | 3.23/Min. | Internet |
| NE | Centre téléphonique des médecins de garde (CTMG) | 0848 134 134 | Lokaltarif | ExpertInnen |
| NW | Ärztlicher Notfalldienst Nidwalden | 041 610 81 61 | | Internet |
| OW | Ärztlicher Notfalldienst Obwalden | 041 660 33 77 | | Internet |
| SO | Kantonale Alarmzentrale Solothurn | 0848 112 112 | | Internet |
| UR | Ärztlicher Notfalldienst Uri | 041 870 03 03 | | Internet |
| VD | Centre téléphonique des médecins de garde (CTMG) | 0848 133 133 | Lokaltarif | ExpertInnen |

| Kanton | Name | Nummer | Kosten | Quelle |
|---------------------------------|--|--|-----------|----------|
| Mehrere Notrufnummern vorhanden | | | | |
| FR | Service médical de garde | 026 350 11 40 (Glâne, Gruyère, Saane, Veveyse) 026 418 35 35 (Sense) 0848 133 133 (Broye) 0900 670 600 (See) | | Internet |
| GL | Ärztlicher Notfalldienst Glarus | 0844 33 66 33 (Nord) 0844 44 66 44 (Glarus) 0844 55 66 55 (Süd) | | Internet |
| GR | Ärztlicher Notfalldienst Graubünden | 081 252 36 36 (Chur) 0900 003 003 (Davos) 081 410 25 22 (Klosters) 081 838 11 45 (Bergell) 081 833 14 14 (St. Moritz) 081 854 07 88 (Celerina/Pontresina/Zuoz) 081 839 11 00 (Puschlav) 081 864 12 12 (Scuol und Zernez) 081 861 81 11 (Samnaun) 081 851 61 00 (Münstertal) | | Internet |
| SG | Ärztlicher Notfalldienst St. Gallen, Abtwil, Engelburg, Kronbühl, Wittenbach | 0900 144 144 | Kostenlos | Internet |

| Kanton | Name | Nummer | Kosten | Quelle |
|---------------------------------|---------------------------------|---|--------|----------|
| Mehrere Notrufnummern vorhanden | | | | |
| SZ | Ärztlicher Notfalldienst Schwyz | 0840 61 61 61 (Region Küssnacht) 0840 71 71 71 (Region Arth-Goldau) 0840 31 31 31 (Region Schwyz) 0840 41 41 41 (Region Einsiedeln) 0840 81 81 81 (Region Höfe) 0840 51 51 51 (Region March) | | Internet |
| ZH | Notfallzentrale Stadt Zürich | 044 421 21 21 | | Internet |

Quelle: Experteninterviews und ergänzende Internetrecherche.

DA 5: Identifizierte Kriseninterventionszentren in der Schweiz

| Zielgruppe | Kanton | Name | 24h-Verfügbarkeit | Selbstzuweisung möglich | Max. Aufenthaltsdauer | Quelle |
|---|--------|---|-------------------|-------------------------|----------------------------------|-------------|
| Jugendliche und Erwachsene (ab 16) | AG | Kriseninterventions- und Triagezentrum, Psychiatrische Dienste Aargau AG | ✓ | ✓ | 10 Tage | ExpertInnen |
| Erwachsene | BE | Kriseninterventionszentrum (KIZ), Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie | ✓ | ✓ | 3 Wochen | ExpertInnen |
| Erwachsene | BE | Krisenintervention Münsingen (KIM), Psychiatriezentrum Münsingen (PZM) | ✗ | ✓ | 3 Wochen | ExpertInnen |
| Erwachsene | BS | Kriseninterventionsstation (KIS), Zentrum für Diagnostik und Krisenintervention Universitäre Psychiatrische Dienste Basel | ✓ | ✓ | 5 Tage | Internet |
| Erwachsene | SG | Krisenintervention (KIZ), Kantonale Psychiatrische Dienste Nord | ✓ | ✓ | k.A. | Internet |
| Erwachsene | SO | Kriseninterventionsstation Olten | ✗ | ✓ | 8 Tage | Internet |
| Erwachsene | ZH | Krisenintervention (KIZ) Psychiatrische Universitätsklinik Zürich | ✓ | ✓ | 5 Tage | ExpertInnen |
| Erwachsene | ZH | Kriseninterventionszentrum (KIZ) Winterthur, Integrierte Psychiatrie Winterthur | ✓ | ✓ | 7 Tage, bis 6 Wochen (Ausnahmen) | ExpertInnen |
| Erwachsene, teilweise Jugendliche und ältere Menschen | VD | Unité urgence et crise, Service de psychiatrie de liaison, CHUV | ✓ | ✓ | k.A. | Internet |

| Zielgruppe | Kanton | Name | 24h-Verfügbarkeit | Selbstzuweisung möglich | Max. Aufenthaltsdauer | Quelle |
|------------------------|--------|---|-------------------|-------------------------|--------------------------|-------------|
| Kinder und Jugendliche | BE | Notaufnahme für Kinder (Kindernotaufnahmegruppe Kinosh) und Jugendliche (Notaufnahmegruppe Jugendliche NAG) | ✓ | ✓ | 3 Monate | Internet |
| Jugendliche | GE | Unité de Crise, Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent Hôpitaux Universitaires de Genève | ✓ | k.A. | 1 Monat | ExpertInnen |
| Kinder und Jugendliche | SG | Schlupfhuus, Kinderschutzzentrum St. Gallen | ✓ | ✓ | 3 Monate | Internet |
| Kinder und Jugendliche | ZH | Verein Schlupfhuus | ✓ | ✓ | 3 Monate | ExpertInnen |
| Kinder und Jugendliche | ZH | Florhof Krisenintervention für Schulpflichtige | ✓ | ✗ | 3 Monate | Internet |
| Jugendliche | ZH | Riesbach Krisenintervention für Jugendliche | ✓ | ✗ | Zwischen 1 und 6 Monaten | Internet |

Quelle: Experteninterviews und ergänzende Internetrecherche.

DA 6: Identifizierte Care Teams in der Schweiz

| Kanton | Name | Aufbietende Stelle | Telefonnummer | Erreichbarkeit | Quelle |
|--------|---|-------------------------------|-------------------|---------------------------|-------------|
| CH | Stiftung CareLink | Nach Auftrag | 044 876 50 50 | 24h/365 Tage | Internet |
| AG | Care Team Aargau | Dargebotene Hand | 143 | 24h/365 Tage | Internet |
| AR/AI | Care Team AR/AI | Polizei/Zentrale Notrufnummer | 117/071 343 66 66 | 24h/365 Tage | Internet |
| BE | Care Team Kanton Bern | Sanitätsnotrufzentrale | 144 | 24h/365 Tage | Internet |
| BL | Care Team Basel-Landschaft | Kantonaler Krisenstab | 0800 800 112 | Nur im Notfall in Betrieb | Internet |
| FR | Equipe mobile d'urgences psychosociales (EMUPS) | Polizei | 144 | 24h/365 Tage | ExpertInnen |
| FR | Cellule „Accueil psychologique“ de l'Orcaf | Kantonspolizei | 117 | 24h/365 Tage | Internet |
| GE | Cellule d'Intervention AGPsy-Police Genève | Polizei | 117 | 24h/365 Tage | Internet |
| GR | Care Team GRISCHUN | Sanitätsnotrufzentrale | 144 | 24h/365 Tage | Internet |
| JU | AJUSTE, Porrentruy | Polizei, Spital, usw. | 117 | 24h/365 Tage | Internet |
| LU | Care Organisation Zentralschweiz | Rettungsdienst/Sanitätsnotruf | 041 205 11 44 | 24h/365 Tage | Internet |
| NE | Unité de débriefing Emotionnel Police (UDEP), Neuchâtel | Polizei | 032 889 90 00 | 24h/365 Tage | Internet |
| NW | Care Organisation Zentralschweiz | Kantonspolizei | 041 618 44 66 | 24h/365 Tage | Internet |
| OW | Care Organisation Zentralschweiz | Kantonspolizei | 041 666 65 00 | 24h/365 Tage | Internet |
| SG | Psychologische Erste Hilfe des Kantons St. Gallen | Sanitätsnotrufzentrale | 144 | 24h/365 Tage | Internet |
| SH | Notfallseelsorge Kanton Schaffhausen | Sanität/Polizei | 144/117 | 24h/365 Tage | Internet |
| SO | Care Team Kanton Solothurn | Polizei | 032 627 71 11 | 24h/365 Tage | Internet |

| Kanton | Name | Aufbietende Stelle | Telefonnummer | Erreichbarkeit | Quelle |
|--------|--|-------------------------------|---------------|----------------|----------|
| SZ | Care Organisation Zentralschweiz | Polizei/zentrale Notrufnummer | 041 811 12 12 | 24h/365 Tage | Internet |
| TG | Care Team Thurgau | Sanitätsnotrufzentrale | 144 | 24h/365 Tage | Internet |
| TI | Care Team Ticino | Polizei | 144 | 24h/365 Tage | Internet |
| UR | Care Organisation Zentralschweiz | Polizei | 041 874 53 53 | 24h/365 Tage | Internet |
| VD | Equipes psychologiques de la ville de Lausanne | Police de Lausanne | 021 315 15 15 | 24h/365 Tage | Internet |
| VD | Equipe de Soutien d'Urgence (ESU) Lausanne | Polizei | 117 | 24h/365 Tage | Internet |
| VS | Association Valaisanne des Psychologues d'Urgence (AVPU), Sion | Sanitätsnotrufzentrale | 144 | 24h/365 Tage | Internet |
| ZG | Care Organisation Zentralschweiz | Polizei | 041 728 41 60 | 24h/365 Tage | Internet |
| ZH | Notfallseelsorge Kanton Zürich (NFSZH) | Polizei/Sanität | 117/144 | 24h/365 Tage | Internet |

Quelle: Experteninterviews und ergänzende Internetrecherche.

DA 7: Identifizierte Selbsthilfegruppen für Hinterbliebene in der Schweiz

| Zielgruppe | Kanton(e) | Name | Träger | Quelle |
|---|-------------|--|------------------------------------|-------------|
| Hinterbliebene nach Suizid (Erwachsene) | BS/BE/LU/ZH | Refugium | Verein Refugium | ExpertInnen |
| Hinterbliebene Eltern nach Suizid | BE/BS/LU/ZH | Verein Regenbogen | Verein Regenbogen | ExpertInnen |
| Hinterbliebene nach Suizid | JU | Espace de parole autour de la problématique du suicide | Association Résiste | Internet |
| Betroffene von Suizid (Erwachsene) | NE | Le Groupe d'accueil | Palsons-en | Internet |
| Hinterbliebene nach Suizid | VS | Angehörigengruppe | Association Pars Pas | Internet |
| Hinterbliebene Kinder nach Suizid | BE/ZH | Nebelmeer – Perspektiven nach dem Suizid eines Elternteils | Kirche + Jugend | ExpertInnen |
| Hinterbliebene Geschwister nach Suizid | ZH | Lifewith | Verein Regenbogen | Internet |
| Hinterbliebene allgemein | VD/GE/NE | Café deuil/En deuil au coeur des fêtes | Association Vivre son Deuil Suisse | Internet |
| Hinterbliebene Familien | VD | Rencontres pour les familles en deuil | As'trame | Internet |

Quelle: Experteninterviews und ergänzende Internetrecherche.

DA 8: Identifizierte Angebote zur Medienschulung/-sensibilisierung in der Schweiz

| Kanton | Träger | Name | Beschreibung | Quelle |
|--------|---|---|--|-------------|
| GE | Stop Suicide | k.A. | Umfassendes Angebot zur Sensibilisierung der Medienschaffenden: - Medienrichtlinien - Sensibilisierung von Redaktionen/Ausbildungsstätten für Medienschaffende - Beratung bei der Ausarbeitung konkreter Berichte Medienbeobachtung und -analyse | ExpertInnen |
| CH | IPSILON in Zusammenarbeit mit PréSuiFri, Stop Suicide und ASICS | Medien und Suizid – ein Leitfaden für Medienschaffende (d+f) | Medienrichtlinien | ExpertInnen |
| BE | Berner Bündnis gegen Depression | Ist Suizid ansteckend? Empfehlungen zur Medienberichterstattung über Suizid | Medienrichtlinien | Internet |
| AG | Suizid-Netz Aargau | - | Liefert auf Anfrage Medientexte zum Thema Suizid | Internet |

Quelle: Experteninterviews und ergänzende Internetrecherche.

DA 9: Liste der befragten ExpertInnen

| Vorname und Name | Funktion und Organisation |
|--------------------------------|---|
| Prof. Dr. Med. Urs Hepp | Chefarzt Externer Psychiatrischer Dienst (EPD) der Psychiatrischen Dienste Aargau AG |
| Dr. Alfred Künzler | Leiter Koordinationsstelle, Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz |
| Barbara Meister | Vorstandsmitglied Forum für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich (FSSZ) Präsidentin DIE ALTERNATIVE Verein für umfassende Suchttherapie |
| Charles Baeriswyl | Vorstandsmitglied PréSuiFri Suizid Prävention Freiburg Chef des Bereichs „Zwischenmenschliche Beziehungen“ des Personalbereichs der Kantonspolizei Freiburg |
| Prof. Dr. med. Gabriela Stoppe | Gründerin und Leiterin der MentAge GmbH Professorin für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universität Basel |
| Osman Besic | Leiter Abteilung Gesundheit und Diversität, Departement Gesundheit und Integration, Schweizerisches Rotes Kreuz |
| Prof. Dr. med. Thomas Reisch | Ärztlicher Direktor im PZM Psychiatriezentrum Münsingen |
| Dr. med. Sebastian Haas | Stellvertretender ärztlicher Direktor und Leiter Kompetenzzentrum Burnout und Lebenskrise Privatklinik Hohenegg Vorstandsmitglied Forum für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich FSSZ |
| Dr. med. Hanspeter Walti | Amtsleiter und Chefarzt der ambulanten psychiatrischen Dienste im Kanton Zug |
| Dr. med. Josef Sachs | Chefarzt der Forensik der Psychiatrischen Dienste des Kanton Aargau |
| Dr. med. Martin Eichhorn | Facharzt für Psychiatrie/Psychotherapie |
| Franco Baumgartner | Geschäftsführer des Schweizer Verband Dargebotene Hand |
| Jörg Weisshaupt | Geschäftsführer der Fachstelle Kirche + Jugend der reformierten Kirche Zürich Vorstandsmitglied Forum für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich FSSZ |
| Nathalie Schmid Nichols | Verantwortliche des Centre d'études et de prévention du suicide (CEPS) |
| Sophie Lochet | Coordinatrice STOP SUICIDE |
| Irina Inostroza | Chargée de projet STOP SUICIDE |

Im Rahmen der Experteninterviews zur Bestandsaufnahme von Arbeitspaket 1 wurden gleichzeitig auch Fragen zu den übrigen Arbeitspaketen gestellt. Nachfolgend ist ersichtlich, wie die ExpertInnen die Situation in den Arbeitspaketen 2 bis 5 einschätzen und welche konkreten Projekte ihnen bekannt sind.

A3.1 SUIZIDPRÄVENTION DURCH GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION PSYCHISCHER KRANKHEITEN

Gemäss den befragten ExpertInnen hat sich die Sensibilisierung für psychische Krankheiten sowohl in der Öffentlichkeit als auch unter den Fachpersonen verbessert. Die Entstigmatisierung psychischer Krankheiten hat zugenommen. Sowohl in der Romanie als auch in der Deutschschweiz ist die Prävention psychischer Gesundheit auf kantonaler Ebene zu einem Handlungsfeld geworden. Bei Arbeitgebenden sind psychische Krankheiten und deren Bekämpfung ebenfalls stärker in den Fokus gerückt. Nachfolgend werden verschiedene von den ExpertInnen genannten Akteure und Aktivitäten genannt beschrieben, welche bei der Primärprävention von psychischen Krankheiten respektive von Suiziden ansetzen.

Organisationen

Für die Primärprävention von psychischen Krankheiten werden auf gesamtschweizerischer Ebene von den ExpertInnen die Organisation Pro Mente Sana oder das Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz als wichtig erachtet. Über die Internetseite <[www.http://miges-plus.ch](http://miges-plus.ch)> bietet das Schweizerische Rote Kreuz der Migrationsbevölkerung wichtige Informationsmaterialien über psychische Krankheiten. Auf kantonaler Ebene wurde die Organisation Pro Familie in Freiburg erwähnt. Sie informiert über psychische Krankheiten und deren Behandlung und setzt sich für Angehörige von Personen mit psychischen Krankheiten ein. Für die Primärprävention von Suiziden engagiert sich in der Westschweiz Stop Suicide. In der Deutschschweiz werden die Fachstelle Kirche + Jugend sowie das Forum für Suizidprävention und Suizidforschung in Zürich als wichtige Organisationen genannt, die viel Sensibilisierungsarbeit leisten. Ihre Informationsmaterialien werden gut genutzt.

Programme

Relevant für die Gesundheitsförderung und Prävention psychischer Krankheiten sind Programme wie die Bündnisse gegen Depression. Gleich mehrere ExpertInnen erachten diese als Good-Practice-Beispiele. Die Bündnisse leisten sowohl in der Öffentlichkeit (z.B. durch Veranstaltungen und Standaktionen) als auch bei Fachpersonen (z.B. HausärztInnen) wichtige Sensibilisierungsarbeit. Für die Förderung der psychischen Gesundheit von Jugendlichen in Betrieben wird das Projekt Companion von Gesundheitsförderung Schweiz als gutes Beispiel erwähnt.

Kampagnen

Mehrere ExpertInnen sind der Ansicht, dass grosse Sensibilisierungs- und Entstigmatisierungskampagnen für die Suizidprävention durch Gesundheitsförderung und Prävention psychischer Krankheiten eine wichtige Rolle spielen. In der Deutschschweiz wird als gutes Beispiel die überregionale Kampagne von Pro Mente Sana „Wie geht's dir“ erwähnt. Zudem werden in Zug („Psyche krank? – Kein Tabu!“) und Basel („Hinschauen statt wegsehen“) bereits Kampagnen durchgeführt. Die Kampagne in Zug legt den Fokus insbesondere auf den Arbeitsplatz während jene in Basel einen globalen Ansatz verfolgt. In der Romandie führt Stop Suicide die Kampagne „Je tiens à toi“ durch. Diese richtet sich an die gesamte Bevölkerung und fokussiert sich auf die Suizidprävention.

Unterrichtsmaterialien

Für die Sensibilisierung von Kindern und Jugendlichen ist das Setting Schule zentral. Lehrpersonen können im Unterricht das Thema psychische Gesundheit behandeln und über den Zusammenhang mit Suizid informieren. Die Bestandsaufnahme zeigt, dass es bereits Unterrichtsmaterial zur psychischen Gesundheit gibt. Für die Oberstufe wird das Projekt MindMatters von Radix erwähnt. Für die Unterstufe komme zum Teil das Lehrmittel „fit und stark“ zum Einsatz. Im Kanton Aargau gibt es das Lehrmittel „Lebenskompetenz entwickeln“. Auch die Bündnisse gegen Depression richten sich zum Teil mit Unterrichtsprojekten an Schulen, so etwa in Bern.

Kurse

Für die Zielgruppe der älteren Personen erachtet eine befragte Person die Pensionierungskurse der Pro Senectute als zentral. Über diese Kurse könne man viele Personen erreichen.

DA 10: Erwähnte Beispiele zu Arbeitspaket 2

| Titel | Art | Kanton(e) | Quelle |
|--|--------------|----------------------------------|-------------|
| Pro Mente Sana | Organisation | CH | ExpertInnen |
| Netzwerk psych. Gesundheit | Organisation | CH | ExpertInnen |
| Rotes Kreuz | Organisation | CH | ExpertInnen |
| Association Profamille Fribourg (APF) | Organisation | FR | ExpertInnen |
| Stop Suicide | Organisation | GE | ExpertInnen |
| Fachstelle Kirche + Jugend | Organisation | ZH | ExpertInnen |
| Forum für Suizidprävention und Suizidforschung | Organisation | ZH | ExpertInnen |
| Bündnis gegen Depression | Programm | AR/AI/BE/BS/GE/GR/LU/SO/SG/TG/ZG | ExpertInnen |
| Companion | Programm | D-CH | ExpertInnen |
| Wie geht's dir? | Kampagne | SZ/LU/ZH/BE | ExpertInnen |
| Je tiens à toi | Kampagne | F-CH | ExpertInnen |
| Psyche krank? Kein Tabu! | Kampagne | ZG | ExpertInnen |
| Hinschauen statt wegsehen! | Kampagne | BS | ExpertInnen |

| Titel | Art | Kanton(e) | Quelle |
|----------------------------|---------------------|-----------|-------------|
| MindMatters | Unterrichtsmaterial | D-CH | ExpertInnen |
| Fit und stark fürs Leben | Unterrichtsmaterial | D-CH | ExpertInnen |
| Lebenskompetenz entwickeln | Unterrichtsmaterial | AG | ExpertInnen |
| Pensionierungskurse | Kurse | CH | ExpertInnen |

Quelle: Expertengespräche.

Beurteilung der Situation im Bereich der Suizidprävention durch Gesundheitsförderung und Prävention psychischer Krankheiten

Verstärkte Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen und Suizid Sowohl bei psychischen Erkrankungen als auch bei Suizid ist nach Einschätzung mehrerer ExpertInnen die gesellschaftliche Stigmatisierung nach wie vor hoch. Bei psychischen Erkrankungen sei die Entstigmatisierung in Unternehmen von Bedeutung. Beim Suizid müsse in der Gesellschaft das Bewusstsein dafür geschärft werden, dass es sich nicht um einen Freitod, sondern um einen psychischen Unfall handle.⁴³ Entsprechend seien Suizide keine Privatsache, sondern ein Problem der öffentlichen Gesundheit.

Schweizweite Sensibilisierungskampagnen

Einzelne ExpertInnen sind der Ansicht, dass es schweizweite Kampagnen brauche. Einzelne Kantone hätte dafür nicht die Mittel oder müssten sich dafür zumindest koordinieren. Bei Kampagnen zum Thema psychische Gesundheit sei es wichtig, darauf hinzuweisen, dass Depressionen heilbar sind und man unbedingt Hilfe annehmen solle. Daneben seien aber auch spezifisch auf das Thema Suizid ausgerichtete Kampagnen wichtig – finden einzelne Befragte. Zahlreiche Personen würden sich entweder durch eigene Gedanken oder Erlebnisse vom Thema Suizid betroffen fühlen und sich durch eine solche Kampagne angesprochen fühlen.

Stärkere Bekanntmachung der vorhandenen Unterrichtsmaterialien und stärkere Thematisierung der Suizidthematik an Schulen

Es gibt zwar bereits einige Unterrichtsmaterialien zum Thema psychische Gesundheit. Sie werden jedoch nicht immer mit einer Weiterbildung für Lehrpersonen verbunden. Es wird angeregt, den Lehrpersonen bereits in der Ausbildung die bereits vorhandenen Unterrichtsmaterialien zum Thema psychische Gesundheit vorzustellen. Umstritten ist, ob man die Förderung der psychischen Gesundheit in der Schule in die allgemeine Gesundheitsförderung integrieren soll. Suizid wird im Unterricht nur noch selten themati-

⁴³ Ajdacic-Gross, Vladeta; Haas, Sebastian; Ita, Mark; Meister, Barbara; Ring, Mariann (2011): Suizidprävention im Kanton Zürich. Expertenbericht des Forums für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich zum Postulat KR.-Nr. 20/2008 zuhanden des Regierungsrates des Kantons Zürich, Seite 16: Wer einen Suizidversuch überlebt hat, wird in neun von zehn Fällen nicht durch vollendeten Suizid aus dem Leben schieden – ein Suizid ist, vereinfacht gesagt, das Ergebnis eines psychischen Unfalls. Suizide im Sinne von psychischen Unfällen ereignen sich vor dem Hintergrund von Krisensituation oder schweren chronischen Belastungen; besonders gefährdet sind somit impulsive Menschen (Kurzschluss-suizide in Krisensituationen) sowie Menschen mit belastenden psychischen Symptomen aufgrund einer Krise und mit psychischen Störungen. Die Suizidprävention funktioniert in Analogie zur Unfallprävention: verschiedene technische Massnahmen sowie Aufklärungs- und Ausbildungsmassnahmen gehen Hand in Hand.

siert, obwohl Jugendliche gut darüber sprechen können. Es braucht diesbezüglich eine Enttabuisierung. Mehrere ExpertInnen betonen, dass sich Massnahmen im Bereich psychische Gesundheit für Jugendliche auszahlen. Dabei seien insbesondere auch homo- und bisexuelle Jugendliche zu berücksichtigen.

A 3.2 SUIZIDPRÄVENTION DURCH EINGESCHRÄNKTEN ZUGANG ZU DEN MITTELN

Die ExpertInnen sind sich einig, dass die Einschränkung des Zugangs zu den Mitteln wichtig und deren Wirksamkeit ausreichend belegt ist. Man müsse Suizidimpulse in Krisen verhindern, denn Betroffene würden nicht einfach die Methode wechseln. Die Sensibilisierung über die Notwendigkeit der Einschränkung des Zugangs zu den Mitteln hat nach Auskunft einzelner befragter ExpertInnen in den letzten Jahren zugenommen. Nachfolgend wird die Situation in Bezug auf die unterschiedlichen Mittel dargelegt.

Waffen

Gleich mehrere ExpertInnen merken an, dass die Sensibilisierung über Schusswaffensuizide im Zuge der Schusswaffeninitiative und der Diskussion um die Aufbewahrung von Ordonanzwaffen zugenommen habe. Als gut wird beurteilt, dass die Munition nicht mehr zuhause aufbewahrt werden könne. Einzelne Kantone führen zudem gelegentlich freiwillige Abgabeaktionen für Waffen durch.

Brücken- und Gebäudesicherung

Die Sicherung von Brücken und Gebäuden ist einerseits für die Prävention von Stürzen wichtig. In Gebäuden müssen zudem Massnahmen zur Vorbeugung von Suiziden durch Erhängen getroffen werden. Die Brücken sind gemäss einzelnen ExpertInnen bereits an vielen Orten gesichert. Erwähnt wurden beispielsweise eine als Hotspot bekannte Brücke in Baden, mehrere Brücken im Kanton Zug, der Pont Bessièrè in Lausanne sowie zwei Brücken in der Stadt Freiburg. Im Kanton Bern wurde der Aktionsplan KIKOLO zur Sicherung der Kirchen-, Kornhaus- und Lorrainebrücken lanciert. In psychiatrischen Kliniken und Gefängnissen würden bereits gute Vorkehrungen gegen das Erhängen getroffen und das Personal sei für die Thematik sensibilisiert.

Eisenbahn

Die SBB ist in den letzten Jahren gemäss den ExpertInnen aktiver geworden, wenn es um die Sicherung des Schienennetzes geht. Sie führen zu dem Thema unter anderem Workshops durch. Dabei sind nicht nur bauliche Massnahmen ein Thema, sondern auch die Ausbildung der Securitrans, die Suizidwillige Personen frühzeitig erkennen und angemessen reagieren können sollen. Daneben wurden an verschiedenen Orten Tafeln mit der Nummer der Dargebotenen Hand angebracht. Auch die Kantone haben zum Teil Massnahmen getroffen. In Zug wurde etwa das Bahnnetz punktuell gesichert, wie etwa im Bereich von psychiatrischen Kliniken.

Medikamente

Als gute Beispiele für die Einschränkung des Zugangs zu Medikamenten wurden Hausbesuche von HausärztInnen genannt, die bei dieser Gelegenheit auch gleich den Medi-

kamentenschränk prüfen und abgelaufene Medikamente aussortieren. Zudem sei die Vordosierung von Medikamenten wichtig, welche teilweise von den Apotheken oder auch in der Pflege gemacht werde. Auch in den Schulen habe die Sensibilisierung zugenommen und man achte stärker auf die Sicherung von Hausapotheken und Giftschränken.

Beurteilung der Situation bezüglich Arbeitspaket 2

Allerdings seien die Anstrengungen in dem Bereich von Kanton zu Kanton sehr unterschiedlich und stark personenabhängig. Oft würde auch mit Verweis auf die fehlenden Mittel nichts unternommen. Die Zuständigkeiten zur Sicherung von Gebäuden, Brücken oder Schienen seien oft auch nicht klar. Insgesamt handle es sich dabei um ein multisektorales Thema, das von verschiedenen Akteuren getragen werden müsse.

Stärkere Einschränkung des Zugangs zu Schusswaffen

- *Einschränkung der Aufbewahrung von Armeewaffen zuhause:* Da die Hälfte aller Suizide durch Armeewaffen erfolgen, erachten die meisten befragten ExpertInnen die Aufbewahrung zuhause als problematisch. Es bräuchte mehr Abgabestellen sowie eine zuverlässige Erfassung von zu Hause aufbewahrten Armeewaffen.
- *Einfachere Beschlagnahmung von Waffen bei Fremdgewährung: Erweiterter Suizid:* Schusswaffen spielen gemäss einzelner ExpertInnen besonders bei erweiterten Suiziden eine wichtige Rolle. Deshalb müsse die Schwelle niedrig sein, um Waffen zu beschlagnahmen-
- *Prüfung des Waffenbesitzes bei psychisch labilen/suizidalen Personen:* Mehrere ExpertInnen betonen, dass bei psychisch labilen oder suizidalen Personen immer zuerst nach der Verfügbarkeit von Schusswaffen zu fragen sei.
- *Sensibilisierung von Armee/Polizei:* Einzelne ExpertInnen sehen die Armee und Polizei in der Pflicht, da deren Personal zu den Risikogruppen zählt.

Stärkere Sicherung von Hotspots an Eisenbahnlinien

Hotspots sichern: Mehrere ExpertInnen betonen, dass man nicht das ganze Schienennetz sichern könne, aber sehr wohl gewisse Hotspots. Viele Hotspots liegen gemäss Auskunft einer befragten Person in der Nähe von psychiatrischen Kliniken. Diese müssten gesichert werden. Dazu können nicht nur bauliche Massnahmen, sondern auch optische Barrieren (z.B. Büsche, Zäune) oder akustische und optische Signale (z.B. Flutlicht, Ton) dienen. Mit Bewegungsmeldern an Tunnelleingängen könnten auch Züge gestoppt werden.

Verstärkte Sensibilisierung und gesetzliche Grundlagen zur Brücken- und Gebäudesicherung

Eine Sensibilisierung über die Bedeutung der Brücken- und Gebäudesicherung für die Suizidpräventionen bei Entscheidungsträgern ist notwendig. Diese fürchteten sich oft vor teuren baulichen Massnahmen. Ihnen müsse daher gezeigt werden, dass auch kleinere bauliche Anpassungen für die Suizidprävention genügen würden. Fachpersonen müssten noch mehr für die gesellschaftlich stark tabuisierte Methode des Erhängens sensibilisiert werden und suizidale Personen auf die Verfügbarkeit eines Seils und Suizidabsichten ansprechen. Eine systematische Sicherung könne man zudem erreichen,

wenn man Bauvorschriften entsprechend anpasst. So sollten etwa bauliche Veränderungen bei psychiatrischen Kliniken geprüft werden.

Einschränkung bei der Verschreibung und Abgabe von Medikamenten sowie bessere Rücknahme von Medikamenten

- *Restriktivere Verschreibungspraxis:* Einzelne ExpertInnen empfehlen, dass Medikamente nur noch einzeln oder vordosiert in Kästchen abgegeben werden und nicht mehr in ganzen Packungen. Dazu braucht es zwischen den einzelnen Akteuren im Versorgungssystem, die eine Person betreuen eine gute Koordination. Ein weiteres Problem sehen einzelne ExpertInnen bei Paracetamol, welches gegenwärtig oft von Jugendlichen verwendet werde, um Suizidversuche zu begehen. Diese enden zwar oft nicht tödlich, können aber langfristige gesundheitliche Folgen haben. Auch solche – nicht unbedingt als gefährlich erachtete Medikamente – müssten in kleinen Dosen verabreicht werden.
- *Stärker kontrollierte Abgabe von Medikamenten an Gefangene:* Die Medikamentenabgabe stellt in Gefängnissen eine Risikosituation dar. Oft werden sie aufbewahrt und dann als Mittel zum Suizid genutzt. GefängnisärztInnen müssen in der Abgabe sparsam sein und die Einnahme kontrollieren. Die Kontrolle kann auch durch das Vollzugs- oder Krankenpflegepersonal geschehen, es muss aber entsprechend ausgebildet sein. Es braucht zwingend Richtlinien für die Medikamentenabgabe.
- *Bessere Rücknahme von Medikamenten aus Hausapotheke:* In Krisensituationen würden sich Personen der Mittel bedienen, die vorhanden sind. Hier spielt die Hausapotheke eine wichtige Rolle, vor allem auch bei älteren Menschen. Der Bestand in der Hausapotheke kann durch verbesserte Rücknahme- und Entsorgungssysteme verbessert werden.

A 3.3 PRÄVENTION/INTERVENTION VEREINSAMUNG

In der Bestandsaufnahme wurden insgesamt fünf Massnahmenkategorien identifiziert, die gegenwärtig zur Prävention von oder Intervention bei Vereinsamung dienen.

Programme

Auf gesamtschweizerischer Ebene wurde das Programm „Via“ von Gesundheitsförderung Schweiz als wichtiges Programm zur Prävention und Intervention bei Vereinsamung genannt. Der Kanton Zug leistet gemäss einer befragten Person gemeinsam mit der Pro Senectute im Rahmen des Programms „Gesund altern“ auch einen Beitrag dazu.

Treffpunkte

Einzelne ExpertInnen haben Treffpunkte genannt, die der Vereinsamung von älteren Menschen und MigrantInnen entgegen wirken können.

- *Ältere Menschen:* Das Café Balance in Basel bietet ein Bewegungskurs mit Kaffeekunde für SeniorInnen. Das Projekt „TAVOLATA“, das vom Migros Kulturprozent gemeinsam mit der Pädagogischen Hochschule angeboten wird, sorgt für

selbstorganisierte Tischrunden, wo ältere Menschen gemeinsam essen und diskutieren.

- *MigrantInnen*: Für Migrantinnen gibt es das Angebot femmesTISCHE, welches in vielen Kantonen Diskussionsgruppen zu verschiedenen Themen für Migrantinnen anbietet. Ein ähnliches Angebot hat die Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich mit dem Projekt „Väter für Väter“ lanciert.

Nachbarschaftshilfe

Freiwilligendienste leisten einen Beitrag zur Prävention der Vereinsamung, wie etwa der Fahrdienst des Roten Kreuzes für ältere Menschen, der schweizweit in zahlreichen Gemeinden angeboten wird. Auch Quartiervereine und Quartieranlässe hätten eine wichtige Rolle. Ebenfalls genannt wurde das Pilotprogramm „Va bene – besser leben zuhause“ in Zürich. Im Kanton Waadt führt die Pro Senectute das Projekt „quartiers solidaires“ durch, welches die Integration von älteren Menschen im Quartier durch die Stärkung sozialer Beziehungen fördern möchte.

DA 11: Erwähnte Beispiele zu Arbeitspaket 4

| Titel | Art | Kanton(e) | Quelle |
|---|---------------------|--|-------------|
| Projekt Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter | Programm | CH | ExpertInnen |
| Gesund altern | Programm | ZG | ExpertInnen |
| femmesTISCHE | Treffpunkt | AG/AR/BS/BE/GE/LU/ NW/OW/SG/SO/SZ/TG / UR/VD/VS/ZG/ZH | ExpertInnen |
| TAVOLATA – bringt Menschen zusammen | Treffpunkt | AG/BE/BS/BL/GR/JU/L U/NE/NW/OW/SG/SH/ SZ/TG/TI/UR/ZG/ZH | ExpertInnen |
| Café Yucca | Treffpunkt | ZH | ExpertInnen |
| Café Balance | Treffpunkt | BS | ExpertInnen |
| Väter für Väter | Treffpunkt | Stadt Zürich | ExpertInnen |
| Fahrdienst, Besuchs- und Begleitdienst, Rotes Kreuz | Nachbarschaftshilfe | CH | ExpertInnen |
| Va bene – Besser leben zuhause | Nachbarschaftshilfe | ZH | ExpertInnen |
| Quartiers solidaires | Nachbarschaftshilfe | VD | Internet |

Quelle: Expertengespräche.

Beurteilung der Situation im Bereich Prävention/Intervention Vereinsamung

Mehrere ExpertInnen betonen, dass der Fokus auf Vereinsamung im geplanten Aktionsplan wichtig sei. Es gebe allerdings viele Anknüpfungspunkte zur Gesundheitsförderung und Prävention psychischer Krankheiten sowie zu niederschweligen Hilfsangeboten.

Mögliche Interventionen zur Prävention der Vereinsamung

In England würden unter dem Begriff „Befriending“ gezielt Freundschaften gefördert und könnte auch in der Schweiz verbreitet werden. Weiter wird auch eine gute gesellschaftliche Durchmischung zur Prävention der Vereinsamung als wichtig erachtet. Das könne man etwa durch städtebauliche Massnahmen, indem man mehr Gemeinschaftsräume schafft oder altersdurchmischte Wohnprojekte fördert.

Mangelnde Angebote für bestimmte Zielgruppen

- *Kinder und Jugendliche:* Bei Kindern und Jugendlichen gebe es ein Aufholbedarf bei Angeboten, welche sich an vernachlässigte Kinder richten.
- *Ältere Menschen:* Die Zunahme von assistierten Suiziden bei älteren Menschen in Zusammenhang mit sozialer Isolation beobachten einige befragten ExpertInnen mit Sorge. Massnahmen für diese Zielgruppe werden aus diesem Grund als sehr wichtig erachtet. Die Pensionierung stellt für viele Personen einen starken Einschnitt dar. Es wird daher angeregt, dass der Ausstieg aus dem Beruf weniger abrupt gestaltet und das Pensum kontinuierlich reduziert wird.
- *Psychisch Kranke:* Personen mit psychischen Störungen werden oft ausgegrenzt oder ziehen sich aufgrund ihrer Krankheit zurück. Dieser Ausgrenzung müsse man entgegenwirken, die Desintegration verhindern und die Integration fördern. Politische Anreize könnten hier sicherlich helfen. Man müsse möglichst früh damit beginnen, Arbeitsplätze zu erhalten, etwa durch Case Management. Auch die Angehörigen von psychisch Kranken müssten aufgeklärt werden über den Krankheitsverlauf, die Bedürfnisse der Betroffenen und möglichen Massnahmen.

A 3.4 FORSCHUNG UND MONITORING

Forschung: Im Bereich der Suizidprävention existiert keine schweizweite Forschungsinfrastruktur. Es sind eher punktuelle Initiativen einzelner Forschenden auszumachen. In den Gesprächen wurden Vladeta Ajdacic-Gross vom Forum für Suizidprävention und Suizidforschung in Zürich, Dolores Angela Castelli Dransart von der Hochschule für Soziale Arbeit in Freiburg oder auch Konrad Michel, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie genannt.

Monitoring: Das Bundesamt für Statistik erfasst Daten zu den Suiziden unterschieden nach Altersgruppen und Suizidmitteln. Im Kanton Zug gibt es nach Auskunft einer befragten Person ein Suizidmonitoring. Dieses erfasst seit 1991 jeden Suizid mit Angaben zu Mitteln sowie zu sozioökonomischen Faktoren. Die Daten werden laufend aktualisiert und sollen in den nächsten Jahren evaluiert werden. Zudem ist auch in Zürich im Rahmen des Schwerpunktprogramms für Suizidprävention ein Monitoring der Hotspots geplant.

Beurteilung der Situation im Bereich Forschung und Monitoring

Fehlende schweizweite Forschungsstruktur

Dass keine schweizweite Forschungsstruktur existiert, wird von einzelnen ExpertInnen bemängelt. Die im Feld aktiven Forschenden müssten ihre Forschungsarbeiten stärker koordinieren und den Wissenstransfer von der Forschung in die Praxis – zum Beispiel

im Rahmen von Multiplikatoren-Schulungen – und in die Politik sicherstellen. Dafür fehle in jedoch die Zeit und die Mittel. Die Aufwände für Koordination und Wissenstransfer werden durch die Forschungsgelder nicht gedeckt.

Mangelnde epidemiologische Daten

Nach Einschätzung einzelner befragter ExpertInnen brauche es eine umfassende epidemiologische Datenbank. Die bis anhin vom Bundesamt für Statistik gesammelten Daten seien unzureichend. Nach Auskunft der befragten ExpertInnen fehlen insbesondere detailliertere epidemiologische Daten zu Suizidversuchen und Schutz- respektive Risikofaktoren.

- *Suizidversuche:* Bis anhin stützen sich die Zahlen zu den Suizidversuchen auf Schätzungen. Das Monitoring von Suizidversuchen ist sehr schwierig, da diese im Gegensatz zu Suizidfällen nicht meldepflichtig und auch nicht Gegenstand der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) sind. Zudem ist die Abgrenzung von Selbstverletzung und Suizidversuchen nicht ganz trivial. Es werden auch nicht alle Personen nach einem Suizidversuch – insbesondere Jugendliche – im Gesundheitswesen behandelt. Einzelne ExpertInnen schlagen daher vor, in die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) eine Frage zu Suizidgedanken und Suizidversuchen zu integrieren. Dies würde es erlauben, eine Verbindung zu sozioökonomischen Daten herzustellen und so Risikogruppen besser zu bestimmen.
- *Schutz- und Risikofaktoren:* Einzelne ExpertInnen finden, dass Risiko- und Schutzfaktoren noch stärker untersucht werden müssten, um Interventionen möglichst wirkungsorientiert gestalten zu können. Viele suizidale Personen schreiten nicht zur Tat. Die Schutzfaktoren sind aber nicht bekannt. Neben psychologischen sollten auch sozialen Risikofaktoren untersucht werden. Dazu zählen spezielle familiäre Konstellationen, Zäsuren im Leben oder der soziale Rückzug. Die Bestimmung von Schutz- und Risikofaktoren sollte aber nach Ansicht einzelner befragten ExpertInnen nicht lediglich gestützt auf epidemiologischen Daten erfolgen, sondern auch qualitative Daten miteinbeziehen.

Mangelnde Begleitforschung

Die Überprüfung der Wirksamkeit der im Rahmen des Aktionsplans Suizidprävention geplanter Massnahmen erachten mehrere befragte ExpertInnen als zentral. Dazu gehöre auch die Beurteilung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses der Massnahmen, damit die begrenzten Mittel möglichst effizient eingesetzt werden können. Uneinig sind sich die ExpertInnen allerdings hinsichtlich der Methoden, die hier zur Anwendung kommen sollen. Während einige eher für standardisierte Erhebungsmethoden plädieren, erachten andere qualitative Vorgehensweisen als geeigneter.

Wissenslücken bezüglich der Situation bestimmter Zielgruppen

- *Jugendliche:* Es ist weitgehend unerforscht, wie Jugendliche und insbesondere junge Männer erreicht werden können, welche bei einer Krise oder nach einem Suizidversuch kein Beratungs- oder Behandlungsangebot beanspruchen.
- *Männer:* Gemäss den befragten ExpertInnen bestehen zwar Daten zu Unterschieden zwischen den Geschlechtern bezüglich verwendeter Mittel als auch der Anzahl

erfolgreicher Suizide. Es sei jedoch unklar, wie diese Unterschiede zwischen den Geschlechtern in der Suizidprävention berücksichtigt werden müssten.

- *MigrantInnen:* Bei MigrantInnen zeigen sich Wissenslücken im Bereich der psychischen Gesundheit, dem Suizidrisiko bei Flüchtlingen und jungen MigrantInnen sowie bei der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung. Im Rahmen des Gesundheitsmonitorings werde zwar auch die Migrationsbevölkerung betrachtet. Es würden aber nur quantitative Daten erhoben. Es würde jedoch mehr qualitative Daten zur Versorgungsqualität wie etwa der Arzt-Patient-Beziehung brauchen.
- *Hinterbliebene:* Mehrere ExpertInnen betonen, dass der Forschungsstand im Bereich der Postvention sehr dürftig sei. Dies obwohl Hinterbliebene ein deutlich höheres Suizidrisiko aufweisen. Es sei unklar, welche Massnahmen getroffen werden können, um Familien und Nahestehenden zu helfen.

Fehlende Kenntnisse zur Wirksamkeit der sekundären Suizidprävention im nicht-medizinischen und medizinischen Setting

Mit Ausnahme der Telefonberatung fehle es bei Angeboten in diesem Bereich an empirischen Daten zur Wirksamkeit der Angebote. Im Bereich der sekundären Suizidprävention im nicht-medizinischen Setting würden oft keine Bedarfsanalysen darüber durchgeführt, welche Art von Hilfe die Betroffenen benötigen. Auch würden Daten zur Inanspruchnahme dieser Angebote fehlen (z.B. Internetberatung). Im Bereich der sekundären Suizidprävention im medizinischen Setting brauche es Untersuchungen zu den Behandlungspfaden. So sei es unklar, wie gut etwa HausärztInnen ihre Triagefunktion wahrnehmen und depressive oder suizidale PatientInnen an Spezialisten weiterweisen. Sowohl im Inland als auch im Ausland gibt es keine Informationen darüber, welche Behandlungspläne sich für die Nachbetreuung nach einem Suizid eignen.

Mangelnde Kenntnisse über die Wirksamkeit von Sensibilisierungskampagnen und Primärprävention in Schulen

Im Bereich der Suizidprävention durch Gesundheitsförderung und Prävention psychischer Krankheiten sei wenig über die Wirksamkeit der von Sensibilisierungskampagnen bekannt.⁴⁴ Einzelne ExpertInnen betonen zudem, dass es eine Analyse der einschlägigen Literatur zur Suizidprävention an den Schulen brauche.⁴⁵

Notwendige Begleitforschung bei Massnahmen zur Einschränkung des Zugangs zu den Mitteln

Begleitevaluation der Massnahmen zur Einschränkung des Zugangs zu den Mitteln wird als wichtig erachtet. Mehrere ExpertInnen erachten es als wichtig, dass der Zusammenhang zwischen der zunehmenden Zahl an Eisenbahnsuiziden und der Durchsage „Personenunfall“ in den Zügen näher betrachtet werde.

⁴⁴ In Schottland wurden die grossen Sensibilisierungskampagnen zur Suizidprävention regelmässig evaluiert.

⁴⁵ Im Kantons Waadt wurde eine solche Literaturanalyse durchgeführt. Im Bericht wird empfohlen, dass in Schulen einerseits Programme zur Unterstützung des Zusammenlebens gefördert werden sollen und andererseits die nicht pädagogischen Fachpersonen an Schulen darin geschult werden, wie sie Jugendliche in Krisen erkennen (vgl. Duperrex, Olivier; Durnat, Christine; Richard, Céline [2012]: Prévention du suicide des jeunes dans le canton de Vaud. Dossier technique pour la réponse au postulat Dévaud. Unité de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire, S. 29).

Fehlende Kenntnisse über wirksame Massnahmen gegen die Vereinsamung

Eine befragte Person verweist auf den Bericht „Best Practice für psychische Gesundheit im Alter“ von Gesundheitsförderung Schweiz. Darin sei ersichtlich, dass von jenen Projekten, die in der Schweiz in Bezug auf die Verhinderung von Vereinsamung bei älteren Personen durchgeführt würden, nicht evidenzbasiert seien.

A4 LÄNDERPORTRAITS

Im Anhang A4 werden die Suizidstrategien in vier Ländern beschrieben. Dazu wird zuerst das methodische Vorgehen beschrieben (vgl. Abschnitt A4.1). Danach werden die wichtigsten Erkenntnisse aus den vier Länderportraits zu Strukturen und Prozessen (vgl. Abschnitt A4.2), zu inhaltlichen Schwerpunkten (vgl. Abschnitt A4.3) sowie zu Wirkungen und Evaluation (vgl. Abschnitt A4.4) zusammengefasst. Schliesslich folgen die detaillierten Portraits zu Deutschland (vgl. Abschnitt A4.5), Österreich (vgl. Abschnitt A4.6), Frankreich (vgl. Abschnitt A4.7) und Schottland (vgl. Abschnitt A4.8).

A4.1 METHODISCHES VORGEHEN

Ziel der Portraits zu den Suizidpräventionsstrategien in vier Ländern ist es, Good Practice zu identifizieren, welche für den Schweizer Aktionsplan Suizidprävention von Interesse sein könnten. Dazu sollten folgende drei Fragen beantwortet werden:

- Welche Strukturen und Prozesse bestehen auf schweizerischer und regionaler Ebene für die Umsetzung der Suizidpräventionsstrategie in den untersuchten Ländern und was kann die Schweiz daraus lernen?
- Welche inhaltlichen Schwerpunkte wurden in den vier Suizidpräventionsstrategien gesetzt und was kann die Schweiz daraus lernen?
- Wie sind Wirkungen und Wirkungsmessung in den vier Ländern zu beurteilen und was kann die Schweiz daraus lernen?

Um diese Fragen zu beantworten, wurden zuerst vier Länder bestimmt. Ausgewählt wurden mit Schottland und Frankreich zwei Länder, die eine lange nationale Suizidpräventionstradition haben. Andererseits wurden die Suizidpräventionsstrategien von Österreich und Deutschland untersucht, welche ein mit der Schweiz vergleichbares Politik- und Gesundheitssystem haben. Danach wurden die relevanten Dokumente zu den Suizidpräventionsstrategien der vier Länder gesichtet und die Informationen darin zu vier Portraits verdichtet. Diese Portraits wurden schliesslich gemeinsam mit den in den vier Ländern für die Suizidprävention verantwortlichen Personen validiert.

A4.2 ERKENNTNISSE ZU STRUKTUREN UND PROZESSEN IN DEN VIER LÄNDERN

In diesem Abschnitt werden zuerst die Strukturen auf nationaler Ebene (A4.2.1) und danach die Prozesse der Zusammenarbeit zwischen nationalen und regionalen Akteuren beschrieben (A4.2.2).

A4.2.1 STRUKTUREN

Nachfolgend werden zuerst die strategischen und operativen Organe und danach die Ressourcen der Suizidpräventionsstrategien in den vier Ländern beschrieben.

Strategisches Organ

In allen vier untersuchten Ländern gibt es ein nationales strategisches Organ, welches mit Steuerungsaufgaben betraut ist (vgl. Darstellung DA 12). In Deutschland und Frankreich trifft sich das strategische Organ einmal und in Österreich und Schottland viermal jährlich. In den strategischen Organen haben in allen Ländern mehrere Ministerien auf nationaler Ebene aus den Bereichen Gesundheit, Bildung, Inneres respektive Soziales, Verteidigung und Justiz Einsitz. Der Einbezug des Justizministeriums erfolgt in Zusammenhang mit der Suizidprävention in Gefängnissen. In Frankreich sind mit sieben am meisten Ministerien im strategischen Organ der Suizidpräventionsstrategie vertreten. Eine wichtige Rolle spielt insbesondere das französische Ministerium für Landwirtschaft. Weiter sind mit Ausnahme von Schottland regionale Organisationen wie die Bundesländer in Deutschland und Österreich sowie die regionalen Gesundheitsagenturen in Frankreich im strategischen Organ vertreten. In allen Ländern werden zudem Organisationen von Betroffenen und Angehörigen oder in der Suizidprävention engagierten Freiwilligenorganisationen einbezogen. Mit rund 80 Organisationen sind in Deutschland am meisten Akteure im strategischen Organ vertreten. Dazu zählen Sozialpartner, Krankenversicherer, Kirchen, Fach- und Berufsverbände.

DA 12: Zusammensetzung strategische Organe

| | GER | AUT | FRA | SCO |
|--|-----|-----|-----|-----|
| Nationale Ministerien | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Gesundheit | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Bildung | | ✓ | ✓ | |
| Inneres, Soziales | ✓ | ✓ | ✓ | |
| Verteidigung | ✓ | ✓ | | |
| Justiz, Gefängnis | | | ✓ | ✓ |
| Weitere | | | ✓ | |
| Regionale Organisationen | ✓ | ✓ | ✓ | |
| Betroffene, Angehörige, Selbsthilfegruppen | ✓ | ✓ | | |
| Freiwilligenorganisationen | | ✓ | ✓ | ✓ |
| Weitere (Parlamentarische Ausschüsse, Sozialpartner, Krankenversicherer, Kirchen, Fach- und Berufsverbände) | ✓ | | | |

Legende: GER = Deutschland, AUT = Österreich, FRA = Frankreich, SCO = Schottland.

Alle befragten Verantwortlichen für die Suizidpräventionsstrategie in den vier Ländern betonen, dass bei der Suizidprävention eine interministerielle, intersektorielle und interdisziplinäre Ausrichtung von Bedeutung sei. Es sei darum entscheidend alle relevanten Akteure in die Strategie einzubinden. Neben der Vertretung von nationalen Ministerien sei auch der Einbezug von Akteuren an der Basis wichtig.

Operatives Organ

Alle vier untersuchten Suizidpräventionsstrategien verfügen über ein operatives Organ (vgl. Darstellung DA 13). In Frankreich ist die Sonderbeauftragte für Suizidprävention und in Schottland das Programmteam von Choose Life im Gesundheitsministerium angesiedelt. In Österreich wurde für die Suizidpräventionsstrategie eine Kontaktstelle

bei der Gesundheit Österreich GmbH geschaffen. Dieses nationalen Forschungs- und Planungsinstitut für das Gesundheitswesen hat als Alleingesellschafter den Bund, vertreten durch den Bundesminister für Gesundheit (BMG).⁴⁶ In Deutschland stellt ein ehrenamtliches Gremium das operative Organ.

Die operativen Organe haben relativ ähnliche Aufgaben. Sie unterstützen die strategischen Organe, koordinieren die Programme, stellen die Berichterstattung über die laufenden Aktivitäten und die Vernetzung der Akteure sicher. In Österreich entwickelt das operative Organ zusätzlich Unterlagen für die Multiplikatoren-Schulungen und in Schottland stellt das Programmteam die Qualität dieser Schulungen sicher. In Schottland ist das Programmteam zudem massgeblich in die Erarbeitung von Sensibilisierungskampagnen für Medienschaffende sowie die breite Bevölkerung involviert. Weiter überwacht das schottische Programmteam die Erarbeitung von wissenschaftlichen Grundlagen.

DA 13: Anbindung und Aufgaben der operativen Organe

| | GER | AUT | FRA | SCO |
|---|-----|-----|-----|-----|
| Anbindung | | | | |
| Gesundheitsministerium | | | ✓ | ✓ |
| GmbH im Besitz des Bundes | | ✓ | | |
| Ehrenamtliches Gremium | ✓ | | | |
| Aufgaben | | | | |
| Strategisches Organ unterstützen | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Programm koordinieren | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Berichterstattung sicherstellen | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Vernetzung Akteure sicherstellen | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Multiplikatoren-Schulungen sicherstellen | | ✓ | | ✓ |
| Sensibilisierungskampagnen Medienschaffende und breite Bevölkerung erarbeiten | | | | ✓ |
| Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen beauftragen | | | | ✓ |

Legende: GER = Deutschland, AUT = Österreich, FRA = Frankreich, SCO = Schottland.

Alle befragten Verantwortlichen der Suizidpräventionsstrategien in den vier Ländern sind der Ansicht, dass ein operatives Organ unabdingbar ist. Gerade in föderal organisierten Ländern sei eine Koordination der unterschiedlichen Aktivitäten auf Länderebene wichtig. Sowohl in Österreich als auch in Deutschland habe sich ein operatives Organ ausserhalb des Gesundheitsministeriums bewährt, weil dadurch die Steuerung weniger top-down, sondern mehr bottom-up erfolgt. Es sei jedoch wichtig, dass auch im Gesundheitsministerium eine Anlaufstelle für die Suizidprävention bestünde. Dadurch würde der Austausch erleichtert und Synergien innerhalb des Ministeriums könnten besser genutzt werden. In Frankreich wurde hervorgehoben, dass die Programmkoordination erleichtert wird, wenn in der Strategie nicht nur eine Stossrichtung, sondern eine detaillierte Beschreibung der einzelnen Massnahmen inklusive Zuständigkeiten und Zeitplan vorgegeben wird.

⁴⁶ Die Gesundheit Österreich GmbH entspricht von ihrem Aufgabenspektrum her einer Mischung zwischen OBSAN und Gesundheitsförderung Schweiz.

Ressourcen

Über die Gesamtinvestitionen in die Suizidpräventionsstrategie liegen in den vier Ländern keine Angaben vor. Die personellen Ressourcen für das operative Organ auf nationaler Ebene konnten allerdings bestimmt werden (vgl. Darstellung DA 14). Für das operative Organ werden zwischen 0 Stellenprozent in Deutschland und 300 Stellenprozent in Schottland eingesetzt. In allen vier untersuchten Ländern setzen die beteiligten Akteure zudem im Rahmen ihrer Pflichtenhefte zeitliche Ressourcen für die Suizidpräventionsstrategie zur Verfügung. In Deutschland werden die Mitglieder der Arbeitsgruppen oft von ihren Arbeitgebenden freigestellt. In Frankreich stammt ein bedeutender Anteil der Massnahmen aus anderen Bereichen der öffentlichen Gesundheit und wird von den zuständigen Stellen finanziert. Während der Bund in Deutschland und Österreich den Ländern keine Mittel für die Suizidprävention zur Verfügung stellt, stellen die Zentralregierungen in Frankreich und Schottland den regionalen Regierungen Mittel zur Verfügung. In Frankreich erhalten die regionalen Gesundheitsagenturen Mittel für die Prävention, über welche sie frei verfügen und beispielsweise auch in die Sucht- statt in die Suizidprävention einsetzen können. Auch in Schottland können die Regionalregierungen frei über die Mittel entscheiden. Es werden etwa ein Viertel des schottischen Budgets für die Suizidprävention auf nationaler und drei Viertel auf regionaler Ebene ausgegeben. Frankreich stellt zudem jährlich 200'000 Euro für die Suizidpräventionsvereine zur Verfügung und in Österreich können in einem Fonds Fördergelder für Suizidpräventionsprojekte beantragt werden.

DA 14: Übersicht Ressourcen

| | GER | AUT | FRA | SCO |
|---|-----|-----|------|------|
| Stellenprozent operatives Organ | 0% | 50% | 100% | 300% |
| Weitere Ressourcen: | | | | |
| Zeitliche Ressourcen der beteiligten Akteure | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Mittel der Zentralregierung für die Regionen | | | ✓ | ✓ |
| Mittel für Aktivitäten der Suizidpräventionsvereine | | | ✓ | |
| Fördergelder für Suizidpräventionsprojekte | | ✓ | | |

Legende: GER = Deutschland, AUT = Österreich, FRAU = Frankreich, SCO = Schottland.

Von den befragten Verantwortlichen in Deutschland und Frankreich werden die in die Suizidprävention investierten Mittel als ungenügend erachtet und in Schottland wird die Bedeutung des grossen finanziellen Engagements für die Suizidprävention unterstrichen. Ohne ein solches Engagement ist aus Sicht der drei befragten Personen die Koordination und Nachhaltigkeit der Suizidpräventionsaktivitäten nicht zu gewährleisten.

A 4.2.2 PROZESSE

Bei der Koordination der Suizidpräventionsaktivitäten lassen sich in den untersuchten Suizidpräventionsstrategien vier Koordinationsmechanismen zwischen nationalen und regionalen Akteuren unterscheiden.

- *Gemischt:* In Deutschland gibt es keine separaten Suizidpräventionsaktivitäten auf Bund- oder Länderebene. Bund und einzelne Länder haben aber in den Arbeitsgruppen der Strategie Einsitz, wenn sie das Thema interessiert. Sie sind also gemeinsam in die Entwicklung und Umsetzung von Aktivitäten involviert.

- *Bottom-up*: In Österreich wurden möglichst viele bereits bestehende Massnahmen in den Bundesländern in der Strategie aufgegriffen. Die Bundesländer sind zudem in der Erarbeitung der Strategie sowie des Umsetzungskonzeptes involviert. Die Aktivitäten in den Bundesländern beeinflussen die Strategie – bottom-up – massgeblich.
- *Parallel*: In Frankreich besteht einerseits auf nationaler Ebene eine detaillierte Strategie, welche mehrere nationale Ministerien und staatlichen Stellen einbindet. Andererseits bestimmen die regionalen Gesundheitsagenturen völlig autonom, welche Aktivitäten sie in den Bereichen Suizidprävention umsetzen und welche Ressourcen sie dafür aufwenden möchten. Eine Koordination der Aktivitäten auf nationaler und regionaler Ebene erfolgt einerseits über Ziel- und Mittelvereinbarungen und andererseits über jährliche Austauschtreffen. Die nationale Sonderbeauftragte für Suizidprävention hat jedoch weder die Zeit noch die Kompetenzen für eine enge Begleitung der regionalen Gesundheitsagenturen. Eine effiziente nationale Steuerung wird zudem dadurch erschwert, dass in den Ziel- und Mittelvereinbarungen lediglich eine Senkung der Suizidrate vorgegeben ist und keine Ziele zu den umgesetzten Massnahmen. Aus diesen Gründen entwickeln sich die Suizidpräventionsaktivitäten auf nationaler und regionaler Ebene relativ parallel.
- *Top-down*: Auch in Schottland wurde das Programm auf nationaler Ebene entwickelt und die Regionen sind – wie in Frankreich – autonom bei der Bestimmung der Aktivitäten und der Mittelverwendung. In Schottland gibt es aber eine stärkere Top-down-Steuerung. So sind die Regionen verpflichtet, regionale Aktionspläne zu erstellen und dem nationalen Programmteam regelmässig über den Fortschritt bei der Umsetzung Bericht zu erstatten. Sie müssen auch einzelne Vorgaben erfüllen, wie die Schulung von 50 Prozent des Gesundheitspersonals am Empfang. Das Programmteam begleitet die Regionen zudem relativ eng, indem es die Verantwortlichen bei Bedarf berät und den Regionen Anleitungen zur Verfügung stellt. So stellt das Programmteam beispielsweise Planungsinstrumente für die Erarbeitung von regionalen Aktionsplänen zur Verfügung.⁴⁷

DA 15: Koordination nationale und regionale Ebene

| | GER | AUT | FRA | SCO |
|--------------|-----------------|---|---|---|
| Koordination | Gemischt | Bottom-up | Parallel | Top-down |
| Instrumente | - Arbeitsgruppe | - Bestehende Aktivitäten als Grundlage für Strategie - Einsitz Länderverantwortlichen in strategischem Organ | - Ziel- und Mittelvereinbarungen - Jährliches Austauschtreffen | - Regionale Aktionspläne - Berichterstattung - Einzelne Vorgaben - Begleitung - Anleitungen |

Legende: GER = Deutschland, AUT = Österreich, FRAU = Frankreich, SCO = Schottland.

⁴⁷ <<http://www.chooselife.net/Publications/publication.aspx?id=74>>, Zugriff am 26.3.2015.

Die befragten Verantwortlichen in Deutschland und Österreich erachten es als Erfolg, dass ihre Strategien auf bestehenden Strukturen aufbauen und alle relevanten Akteure einbinden. Dadurch können Synergien genutzt und die Akzeptanz der Strategie gestärkt werden. Die Verantwortlichen in Frankreich und Schottland haben sich zudem zu verschiedenen Steuerungs- und Qualitätssicherungsinstrumenten geäußert:

- *Zielvorgaben:* In Schottland wird es als wichtig erachtet, dass es künftig auf nationaler Ebene gemeinsame Ziele zu kurz- und mittelfristigen Wirkungen bei Multiplikatoren und Zielgruppen gibt (Outcomes), an denen sich die Regionen orientieren können und ihre Zielerreichung überprüfen können. In Frankreich sind Überlegungen im Gange, künftig in den Ziel- und Mittelvereinbarungen nicht mehr die Senkung der Suizidrate, sondern Zwischenziele abgeleitet von den umgesetzten Massnahmen vorzugeben.
- *Monitoring und Evaluation:* In Schottland werden einheitliche Monitoring- und Evaluationssysteme als wertvoll befunden. Bisher würden die Regionen, die Daten sehr unterschiedlich oder gar nicht beachten. Dies erschwere eine evidenzbasierte und zielgruppengerechte Ausgestaltung der Massnahmen.
- *Berichterstattung:* Auch die Bedeutung einer einheitlichen Berichterstattung wird hervorgehoben. Bisher falle die Berichterstattung der Regionen an das Programmteam sehr unterschiedlich aus, was den Vergleich der Regionen erschwere.

Fazit: Welche Strukturen und Prozesse bestehen auf nationaler und regionaler Ebene für die Umsetzung der Suizidpräventionsstrategie in den untersuchten Ländern und was kann die Schweiz daraus lernen?

Aufgrund der Länderportraits scheinen auch in der Schweiz für den Aktionsplan Suizidprävention folgende Strukturen und Prozesse sinnvoll:

- *Nationales Steuerungsgremium:* Ein nationales Steuerungsgremium hat sich in den vier untersuchten Ländern bewährt. Neben Akteuren auf nationaler Ebene (z.B. BAG, BSF, BSV, WBF, VBS, Gesundheitsförderung Schweiz, OBSAN) und auf kantonaler Ebene (z.B. GDK, EDK, KKJPD) scheint auch der Einbezug von Betroffenen (z.B. Verantwortliche von Selbsthilfegruppen) sowie in der Suizidprävention engagierte Vereinigungen (z.B. Ipsilon) sinnvoll.
- *Operatives Organ:* Neben dem Steuerungsgremium scheint es auch zweckführend ein operatives Organ zu bestimmen, welches das Steuerungsgremium unterstützt, das Programm koordiniert, die Berichterstattung sowie die Vernetzung der Akteure sicherstellt. Damit das Organ seine Koordinationsfunktionen wahrnehmen und die Nachhaltigkeit der Suizidprävention sicherstellen kann, scheint aufgrund der Erfahrungen in anderen Ländern mindestens eine Vollzeitstelle notwendig.
- *Koordination Bund und Kantone:* Für die Koordination zwischen Bund und Kantonen scheint es einerseits wichtig, den geplanten Aktionsplan wie in Österreich und in Deutschland soweit möglich auf bereits bestehende Strukturen aufzubauen. Dadurch steigt die Akzeptanz des Plans und es können Synergien genutzt sowie Ressourcen gespart werden. Andererseits scheint es sinnvoll – wie in Schottland – auf nationaler Ebene gewisse Rahmenbedingungen für die Kantone zu setzen (Kantonale Aktionspläne, Zielvorgaben, Berichterstattung und Evaluation) und die

Kantone zu begleiten. Als Vorbild könnten hier die kantonalen Aktionsprogramme „Gesundes Körpergewicht“ dienen, die zwar angepasst auf die kantonale Gegebenheit entwickelt wurden, aber einen ähnlichen Aufbau sowie ein einheitliches System der Berichterstattung und Evaluation verfügen.

A 4.3 ERKENNTNISSE ZU INHALTLICHEN SCHWERPUNKTEN IN DEN VIER LÄNDERN

Die Suizidpräventionsstrategien der vier untersuchten Länder sowie der geplante Schweizer Aktionsplan Suizidprävention sind inhaltlich sehr unterschiedlich strukturiert (vgl. Länderportraits). In der Darstellung DA 16 werden die Massnahmen in den vier Ländern dem geplanten Schweizer Aktionsplan zugeordnet.

DA 16: Übersicht inhaltliche Schwerpunkte Schweiz, Österreich, Frankreich, Deutschland und Schottland

| Schweiz | GER | AUT | FRA | SCO |
|--|-----|-----|-----|-----|
| 1. Sekundär- und Tertiärprävention bei Suizidalität: Früherkennung und Angebote im nicht-medizinischen und medizinischen Setting | | | | |
| Multiplikatoren-Schulung | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Interventionen in Ausbildungsstätten | | ✓ | ✓ | |
| Interventionen in weiteren Settings | ✓ | ✓ | ✓ | |
| Telefon- und Onlineberatung | | ✓ | ✓ | ✓ |
| Triage in der somatischen Versorgung | | | | ✓ |
| Niederschwelliger Zugang zu und kontinuierliche Betreuung in der psychiatrischen und psychologischen Versorgung | | ✓ | ✓ | ✓ |
| Förderung adäquater therapeutischer und medikamentöser Ansätze | | | | |
| Kontinuierliche Nachbetreuung der Betroffenen | | | ✓ | |
| Follow-up-Interventionen | | | ✓ | |
| Postvention: Nachbetreuung der mit einem Suizid konfrontierten Hinterbliebenen und Berufsgruppen | | | ✓ | |
| 2. Gesundheitsförderung/Prävention psychischer Krankheiten | | | | |
| 3. Einschränkung des Zugang zu den Mitteln | ✓ | ✓ | ✓ | |
| 4. Prävention und Intervention Vereinsamung | | ✓ | ✓ | |
| 5. Monitoring und Forschung | | ✓ | ✓ | ✓ |
| 6. Öffentlichkeitsarbeit | | | | |
| Medienarbeit und -richtlinien | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Sensibilisierung | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

Legende: GER = Deutschland, AUT = Österreich, FRAU = Frankreich, SCO = Schottland.

Nachfolgend werden die wichtigsten inhaltlichen Erkenntnisse aus den vier Länderportraits strukturiert und nach den fünf Arbeitspaketen des geplanten Schweizer Aktionsplans Suizidprävention zusammengefasst.

A4.3.1 SEKUNDÄR- UND TERTIÄRPRÄVENTION BEI SUIZIDALITÄT: FRÜHERKENNUNG UND ANGEBOTE IM NICHT-MEDIZINISCHEN UND MEDIZINISCHEN SETTING

In Arbeitspaket 1 werden die in der Schweizer Bestandsaufnahme identifizierten Kategorien aufgegriffen und entsprechende Beispiele aus den vier anderen Ländern zugeordnet.

Multiplikatoren-Schulungen

In allen vier untersuchten Ländern stellen die Multiplikatoren-Schulungen einen inhaltlichen Schwerpunkt dar. Die Schulung von Multiplikatoren wird besonders bei Berufsgruppen als wichtig erachtet, welche in den Settings Gesundheitsversorgung (HausärztInnen, Pflegepersonal, PsychologInnen, PsychiaterInnen, Mitarbeitende in Notaufnahmen, Spitälern, Heimen), Schule (Lehrpersonen, SchulsozialarbeiterInnen, SchulpsychologInnen, SchulärztInnen), Arbeit (Kaderleute, Personalverantwortliche) sowie Polizei und Gefängnis tätig sind. Interessant sind folgende Beispiele:

- *Nationale Qualitätssicherung der Multiplikatoren-Schulungen in Schottland:* In Schottland stellt das nationale Programmteam die Qualität der Schulungen für die Multiplikatoren sicher, indem es die AusbilderInnen schult. Sie sollten mit den auf den neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen basierten Schulungsversionen arbeiten und die Inhalte korrekt vermitteln. Im Bereich des Gesundheitspersonals sind die schottischen Verhältnisse nur bedingt auf die Schweiz übertragbar. Innerhalb des Schottischen Gesundheitsministeriums ist eine Abteilung für die Ausbildung des Gesundheitspersonals verantwortlich. In der Schweiz liegt lediglich die Grundausbildung der Ärztinnen und Ärzte in der Kompetenz des Bundes. Bei den übrigen Berufsausbildungen ist die Verantwortung zwischen Bund, Kantonen und Standesorganisationen aufgeteilt.
- *Klare Zielvorgaben in Schottland:* Das schottische Suizidpräventionsprogramm gibt den Regionen als Zielvorgabe, dass mindestens 50 Prozent der ersten Kontaktpersonen der nationalen Gesundheitsbehörde (NHS) im Hinblick auf die Suizidprävention geschult werden soll.
- *Wissenschaftliche Abstützung in Österreich:* In Österreich wird Wert darauf gelegt, die Schulungsunterlagen gestützt auf neuste wissenschaftliche Erkenntnisse zu aktualisieren.

Interventionen in Ausbildungsstätten

Von den vier untersuchten Ländern haben zwei Massnahmen im Setting Ausbildungsstätten geplant. In Frankreich wurde für Schulsozialarbeitende und -psychologInnen ein Leitfaden zur Erkennung von psychischen Krisen entwickelt und diesen danach in der Aus- und Weiterbildung dieser Berufsgruppen aufgegriffen. Interessant ist dieses Beispiel einerseits wegen dieser – ansonsten relativ seltenen – Verbindung der Instrumente Krisenleitfaden und Multiplikatoren-Schulung. Andererseits werden Berufsgruppen im Setting Ausbildungsstätten angesprochen, die für das Thema psychische Krisen im Berufsalltag mehr Zeit und Kompetenzen mitbringen als Lehrpersonen. In Österreich soll die Erkennung von und der Umgang mit psychischen und suizidalen Krisen in bestehende Präventionsprogramme im Setting Ausbildungsstätten aufgegriffen werden.

Interventionen in weiteren Settings

In drei der vier untersuchten Länder sind Massnahmen in weiteren Settings vorgesehen.

- *Arbeit:* In Frankreich wurde eine Arbeitsgruppe gebildet, welche die Suizidprävention in Zusammenhang mit betrieblichen Restrukturierungen untersuchen soll. In Österreich gibt es ein interessantes Beispiel des Krisenzentrums in Wien im Setting Arbeit. Dieses umfasst Ausbildungen von Mitarbeitenden in Unternehmen zu Krisenspezialisten, individuelle Beratungsangebote für Arbeitnehmende in Krisen, Schulungen in Betrieben sowie Aktivitäten im Bereich der Postvention.
- *Gefängnis:* In Frankreich sind gemeinsame Schulungen des Strafvollzugs- und Gefängnispersonals geplant. In Deutschland wurde ein Flyer für die Suizidprävention in Strafvollzugsanstalten entwickelt.
- *Landwirtschaft:* In Frankreich wurde ein umfassendes Massnahmenbündel für die Landwirtschaft geschnürt (Plan national d'actions contre le suicide en agriculture). Dieses umfasst die Schaffung von Kriseneinheiten in der Krankenkasse für LandwirtInnen, Telefon- und Onlineberatung für LandwirtInnen sowie die Erfassung epidemiologischer Daten zu Suiziden und Suizidversuchen bei LandwirtInnen.

In Deutschland gibt es zudem Arbeitsgruppen im Bereich der Polizei, des Militärs und des Leistungssports. Es ist jedoch unklar, welche Aktivitäten diese geplant respektive umgesetzt haben. In Schottland sind auf regionaler Ebene Sensibilisierungs- und Schulungsaktivitäten für Betriebe geplant.

Telefon- und Onlineberatung

Im Rahmen ihrer Suizidpräventionsstrategie arbeiten drei der vier Länder mit den Telefon- und Onlineberatungsanbietern zusammen. In Frankreich ist geplant, die Ausbildungsgänge und die Instrumente zur Qualitätssicherung der je dreizehn Telefon- und Onlineberatungsanbieter zu vereinheitlichen.

Triage in der somatischen Versorgung

Die meisten der untersuchten Länder limitieren ihre Aktivitäten in diesem Bereich auf Multiplikatoren-Schulungen für das Gesundheitspersonal (vgl. oben). In Schottland gibt es zusätzlich Risikobeurteilungsinstrumente für Pflegende und ÄrztInnen in den Notaufnahmen, welche im laufenden Suizidpräventionsprogramm verbessert werden sollen.

Niederschwelliger Zugang zu und kontinuierliche Betreuung in der psychiatrischen und psychologischen Versorgung

Drei der vier untersuchten Länder sind in diesem Bereich aktiv. In Österreich ist geplant, ambulante und stationäre Kriseninterventionszentren, Care Teams und Krisenhotlines auszubauen, so dass in allen Bundesländern entsprechende Strukturen vorhanden sind. Zudem sollen Fachleute aus dem Gesundheitswesen aktiv den Kontakt zu Risikogruppen suchen. In Frankreich soll der Zugang von Personen in sozioökonomisch prekären Verhältnissen verbessert werden, indem die Behandlungspfade zwischen mobilen psychiatrischen Teams und weiteren Gesundheitsdiensten verbessert werden. In Schottland sollen verschiedene bereits bestehende Qualitätssicherungsin-

strumente im Bereich psychische Gesundheit und Suizid genutzt werden, um den Zugang von suizidalen Personen zum Gesundheitswesen zu verbessern.

Therapiemethoden

In keinem der untersuchten Länder gibt es Massnahmen in diesem Bereich.

Kontinuierliche Nachbetreuung der Betroffenen

Die Nachbetreuung von Personen nach einem Suizidversuch stellt lediglich in Frankreich einen thematischen Schwerpunkt dar. Die in Frankreich geplanten Massnahmen zielen darauf ab, die Behandlungspfade zwischen Notfallstationen und der Psychiatrie mittels Behandlungsprotokollen respektive Übereinkommen zu verbessern.

Follow-up-Interventionen

Auch hier ist lediglich Frankreich aktiv, welches plant, Notfallkarten an Personen nach einem Suizidversuch abzugeben.

Postvention

Die Postvention wird lediglich in Frankreich explizit in der Suizidpräventionsstrategie thematisiert. Die Massnahmen zielen einerseits auf der Schulung des Gesundheitspersonals im Umgang mit Angehörigen ab und andererseits auf der Bereitstellung von Leitfäden für Fachleute in Heimen und Spitexdiensten. In Schottland ist die Postvention kein inhaltlicher Schwerpunkt, aber es gibt ein Leitfaden für Fachleute.

A 4.3.2 SUIZIDPRÄVENTION DURCH GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION PSYCHISCHER KRANKHEITEN

Das Arbeitspaket 2 entspricht dem künftigen Massnahmenplan des „Dialog Nationale Gesundheitspolitik“ zum Thema „Psychische Gesundheit“. Dieser umfasst mehrere Massnahmen (z.B. Sensibilisierung, Entstigmatisierung, niederschwelliger Zugang, Koordination) für den Bereich der psychischen Gesundheit respektive psychische Krankheiten und nicht spezifisch für Suizid. Nach solchen Aktivitäten wurden in den untersuchten Ländern nicht gesucht.

A 4.3.3 EINSCHRÄNKUNG DES ZUGANG ZU DEN MITTELN

Deutschland, Frankreich und Österreich haben einen inhaltlichen Schwerpunkt beim Zugang zu den Mitteln gelegt. Konkrete Massnahmen, wie der Zugang zu den Mitteln eingeschränkt werden soll, sind jedoch in der Regel nicht beschrieben. Als erfolgreich hervorgehoben wird einzig in Frankreich die Sensibilisierungskampagne für Waffenbesitzende, welche sich an ähnlichen Kampagnen in Quebec orientiert und die Waffenbesitzenden dazu anhält, ihre Waffen in einem mit einem Schlüssel verschliessbaren Ort zu sichern und die Munitionen in einem separaten Safe aufzubewahren. In Schottland ist es zwar kein inhaltlicher Schwerpunkt, aber es gibt einen Leitfaden wie Suizide an Hotspots reduziert werden können.⁴⁸

⁴⁸ <<http://www.healthscotland.com/documents/4880.asp>>, Zugriff am 26.3.2015.

A 4.3.4 PRÄVENTION UND INTERVENTION VEREINSAMUNG

Zwei der vier Länder haben hier Schwerpunkte gesetzt. Frankreich hat ein ganzes Massnahmenbündel zu diesem Thema geplant. Allerdings werden vor allem bereits existierende Massnahmen für psychisch Kranke, Homosexuelle sowie Schwerhörige und Taube aus anderen Politikfeldern aufgegriffen. Neu geschaffen wurde eine interdisziplinäre Einheit in jeder Krankenkasse für LandwirtInnen, welche sich der Erkennung und Prävention psychosozialer Risiken bei LandwirtInnen widmet. Zudem sollte für die regionalen Gesundheitsagenturen ein Leitfaden für die Prävention der sozialen Isolation von älteren Menschen entwickelt werden. Bei dieser Zielgruppe setzt auch das österreichische Suizidpräventionsprogramm an, indem es den Einbezug in soziale Netze sicherstellen und die Ressourcen älterer Menschen beispielsweise im Rahmen von gleitenden Pensionierungen stärken möchte.

A 4.3.5 MONITORING UND FORSCHUNG

In diesem Bereich haben drei der vier untersuchten Länder einen Schwerpunkt gesetzt. Schottland verfügt bereits über mehrere Datenbanken als Grundlage für sein Monitoring. Frankreich und Österreich sind daran, die Daten zu Suiziden zu verbessern, die Suizidversuche zu erheben und Daten zu verbinden, um beispielsweise einen Zusammenhang zwischen Suiziden und Suizidversuchen sowie der Berufskategorie zu erstellen. Die Anstrengungen in diesen drei Ländern gehen aber über ein epidemiologisches Monitoring hinaus. In Schottland werden die bestehenden Datenbanken genutzt, um alle Aktivitäten möglichst datengestützt und evidenzbasiert zu entwickeln. Auch in Frankreich sollen sich die geplanten Leitfäden und Empfehlungen auf eine wissenschaftliche Grundlage stützen. Zudem sollen Suizidhandlung in bestehenden Forschungsprogramme zu psychischer Gesundheit und die Nachbetreuung nach einem Suizidversuch in der klinischen Forschung aufgegriffen werden. In Österreich wird ein Kompetenzzentrum für die Suizidprävention als wichtig erachtet. Dieses sollte sich neben der Forschung auch der Entwicklung, Umsetzung und Evaluation von Massnahmen widmen und die Vernetzung zwischen Akteuren sicherstellen.

A 4.3.6 ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

Im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit sind alle vier untersuchten Länder vor allem im Bereich der Medienarbeit sowie von Sensibilisierungskampagnen für die breite Bevölkerung aktiv.

- *Medienarbeit:* Im Bereich der Medien sollen Richtlinien verbreitet werden, welche eine angemessene Berichterstattung über Suizide in der Presse, in sozialen Medien sowie bei Radio und Fernsehen gewährleisten. In Österreich gibt es seit 1987 Richtlinien zur Berichterstattung über Suizid sowie jährliche Veranstaltungen mit Medienschaffenden zu diesen Richtlinien. In Schottland ist die Erarbeitung und Verbreitung von solchen Richtlinien in Zusammenarbeit mit der nationalen Vereinigung für JournalistInnen geplant. In Frankreich wurden mit Erfolg Informations- und Sensibilisierungsveranstaltungen an den Schulen für angehende Journalisten über eine angemessene Kommunikation zur Suizidprävention durchgeführt.
- *Sensibilisierung:* Schottland hat eine lange Tradition von erfolgreichen Kampagnen für die breite Bevölkerung im Bereich der Suizidprävention. Wie bisher wird auch die neuste Kampagne gestützt auf wissenschaftliche Erkenntnisse und Monitoring-

daten entwickelt. In Frankreich wird eine nationale Kampagne zum Thema Depression sowie die finanzielle Unterstützung der Informationsaktivitäten von in der Suizidprävention engagierten Vereinen im Rahmen des Suizidpräventionsprogramms weitergeführt. Sowohl Schottland als auch Frankreich möchten neu die sozialen Medien noch stärker in ihre Öffentlichkeitsarbeit miteinbeziehen.

Fazit: Welche inhaltlichen Schwerpunkte wurden in den vier Suizidpräventionsstrategien gesetzt und was kann die Schweiz daraus lernen?

Aufgrund der Länderportraits scheinen auch in der Schweiz für den Aktionsplan Suizidprävention folgende inhaltliche Erkenntnisse von Interesse:

- *Hilfe in Krisen, sekundäre Suizidprävention in Versorgung:* Die Erkenntnisse aus den Länderportraits zum Arbeitspaket 1 werden im Hauptbericht aufgegriffen.
- Die *Gesundheitsförderung respektive Prävention psychischer Krankheiten* wurde in den vier Ländern nicht untersucht.
- *Einschränkung des Zugangs zu den Mitteln:* Da die Aufbewahrung der Armeewaffen im Zeughaus an der Urne knapp gescheitert ist, sind andere Massnahmen zur Sicherung von Armeewaffen notwendig. Die von anderen erfolgreichen Beispielen in anderen Ländern inspirierte Sensibilisierungskampagne für Waffenbesitzende in Frankreich könnte allenfalls in Zusammenarbeit mit dem VBS angepasst und für die Armeeangehörigen genutzt werden.
- *Prävention und Intervention Vereinsamung:* Da auch in den Gesprächen mit den schweizerischen ExpertInnen der Mangel an Angeboten für ältere Menschen in Gemeinden hervorgehoben wurde, könnte der Leitfaden aus Frankreich zur Prävention der sozialen Isolation möglicherweise als Inspirationsquelle dienen, um solche Angebote zu entwickeln.
- *Monitoring und Forschung:* Das epidemiologische Monitoring und die Forschung haben in allen untersuchten Ländern einen sehr hohen Stellenwert. Die Massnahmen sollen möglichst evidenzbasiert entwickelt und umgesetzt werden. Bei der Erarbeitung des Aktionsplans scheint es daher wichtig, zu überlegen, wie das BFS, das OBSAN sowie zur Suizidprävention Forschende an Universitäten und Fachhochschulen in die Organe des Aktionsplans eingebunden werden können.
- *Öffentlichkeitsarbeit:* Die Erkenntnisse aus den Länderportraits zur Medienarbeit werden im Hauptbericht aufgegriffen. Falls eine grosse Sensibilisierungskampagne geplant sein sollte, sind die langjährigen Erfahrungen von Schottland von Interesse.

A 4.4 ERKENNTISSE ZU WIRKUNGEN UND EVALUATION IN DEN VIER LÄNDERN

Informationen zu den Wirkungen der aktuellen Suizidpräventionskampagne liegen entweder noch nicht vor (Frankreich, Deutschland) oder werden kaum erhoben (Deutschland). In Schottland haben Evaluationen gezeigt, dass die Suizidrate seit Beginn des Programms um 18 Prozent gesunken ist (Impact). Inwiefern dieser Rückgang auf die Strategie zurück zu führen ist, konnte nicht abschliessend geklärt werden. Zu

diesem Ergebnisse beigetragen, hätten möglicherweise verschiedene kurz- und mittelfristigen Veränderungen bei Multiplikatoren und Zielgruppen (Outcomes), welche gemäss den Evaluationen durch das Programm „Choose Life“ ausgelöst wurden. Dazu zählen die Schulung von 50 Prozent der Erstkontaktpersonen im Gesundheitswesen, die verbesserte Erkennung und Behandlung von Depressionen in der Grundversorgung, die Reduzierung von Rückfällen bei PatientInnen in stationären psychiatrischen Behandlungen, die bessere Medienberichterstattung über Suizid sowie die grössere Sensibilisierung in der breiten Bevölkerung.

Für die Evaluation werden verschiedene Instrumente eingesetzt. In Deutschland begleitet und evaluiert der vom strategischen Organ unabhängige wissenschaftliche Beirat die Suizidpräventionsstrategie. In Österreich ist ausser einem Bericht mit epidemiologischen Daten und einer laufend aktualisierten Bestandsaufnahme keine Evaluation vorgesehen. In Frankreich wird zurzeit ein Bericht erstellt, indem alle beteiligten Akteure den Stand der Umsetzung, die angetroffenen Schwierigkeiten sowie das weitere Vorgehen beschreiben. Zudem wurde eine Fremdevaluation in Auftrag gegeben, in welcher die Relevanz sowie die Effektivität (kurz- und mittelfristige Outcomes bei Multiplikatoren und Zielgruppen) und die Wirksamkeit (längerfristiger Impact auf die Suizidrate) untersucht werden sollen. In Schottland liegen zwei Fremdevaluation zur Umsetzung über die Jahre 2003 bis 2008 vor sowie eine Fremdevaluation zu den Wirkungen von Multiplikatoren-Schulungen aus dem Jahr 2011.

DA 17: Wirkungsmessung

| | GER | AUT | FRA | SCO |
|-------------|-----------------------------|----------|--|--|
| Instrumente | - Wissenschaftlicher Beirat | - Keines | - Selbst-evaluation zur Umsetzung (geplant) - Fremd-evaluation zu Relevanz, Effektivität, Wirksamkeit (geplant) | - 2 Fremdevaluationen zur Umsetzung (2003–2008) - 1 Fremdevaluation zu Wirkungen (2011) |

Legende: GER = Deutschland, AUT = Österreich, FRAU = Frankreich, SCO = Schottland.

In Schottland wird es als wichtig erachtet, dass ein Monitoring respektive Evaluationen von Beginn weg eingeplant werden, um eine einheitliche Datenerfassung in den verschiedenen Regionen sicherzustellen. Die schottische Regierung verlangt in der aktuellsten Strategie, dass für alle Aktivitäten ohne Evidenz ein Evaluationskonzept erstellt wird.

Fazit: Wie sind Wirkungen und Wirkungsmessung in den vier Ländern zu beurteilen und was kann die Schweiz daraus lernen?

Aufgrund der Länderportraits scheinen für den Schweizer Aktionsplan Suizidprävention folgende Erkenntnisse bezüglich Wirkungen von Interesse:

- In den meisten der untersuchten Länder wurden die Wirkungen der Suizidpräventionsstrategien auf die Suizidrate (Impact) entweder noch nicht untersucht oder konnten nicht eindeutig belegt werden. Es scheint daher vielversprechender, sich bei der Evaluation der Wirkungen auf kurz- und mittelfristige Veränderungen bei Multiplikatoren und Zielgruppen (Outcomes) zu konzentrieren.
- Wie die Erfahrungen in Schottland zeigen, ist es sinnvoll, bereits zu Beginn ein Evaluations- und Monitoringsystem aufzubauen und festzulegen, welche Daten erfasst werden sollen.

A 4.5 LÄNDERPORTRAIT DEUTSCHLAND

A 4.5.1 SUIZIDPRÄVENTIONSTRADITION

Die Initiative „Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland“ wurde 2002 lanciert und stellt die erste landesweite Anstrengung im Bereich der Suizidprävention dar.

A 4.5.2 STRUKTUREN UND PROZESSE

Im nachfolgenden Abschnitt wird dargelegt, welche Rolle die Initiative „Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland“ in der Umsetzung der Suizidprävention hat und welche weiteren Institutionen auf nationaler und regionaler Ebene eine gewichtige Rolle spielen.

Nationale Ebene

Das Politik- und Gesundheitssystem in Deutschland und der Schweiz sind relativ ähnlich. Der Bund stellt zusammen mit den Bundesländern die Gesundheitsversorgung sicher. Die Bundesländer sind dabei insbesondere in der Planung und Gewährleistung der stationären Versorgung sowie des öffentlichen Gesundheitsdienstes tätig. Auf nationaler Ebene gibt es jedoch wie bisher in der Schweiz keine zentrale Stelle, welche für die Suizidprävention zuständig ist. Im Bundesministerium für Gesundheit gibt es lediglich PsychiatriereferentInnen, die unter anderem auch für die Suizidprävention verantwortlich sind. Daneben gibt es auch andere Ministerien, die sich in dem Bereich engagieren (z.B. das Innenministerium). Allerdings wird die Suizidprävention im Rahmen des 6. Nationalen Gesundheitsziels „Depressive Erkrankungen: verhindern, früherkennen, nachhaltig behandeln“ erwähnt. Darin werden Ziele für depressive Erkrankungen formuliert, die in Zusammenhang mit der Suizidprävention stehen.

Um hier Abhilfe zu schaffen wurde 2002 von der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) das „Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland“ lanciert. Es handelt sich dabei um eine Initiative und nicht um eine rechtsfähige Gesellschaft. Das nationale Suizidpräventionsprogramm in Deutschland wird – im Unterschied zu anderen Ländern – ehrenamtlich betrieben. Ziel der Initiative ist es, über Multiplikatoren die Suizidprävention in bestehende Strukturen zu integrieren und nicht, neue Strukturen im öffentlichen oder privaten Bereich aufzubauen. Die Initiative versucht, mit möglichst vielen Akteuren in Kontakt zu kommen, diese zu motivieren in ihrem institutionellen und beruflichen Umfeld etwas zu bewirken und so die Thematik breit zu streuen. Gegenwärtig sind 80 Institutionen und 200 Personen an der Entwick-

lung und Durchführung der Initiative beteiligt. Diese arbeiten in unterschiedlicher Intensität mit. Der Initiative ist es nach Ansicht des befragten Verantwortlichen gelungen, eine breite Abdeckung und gute Durchdringungen zu erreichen, weil die einzelnen Akteure unmittelbar von ihrem Engagement profitieren können und es sich um kein staatliches Programm handelt. Dennoch wird eine Anlaufstelle beim Bund befürwortet.

Die Initiative verfügt über eine Leitung, eine *Exekutivgruppe* und diverse Arbeitsgruppen. Das strategische Organ der Initiative bildet die Exekutivgruppe. Diese setzt sich aus allen Akteuren zusammen, die für die Entwicklung und Umsetzung der Initiative wichtig sind. Dazu gehören nationalstaatliche Akteure, wie der Bundestag (vertreten durch zwei Ausschüsse) oder relevante Bundesministerien (z.B. das Bundesministerium für Gesundheit). Von Seiten der Bundesländer sind die Gesundheitsminister-, die Innenminister sowie die Kultusministerkonferenz mit dabei. Hinzu kommen zahlreiche Fach- und Berufsverbände (z.B. die Bundesapothekerkammer oder die Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden KlinikärztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie) sowie Organisationen von Betroffenen und Angehörigen. Hauptaufgabe der Exekutivgruppe ist die Beschreibung der Suizidproblematik, die Definition von Interventionsbereichen sowie die Erarbeitung von konkreten Umsetzungsvorschlägen. Durch die Mitarbeit verschiedener Bundesministerien können Anliegen, die auf nationaler Ebene umgesetzt werden müssen, auch direkt an die zuständigen Stellen weitergeleitet werden (z.B. Massnahmen gegen Alterssuizidalität, die Verbesserung der Palliativpflege oder die Reduktion von Schadstoffen in Autoabgasen).

Die *Leitung*, bestehend aus einem Präsidenten und einem Generalsekretär, bilden das operative Organ der Initiative. Ihre Aufgaben bestehen darin, das Programm zu organisieren und zu koordinieren sowie die Sitzungen der Exekutivgruppe vorzubereiten. Sie ist auch das Sprachrohr der Initiative gegen aussen und fungiert als Ansprechpartner der Organisation. Die Initiative verfügt nicht über eine Geschäftsstelle.

Nationale und regionale Ebene

In Deutschland gibt es keine explizit für die Suizidprävention aufgebauten Institutionen auf regionaler Ebene. Die Initiative hat kein zentrales Konzept, sondern verfolgt einen Bottom-up-Ansatz. Es bestehen *Arbeitsgruppen* zu verschiedenen Themen, in welchen sowohl Akteure Einsitz haben, welche die für die Suizidprävention relevanten Strukturen auf Bundes-, Länder- und Gemeindeebene sehr gut und entsprechend wirkungsvoll darin arbeiten können. Die Arbeitsgruppen bilden sich entweder auf Vorschlag der Exekutivgruppe oder durch Eigeninitiative einzelner Akteure. Die Organisationsform der Initiative erlaubt diesbezüglich eine grosse Flexibilität. Die Arbeitsgruppen sind dafür zuständig in ihrem Arbeitsgebiet Probleme und Lücken zu identifizieren, Projekte und Massnahmen vorzuschlagen und umzusetzen. Die einzelnen Arbeitsgruppen setzen sich jeweils aus einem Leiter sowie diversen Mitarbeitenden zusammen, die als SpezialistInnen im jeweiligen Arbeitsgebiet gelten. So sind im Prinzip alle Personen eingebunden, die sich wissenschaftlich mit dem Arbeitsgebiet beschäftigen. Dadurch können auch Forschungsprojekte angestossen und diskutiert werden. Es wird zudem versucht, Entscheidungsträger aus Politik und Verwaltung miteinzubeziehen, um die Umsetzung der von den Arbeitsgruppen angestossenen Massnahmen sicherzustellen.

Jährlich findet im Herbst ein Treffen der Initiative statt. Bei dieser Gelegenheit berichten die Arbeitsgruppen über die Fortschritte im vergangenen Jahr. Die Beiträge werden im Plenum diskutiert und Vorschläge für künftige Massnahmen entwickelt. Es existieren allerdings keine hierarchischen Strukturen. Die Initiative macht den Arbeitsgruppen keine Vorgaben, sondern diese setzen ihre Prioritäten eigenständig und bestimmen ihr Jahresprogramm.

Da die Initiative ehrenamtlich organisiert ist, bestehen ihre Ressourcen primär aus der Zeit, welche die beteiligten Akteure in das Projekt investieren. Oft werden sie dafür von ihren Arbeitgebenden freigestellt und erhalten Reisekosten erstattet. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) finanziert zwar teilweise die jährlichen Treffen der Initiative. Es fehlt jedoch eine kontinuierliche Finanzierung. Eine solche wäre gemäss dem interviewten Generalsekretär der Initiative allerdings wünschenswert und könnte auch dazu beitragen, die Kontinuität der Initiative sicherzustellen und Lerneffekte zu verstärken. Denn bislang fehlen Ressourcen um die Aktivitäten der Initiative im Detail zu dokumentieren und evaluieren. Produkte, wie etwa Flyer, finanziert die Initiative entweder durch die beteiligten Institutionen oder aber durch Anträge an Stiftungen oder Ministerien.

A 4.5.3 INHALTLICHE SCHWERPUNKTE

Im Gegensatz zu anderen Länderstrategien weist Deutschland kein Strategiepapier für die Initiative auf. Diese hat auch keine übergeordneten Ziele, sondern lediglich fünf Grundsätze, welche die in der Initiative engagierten Akteure bei ihren Tätigkeiten berücksichtigen.⁴⁹ Die inhaltlichen Schwerpunkte werden durch die Arbeitsgruppen vorgegeben. In der Darstellung DA 18 sind alle 23 zurzeit existierenden Arbeitsgruppen aufgeführt und von Interface thematisch gruppiert worden.

DA 18: Übersicht über die Arbeitsgruppen

| Zielgruppen | Settings | Massnahmen |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Kinder und Jugendliche - StudentInnen - Alte Menschen - MigrantInnen - Gender Mainstream - Suchterkrankungen | <ul style="list-style-type: none"> - Arbeitsplatz - Leistungssport - Streitkräfte - Polizei - Strafvollzug - Akutversorgung - Spezifische psychische Erkrankungen und psychiatrisches Krankenhaus | <ul style="list-style-type: none"> - Primärprävention - Vergiftungen - Bahn - Bauwerke und Umwelt - Medien- und Öffentlichkeitsarbeit - Awareness psychiatrischer Erkrankungen - Aus- und Weiterbildung - Niederschwellige Angebote - Vernetzung - Recht |

⁴⁹ Quelle: <<http://www.suizidpraevention-deutschland.de/grundsaeetze.html>>, Zugriff am 24.2.15: 1. Suizidprävention ist möglich, 2. Suizidalität ist ein komplexes Phänomen, 3. Suizidprävention ist eine gesellschaftliche Aufgabe, 4. Suizidprävention ist auf verschiedenen Ebenen nötig, 5. Suizidprävention muss die Angehörigen und weitere Betroffene miteinbeziehen.

Da die Ziele und Massnahmenpläne nicht in schriftlicher Form festgehalten und der befragte Generalsekretär aufgrund der dezentralen Organisationsstruktur der Initiative nicht über alle Aktivitäten der Arbeitsgruppen Bescheid weiss, können diese nur punktuell beschrieben werden. Nachfolgend werden die wichtigsten Erkenntnisse zusammengefasst.

- *Zielgruppenspezifische Arbeitsgruppen:* Die Arbeitsgruppen für Kinder und Jugendliche sowie diejenige für alte Menschen sind nach Auskunft des Generalsekretärs sehr aktiv. Die Arbeitsgruppe für alte Menschen hat eine Broschüre realisiert, welche durch das Bundesministerium für Gesundheit finanziert wurde. Die Arbeitsgruppe hat entscheidend dazu beigetragen, dass man die Suizidalität im Alter nicht mehr einfach hinnimmt und einzelne städtische Gesundheitsämter Stellen zur Gesundheitsförderung bei älteren Menschen aufgebaut.
- *Settingspezifische Arbeitsgruppen:* Als Beispiel für eine aktive Arbeitsgruppe hat der Generalsekretär hier jene für den Strafvollzug genannt. Sie hat für die Strafvollzugsanstalten Flyer zur Suizidprävention entwickelt.
- *Massnahmenspezifische Arbeitsgruppen:* Die Arbeitsgruppe Medien- und Öffentlichkeitsarbeit versucht das Thema der Suizidprävention insbesondere über das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) voranzutreiben.⁵⁰ Die Arbeitsgruppe hat erreicht, dass die beiden Bundesstellen auf die Initiative aufmerksam geworden sind. Gemäss dem Generalsekretär, hätte die Initiative jedoch keine grossangelegte Kampagne realisieren können. Solche Kampagnen müssten idealerweise auch auf ein überregionales Angebot – wie eine Hotline zum Thema Suizid – aufmerksam machen. Da so eine Hotline aber bislang in Deutschland fehle, sei eine solche Kampagne nur schwer durchzuführen. Immerhin verweist der deutsche Presserat auf seiner Website auf die Medienrichtlinien der Initiative. Medienschaffenden seien diese sehr gut bekannt und sie würden auch zunehmend auf die Expertise der Initiative zurückgreifen. Gleichzeitig läuft auch einiges in der Arbeitsgruppe Vergiftungen. Diese hat gemeinsam mit der Apothekerkammer erreicht, dass Medikamente in kleineren Packungsgrössen abgegeben werden wie etwa im Fall von Paracetamol.⁵¹

A 4.5.4 WIRKUNGEN

Eine systematische Evaluation der bisherigen Aktivitäten und Wirkungen der Initiative liegt bis anhin nicht vor. Da die Initiative eine sehr dezentrale Organisationsstruktur aufweist, ist es selbst für die Leitung der Initiative schwer zu beurteilen, welche Leistungen die einzelnen Arbeitsgruppen erbracht haben und welche Wirkungen diese entfaltet haben. Es gibt jedoch einen wissenschaftlichen Beirat, welcher für die Evaluation des Gesamtprogramms und nicht nur für die Evaluation der einzelnen Aktivitäten zuständig ist. Damit die Arbeit des wissenschaftlichen Beirats unabhängig erfolgt, dürfen

⁵⁰ Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und ist für die Bereitstellung von Grundlagen zur Gesundheitserziehung, für die Aus- und Wdler in diesem Bereich tätigen Personen sowie für die nationale Koordination und Verstärkung der gesundheitlichen Aufklärung und Gesundheitserziehung zuständig.

⁵¹ Ein entsprechender Zeitungsartikel zum Thema findet sich unter: <<http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/paracetamol-kleine-packungen-von-schmerzmittel-retten-leben-a-881999.html>>, Zugriff am 24.2.15.

Mitglieder des Beirats in keinem Fall gleichzeitig in der Exekutivgruppe Mitglied sein. Der wissenschaftliche Beirat wird koordiniert von Prof. Dr. Dr. Wolfgang Rutz, Honorarprofessor an der Hochschule Coburg. Er war zwischen 1998 und 2004 Regionalbeauftragter der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für Psychische Gesundheit in Europa sowie Direktor des WHO-Programms für Psychische Gesundheit in Europa. Daneben hat der Beirat Vertretende aus Schweden, Finnland, Norwegen, den USA, der Schweiz, Österreich sowie Deutschland. Früher hat der wissenschaftliche Beirat Berichte abgefasst. Der wissenschaftliche Beirat erstattet jeweils am jährlichen Herbsttreffen der Initiative Bericht über seine Erkenntnisse und gibt eine Rückmeldung zum Programm.

A 4.5.5 QUELLEN

Dokumente

- <[www.http://suizidpraevention-deutschland.de](http://suizidpraevention-deutschland.de)>, Zugriff 4.2.2015.

Interview

- Georg Fiedler, Sekretär des nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland.

A 4.6 LÄNDERPORTRAIT ÖSTERREICH

A 4.6.1 SUIZIDPRÄVENTIONSTRADITION

Die Suizidprävention hat in Österreich eine lange Tradition. Da das Land nach dem 2. Weltkrieg eine sehr hohe Suizidrate aufwies, lassen sich bereits im Jahr 1947 erste dauerhafte suizidpräventive Aktivitäten nachweisen. Der erste nationale Suizidpräventionsplan (SPA) wurde von Professor Dr. Gernot Sonneck erarbeitet und im Jahr 2000 der Öffentlichkeit vorgestellt. Im Suizidpräventionsplan wurden folgende Themenschwerpunkte definiert: die Restriktion von Suizidmitteln, die Behandlung von psychisch Kranken, die Betreuung nach Suizidversuchen, die verantwortungsbewusste Berichterstattung sowie spezifische Schulungen des Gesundheitspersonals. Da die Suizidprävention in das Regierungsprogramm 2008–2013 integriert wurde, entschied die österreichische Bundesregierung die Suizidprävention weiter auszubauen.⁵² Basierend auf dem Suizidpräventionsplan (SPA) wurde deshalb das Programm SUPRA – Suizidprävention Austria erarbeitet. Es handelt sich dabei um eine Bestandsaufnahme von Good Practice, bestehenden Suizidpräventionsaktivitäten in Österreich und ersten Ansätzen für die Umsetzung. Ein konkretes Umsetzungskonzept ist zurzeit in Erarbeitung. Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf das Programm SUPRA.

A 4.6.2 STRUKTUREN UND PROZESSE

Im nachfolgenden Abschnitt werden die nationalen und regionalen Strukturen des Programms SUPRA vorgestellt.

Nationale Ebene

Die Gesundheitssysteme in Österreich und der Schweiz sind relativ ähnlich organisiert. Österreich weist zudem ein vergleichbares föderales Politiksystem wie die Schweiz auf.

⁵² Vgl. <<http://www.bundestkanzleramt.at/DocView.axd?CobId=32965>>, Zugriff am 24.2.15.

Die Verantwortung für die Umsetzung der Suizidpräventionsstrategie liegt in Österreich bei den neun Bundesländern. Die Hauptaufgaben des Bundes respektive des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) bestehen darin, gemeinsam mit allen Stakeholder die strategischen Stossrichtungen der Suizidprävention auszuarbeiten und bei Bedarf den Ländern Unterstützung anzubieten.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat ein Expertengremium mit strategischen Aufgaben betraut. Es besteht aus rund 15 bis 18 wissenschaftlichen ExpertInnen, medizinischen Fachpersonen, Vertretende verschiedener Institutionen (z.B. Pro Mente, Österreichische Gesellschaft für Suizidprävention, Kriseninterventionseinrichtungen), Selbsthilfegruppen sowie aus Vertretenden anderer Verwaltungsbereiche, wie etwa aus dem Bildungsressort und Sozialressort von Bund und Ländern oder dem Verteidigungsministerium. Das Expertengremium war an der Entwicklung des Programms beteiligt und ist nun dabei, ein konkretes Umsetzungskonzept zu erarbeiten. Darin sollen operative Ziele sowie dazugehörige Massnahmen, Indikatoren und Kennzahlen festgelegt werden. Das Expertengremium trifft sich vierteljährlich jeweils einen ganzen Tag. Die interministerielle, intersektorielle und interdisziplinäre Ausrichtung des Expertengremiums ist nach Einschätzung der befragten Programmverantwortlichen wichtig. Der Einbezug aller relevanten Akteure garantiere eine breite Akzeptanz und Verankerung des Programms. So würden die Chancen für die Umsetzung erhöht.

Als operative Einrichtung wurde 2012 die Kontaktstelle für Suizidprävention geschaffen. Die Kontaktstelle ist ein Teil des Teams für psychosoziale Gesundheit bei der Gesundheit Österreich GmbH, einem nationalen Forschungs- und Planungsinstitut für das Gesundheitswesen, angesiedelt. Alleingesellschafter dieses Instituts ist der Bund, vertreten durch die Bundesministerin für Gesundheit. Die Kontaktstelle ist die nationale Drehscheibe für alle Fragen rund um die Suizidprävention. Die Kontaktstelle fördert die Vernetzung zwischen Akteuren, unterstützt das Expertengremium bei der Erarbeitung des Umsetzungskonzepts und entwickelt gemeinsam mit diesem Gremium Schulungsunterlagen für Multiplikatoren und MultiplikatorInnen. 2014 konnte bereits ein erstes Vernetzungstreffen durch die Kontaktstelle organisiert werden. Daneben ist die Kontaktstelle im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit ebenfalls mit der regelmässigen Aktualisierung des Basisberichts für Suizid und Suizidprävention in Österreich zuständig. Dazu wird jeweils ein Experte beauftragt. Der Bericht soll einen Überblick über suizidpräventive Aktivitäten in Österreich geben und sich jeweils einem bestimmten Schwerpunkt widmen. Die erste Ausgabe wurde als epidemiologischer Basisbericht 2013 publiziert. Im nächsten Bericht werden die bisherigen Aktivitäten im Rahmen des Programms für Suizidprävention behandelt. Aus Sicht der befragten Programmverantwortlichen habe sich die nationale Kontaktstelle bis anhin sehr bewährt. Die Aufsplitterung der Kompetenzen in einem föderalen Staat erfordere eine fortwährende Koordination der Aktivitäten. Durch die Anbindung der Kontaktstelle an das Bundesministerium und den regen Austausch zwischen den beiden Akteuren könnten zudem Synergien genutzt werden.

Das Programm SUPRA verfügt über verschiedene Ressourcen. Erstens finanziert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Arbeit der Kontaktstelle für Suizidprävention. Dabei handelt es sich ungefähr um eine halbe Vollzeitstelle. Zweitens stellt das Bundesministerium für Gesundheit durch seine Fachabteilung für nicht übertragbare

Krankheiten, psychische Gesundheit und Altersmedizin in der Sektion Öffentliche Gesundheit und medizinische Angelegenheiten, welche in einem intensiven Austausch mit der Kontaktstelle steht, personelle Ressourcen für die Suizidprävention zur Verfügung. Drittens trägt das Bundesministerium für Gesundheit sämtliche Kosten für die Erarbeitung des Umsetzungskonzepts. Viertens finanziert das Bundesministerium für Gesundheit die Online-Beratungen, welche durch den Verein Kriseninterventionszentrum Wien in suizidalen Krisensituationen angeboten werden. Fünftens können beim Fonds „Gesundes Österreich“ Projektanträge für Suizidpräventionsaktivitäten eingereicht werden. Der gemeinsam von Bund, Ländern und Gemeinden finanzierte Fonds, verfügt über ein Budget von 7,25 Millionen Euro. Wie viele Mittel dieser Fonds für die Suizidprävention ausgibt, konnte nicht ermittelt werden.

Regionale Ebene

In den Bundesländern sind die PsychiatriekoordinatorInnen für die Umsetzung der Suizidpräventionsaktivitäten zuständig.⁵³ Die meisten – wenn auch nicht alle – Bundesländer verfügen über eine solche Stelle. Die PsychiatriekoordinatorInnen stellen die psychiatrische Versorgung in den Ländern sicher. Die PsychiatriekoordinatorInnen sind im Expertengremium des Programms SUPRA vertreten und stehen dadurch im Austausch mit der Kontaktstelle Suizidprävention, dem Bundesministerium für Gesundheit, Vertretenden der Bundesländer sowie anderen in der Suizidprävention zentralen Akteuren. Sie stellen so die Verbindung zwischen den Suizidpräventionsaktivitäten auf Bundes- und Länderebene sowie zwischen Ländern sicher.

Innerhalb der Bundesländer wird Wert auf die Umsetzung durch bestehende Strukturen gelegt. Aus diesem Grund wird auch dem gemeinsamen Ausarbeitungsprozess viel Gewicht beigemessen: Alle für die Suizidprävention relevanten Akteure auf Bundes- und Länderebene werden im Expertengremium integriert. Dieser Bottom-up-Ansatz garantiert, dass die ausgearbeiteten Massnahmen realistisch sind, auf grosse Akzeptanz bei den Akteuren stossen und die Sensibilisierung bei allen Beteiligten gefördert wird. Gleichzeitig wird die Vernetzung zwischen den Akteuren verstärkt.

Die Bundesländer erhalten keine finanzielle Unterstützung vom Bund, sondern finanzieren ihre Suizidpräventionsaktivitäten selber beziehungsweise in Zukunft über die bei den Ländern eingerichteten Töpfe mit Mitteln für Gesundheitsförderung und Prävention.

A 4.6.3 INHALTLICHE SCHWERPUNKTE

SUPRA ist bislang lediglich ein Programm ohne konkretes Umsetzungskonzept. Das Zehn-Punkte-Programm fasst zusammen, was im Bereich der Suizidprävention in Österreich als Konsens gilt. Als besonderes Merkmal des SUPRA ist hervorzuheben, dass bestimmte Zielgruppen wie Kinder und Jugendliche, Erwachsene, ältere Menschen (v.a. ältere Männer) sowie Risikogruppen in eigenen Arbeitsgebieten abuarbeiten sind. Daneben werden im Programm aber auch andere Zielgruppen erwähnt, wie etwa die Allgemeinbevölkerung oder MigrantInnen. Die vorgeschlagenen Massnahmen sind in den unterschiedlichsten Settings angesiedelt. Dazu zählt etwa die Gesundheitsversor-

⁵³ So wurde beispielsweise das Pilotprojekt „GO ON“ in der Steiermark umgesetzt: vgl. <<http://www.suizidpraevention-stmk.at/>>, Zugriff am 24.2.15.

gung, Bildungs- und Wissenschaftseinrichtungen, Betriebe, aber auch die Politik im Sinne von Bewusstseinschaffung. Nachfolgend werden die einzelnen Themenschwerpunkte näher beleuchtet.

Arbeitsgebiet 1: Schaffung von erhöhtem Bewusstsein und Wissen

Im ersten Arbeitsgebiet, soll das Bewusstsein für und das Wissen um die Suizidproblematik noch stärker als bisher in der Öffentlichkeit verankert werden. Bereits seit 1987 existiert ein Leitfadensystem zur Medienberichterstattung über Suizid, der regelmässig aktualisiert wird.⁵⁴ Diese Richtlinien werden zudem einmal jährlich an einem Symposium zwischen Medienschaffenden und Fachpersonen aus dem Gesundheitsbereich diskutiert. Weiter hat der Österreichische Presserat 2012 eine verantwortungsvolle Berichterstattung bei Suiziden im Ehrenkodex der österreichischen Presse verankert. Im Programm SUPRA wird jedoch – erstens – ein Handlungsbedarf bei der flächendeckenden Überwachung der medialen Berichterstattung ausgemacht. Zweitens gilt für künftige bewusstseins- und wissensbildende Massnahmen, dass Informationen stets zielgruppengerecht vermittelt werden. Nicht alle Bevölkerungsgruppen sind gleichermaßen erreichbar. Drittens sollen Informationskampagnen evaluiert werden. Viertens ist geplant, die Diskussion über die Suizidproblematik in Medien und Literatur zu stimulieren.

Arbeitsgebiet 2: Unterstützung und Behandlung

Im zweiten Arbeitsgebiet wird der Auf- und Ausbau von angemessenen Versorgungsstrukturen für suizidgefährdete Personen thematisiert. Während in einigen Bundesländern ein relativ gut ausgebautes Versorgungssystem für suizidgefährdete Personen besteht, gibt es in anderen Bundesländern eine Unterversorgung. Das Programm möchte – erstens – die Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung verbessern. Zweitens sollen alle Bundesländer über mindestens je eine ambulante und eine stationäre Kriseninterventionseinrichtung verfügen. Drittens sollen bestehende ambulante und stationäre Kriseninterventionszentren ausgebaut werden, wenn sie ihre Kapazitätsgrenzen erreicht haben. Viertens soll das Krisenmanagement nach Verlusten und Katastrophen ausgebaut werden. Dazu gehört eine Hotline für Betroffene, ein gut ausgestattetes notfallpsychologisches Team oder der Ausbau notfallpsychiatrischer Dienste, die rund um die Uhr erreichbar sind. Als fünfte Massnahme werden die umfassende Aus- und Weiterbildung von HausärztInnen, Pflegenden, PsychologInnen, LehrerInnen und anderen Multiplikatoren hinsichtlich der Krisenintervention und Erkennung von Suizidgefährdung definiert.⁵⁵ Sechstens wird im Programm angeregt, dass die wissenschaftliche Begleitforschung gefördert wird.

⁵⁴ Eine Bestandsaufnahme der Kontaktstelle für Suizidprävention im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit hat gezeigt, dass im Bereich der Sensibilisierung bereits etwas erreicht werden konnte. Die Medienrichtlinien haben nachweislich zu einer verbesserten Berichterstattung geführt und eine Reduktion der Suizidrate um geschätzte 81 Suizide pro Jahr bewirkt. Damit verbunden ist das Projekt zu den U-Bahn-Suiziden in Wien. Vor ungefähr 28 Jahren haben Experten dazu aufgerufen, mit der Berichterstattung über solche Suizide ganz aufzuhören. Parallel dazu wurden U-Bahn-Suizide überwacht und analysiert. Die Rate der Suizide sank in der Folge um 80 Prozent und blieb seither niedrig.

⁵⁵ Als Beispiel einer erfolgreichen Multiplikatoren-Schulung kann das „Suizidprävention in der Hausarztpraxis“, welches vom Kriseninterventionszentrum Wien gemeinsam mit Kooperationspartnern realisiert wird, erwähnt werden. Es konnte bereits zwölf Mal

Arbeitsgebiet 3: Kinder und Jugendliche

Das dritte Arbeitsgebiet umfasst Massnahmen für Kinder und Jugendliche. In Ausbildungsstätten sollen Kinder und Jugendliche rechtzeitig lernen, wie sie Konflikte, Krisen, Depressionen und eine Suizidgefährdung erkennen und damit umgehen können.⁵⁶ Die Suizidthematik soll deshalb in bestehenden Präventionsprogrammen im Schulsetting aufgegriffen werden. Im Bereich der Gesundheitsversorgung sowie der Sozialarbeit müssen niederschwellige und anonyme Angebote auf- und ausgebaut werden. Hauptaugenmerk muss auf die Identifizierung von Risikofaktoren in der Umgebung von Kindern sowie von schwierigen Familienverhältnissen gelegt werden. Dieses Arbeitsgebiet weist Überschneidungen mit der bereits bestehenden Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie auf. Es ist geplant, allfällige Synergien zu nutzen.

Arbeitsgebiet 4: Zielgruppe Erwachsene

Im vierten Arbeitsgebiet stehen Erwachsene im Zentrum. Ihnen soll vor allem eine Unterstützung bei Beziehungskrisen, bei psychosozialen Stress am Arbeitsplatz oder bei Problemen in Folge von Migration und Arbeitslosigkeit geboten werden. Die Betroffenen sollen einerseits motiviert werden, sich bei solchen Krisen professionelle Hilfe zu suchen. Die Multiplikatoren sollen andererseits in der Erkennung und dem Umgang mit solchen Krisen geschult werden. Als Multiplikatoren stehen hier neben Fachleuten aus der Gesundheitsversorgung (vgl. Arbeitsgebiet 2) vor allem Multiplikatoren in Betrieben und Ämtern im Fokus.

Arbeitsgebiet 5: Suizidprävention im Alter

Im fünften Arbeitsgebiet stehen Aktivitäten für alte Menschen im Zentrum. Dazu zählen Massnahmen gegen die Vereinsamung durch den verstärkten Einbezug in soziale Netze oder die Stärkung von Ressourcen älterer Menschen beispielsweise im Rahmen von gleitenden Pensionierungen. Zudem sollen die Bevölkerung und Fachleute für die Suizidproblematik sensibilisiert werden. So sollen einerseits etwa Schulungen für das Fachpersonal der Altenhilfe sowie Fortbildungen für HausärztInnen zur Erkennung einer Suizidgefährdung und der Krisenintervention stattfinden. Andererseits sollen auch die frühzeitige Diagnose und fachärztliche Behandlung depressiver Erkrankungen bei gleichzeitiger chronisch somatischer Erkrankung verbessert werden. Auch bei der Palliativmedizin und der Sterbebegleitung gibt es Optimierungspotenzial.

durchgeführt werden und wurde von 400 Personen besucht. Eine flächendeckende Professionalisierung der Hausärzteschaft durch ähnliche Programme ist nach Ansicht der Programmverantwortlichen notwendig.

⁵⁶ Als Beispiel eines Good-Practice-Projekts im Setting Schule kann das in Salzburg durchgeführte Projekt „Lebenswert“ erwähnt werden. Dieses Projekt soll SchülerInnen, Lehrpersonen sowie Eltern befähigen, eine Suizidgefährdung frühzeitig zu erkennen und entsprechend zu reagieren. Ebenfalls Teil des Projekts ist die Vermittlung von Informationen und Handlungsstrategien nach einem erfolgten Suizid. Gleichzeitig sollen suizidpräventive Schulstrukturen geschaffen werden. Die Auswertung des Projekts zeigt, dass „Lebenswert“ bei den SchülerInnen auf grosse Akzeptanz stösst und als wichtig wahrgenommen wird. Die Evaluation zeigt weiter, dass sich die SchülerInnen an erlernte Warnsignale gut erinnern.

Arbeitsgebiet 6: Gruppen mit erhöhtem Risiko

In Arbeitsgebiet 6 stehen Risikogruppen im Vordergrund. Dazu zählen Drogen-, Alkohol- und Medikamentenmissbrauchende, HIV-Positive, Aids-Erkrankte, psychisch Kranke, Gewaltopfer, Personen nach Suizidversuchen (Selbstverletzung), MigrantInnen usw. Als Massnahme wird einerseits die Schulung von Personen angeregt, welche in Kontakt mit diesen Risikogruppen stehen. Dafür muss unter anderem die Suizidalität explizit als Teil der Ausbildung von PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, ÄrztInnen und PsychiaterInnen festgehalten werden. Andererseits müssen angemessene Versorgungsstrukturen für die Risikogruppen geschaffen werden. Das heisst, dass die Fachleute die Risikogruppen aktiv kontaktieren. Neben diesen allgemeinen Massnahmen braucht es auch Raum für Spezialprogramme beispielsweise bei schweren komorbiden Störungen.

Arbeitsgebiet 7: Schulung und Entwicklung

Im Zentrum des Arbeitsgebiets 7 steht die Entwicklung von Schulungsprogrammen zum Umgang mit Risikogruppen. Bei den Schulungsprogrammen wird zwischen allgemeiner (z.B. für alle Kontaktpersonen mit Risikogruppen) und spezifischer Ausrichtung (z.B. für bestimmte Berufsgruppen) unterschieden. Diese Schulungsprogramme sollen stets dem aktuellen Wissensstand in der Suizidprävention entsprechen. Dazu wird der Stand der Suizidprävention regelmässig zusammenfassend dargestellt und neue Inhalte für die Wissensvermittlung definiert. Dieser aufgearbeitete Wissensstand trägt auch dazu bei, Richtlinien für künftige Entwicklungen in der Suizidprävention auszuarbeiten.

Arbeitsgebiet 8: Reduzierte Erreichbarkeit und Verfügbarkeit von Suizidmitteln

Die Erreichbarkeit und Verfügbarkeit von Suizidmitteln im Bereich des Transportsystems, der Gebäudesicherung, der Waffen sowie der Medikamente sind Gegenstand des achten Arbeitsgebiets. Dazu zählt das Programm zahlreiche Möglichkeiten auf, die nun im Umsetzungskonzept priorisiert werden müssen. Im Bereich der Einschränkung des Zugangs zu den Mitteln laufen in einigen Bundesländern bereits Projekte. Diese müssen wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden.

Arbeitsgebiet 9: Expertise

Im Arbeitsgebiet 9 steht der Auf- und Ausbau von Zentren für Suizidforschung und -verhütung sowie ein effektives epidemiologisches Monitoring im Zentrum. Wissenschaftliche Einrichtungen für Suizidforschung und -verhütung könnten hier einen Beitrag zur Qualitätssicherung leisten. Diese können verschiedene Aufgaben wahrnehmen. Erstens könnten sie Forschung über die Ursachen von Suizid durchführen. Zweitens können sie Grundlagen für effektive Suizidpräventionsmassnahmen und Evaluationsinstrumente für diese bereitstellen. Drittens können Suizidpräventionsmassnahmen planen, initiieren und evaluieren. Viertens wären sie auch in der interdisziplinären Vernetzung sowie in der Informations- und Öffentlichkeitsarbeit tätig. Aus Ressourcengründen ist der Aufbau solcher Einrichtungen bis anhin nicht geplant. Eventuell werden bestehende Zentren ausgebaut. Vernetzungs- und Öffentlichkeitsarbeitsaufgaben übernimmt heute bereits die Kontaktstelle.

Im Bereich epidemiologisches Monitoring geht es darum bestehende Daten systematischer aufzubereiten sowie Daten zu Suizidversuchen zu erheben. Diese Daten sollen nach Alter, Geschlecht, Familienstand, Beruf, Nationalität, Methode, Tatort und Wohnort aufgeschlüsselt werden. Dieselben Daten sollen für die umliegenden Länder betrachtet werden. Daneben braucht es eine Literaturdatenbank, von welcher die Wissenschaft aber auch die geplanten Schulungsprogramme Gebrauch machen können.

Arbeitsgebiet 10: Gesetzliche Voraussetzungen

Mittelfristig sollen gesetzliche Grundlagen diskutiert werden, die den Zielen der Suizidprävention zuträglich sind. Dabei geht es insbesondere darum, den Zugang zu Suizidmitteln einzuschränken.

A 4.6.4 WIRKUNGEN UND EVALUATION

Da es sich bei Suizidprävention Austria erst um ein Programm ohne operationalisierte Ziele und Massnahmen handelt, kann über die Wirkungen des Programms noch keine umfassende Aussage gemacht werden. In Österreich ist ausser dem Basisbericht mit epidemiologischen Daten und einer laufend aktualisierten Bestandsaufnahme keine Evaluation vorgesehen.

A 4.6.5 QUELLEN

Dokumente

- Bundesministerium für Gesundheit (2011): Konzept SUPRA-Suizidprävention Austria, Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit (2014): Suizid und Suizidprävention in Österreich. Basisbericht 2013. Wien.

Interview

- MR Dr. Magdalena Arrouas, Leiterin der Abteilung III/2, Nicht übertragbare Krankheiten (Non communicable Diseases), Psychische Gesundheit und Altersmedizin, Stellvertretende Leiterin der Sektion III im Bundesministerium für Gesundheit.

A 4.7 LÄNDERPORTRAIT FRANKREICH

A 4.7.1 SUIZIDPRÄVENTIONSTRADITION

Frankreich hat eine relativ lange Tradition in der Suizidprävention. Bereits 1998 wurde ein erster Suizidpräventionsplan lanciert, welcher von einer nationalen Suizidstrategie für die Jahre 2000 bis 2005 abgelöst wurde. In dieser nationalen Strategie wurden vier Schwerpunkte gesetzt: Erkennung von suizidalen Krisen fördern, den Zugang zu tödlichen Mitteln einschränken, die Betreuung von Suizidwilligen verbessern, die epidemiologischen Erkenntnisse vertiefen. Für die Umsetzung der Strategie wurden 1,5 Millionen Euro durch die Zentralregierung und 20 Millionen Euro durch die Regionen mobilisiert, welche unter anderem aus der Krankenversicherung stammen. Im Rahmen des Plans Psychiatrie und Psychische Gesundheit für die Jahre 2005 und 2008 wurden die Aktivitäten aus der nationalen Suizidstrategie weitergeführt. Im Jahr 2008 wurde der Soziologe David Le Breton von der Gesundheitsministerin mit der Leitung eines Steuerungskomitees beauftragt. Dieses erarbeitete einen Bericht, welcher das Thema der

Suizidprävention umfassend aufbereitete. Gestützt auf diesen Bericht wurde ein nationales Aktionsprogramm gegen Suizid für die Jahre 2011 bis 2014 gemeinsam durch sechs von der Suizidthematik betroffene Ministerien erarbeitet.⁵⁷ Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf dieses nationale Aktionsprogramm.

A4.7.2 STRUKTUREN UND PROZESSE

In diesem Abschnitt werden zuerst die strategischen und operativen Organe sowie die Ressourcen des Aktionsprogramms auf nationaler und danach auf regionaler Ebene beschrieben.

Nationale Ebene

Das nationale Steuerungskomitee ist das strategische Organ, welches auf nationaler Ebene für das Aktionsprogramm verantwortlich ist. Darin haben die sechs für das Aktionsprogramm verantwortlichen Ministerien Einsitz (Ministerium für Justiz, Ministerium für Arbeit, Beschäftigung und Gesundheit, Ministerium für Bildung, Jugend und Vereinsleben, Ministerium für Landwirtschaft, Ernährung, Fischerei, ländlicher Raum und Raumplanung, Ministerium für höhere Bildung und Forschung sowie Ministerium für Solidarität und sozialen Zusammenhalt). Weiter sind Vertretende von regionalen Gesundheitsagenturen, von staatlichen Diensten sowie von Suizidpräventionsvereinen Mitglied des Steuerungskomitees. Die Leitung des Komitees liegt bei der Direktion für Gesundheit. Das nationale Steuerungskomitee trifft sich einmal jährlich, um den Fortschritt bei der Umsetzung der Massnahmen und allfällige Schwierigkeiten zu diskutieren. Die im Steuerungskomitee zum Ausdruck kommende interministerielle, intersektorische und interdisziplinäre Ausrichtung sei für die Suizidprävention von Vorteil, da Suizide nicht nur das Gesundheitswesen und die darin tätigen Akteure betreffen.

Auf operativer Ebene ist eine Sonderbeauftragte für das Aktionsprogramm gegen Suizid zuständig. Ihre Stelle ist im Amt für Psychiatrie und psychische Gesundheit der Unterdirektion Gesundheitsförderung und Prävention chronischer Krankheit angesiedelt, welche zur Direktion für Gesundheit zählt. Die Sonderbeauftragte stellt sicher, dass die 49 im Aktionsprogramm vorgesehenen Massnahmen wie geplant umgesetzt werden. Für jede Massnahme wurde eine Arbeitsgruppe eingesetzt. Zehn verschiedene staatliche Stellen sind mit der Leitung von einer oder mehreren Arbeitsgruppen betraut. Diese staatlichen Stellen müssen der Sonderbeauftragten jährlich Auskunft über die Fortschritte bei der Umsetzung der Massnahmen geben. Unter dem Jahr steht die Sonderbeauftragte mit diesen staatlichen Stellen in einem bilateralen Austausch und nimmt an den Arbeitsgruppensitzungen von gewissen staatlichen Stellen teil (Direktion für Gesundheit, nationales Institut für Prävention und Gesundheitserziehung [INPES], Institut für Gesundheitsschutz [InVS]). Die Koordination des Programms wird nach Einschätzung der Sonderbeauftragten dadurch erleichtert, dass nicht nur die strategische Stossrichtung des Programms vorgegeben wurde, sondern jede einzelne Massnahme im Detail beschrieben und die Zuständigkeit sowie der Zeitplan festgelegt werden.

Das Aktionsprogramm gegen Suizid verfügt auf nationaler Ebene nur über bescheidene Mittel. Für die Sonderbeauftragte wurde eine Vollzeitstelle geschaffen. Von den befragten Strategieverantwortlichen werden jedoch mindestens zwei Vollzeitstellen als not-

⁵⁷ <<http://www.sante.gouv.fr/la-politique-publique-de-prevention-du-suicide.html>>, Zugriff am 10.12.2014.

wendig erachtet. Die anderen in das Aktionsprogramm involvierten staatlichen Stellen setzen die geplanten Massnahmen im Rahmen ihres Pflichtenheftes um und haben keine zusätzlichen Personen engagiert. Die rund zehn Suizidpräventionsvereine erhalten 200'000 Euro jährlich dafür, dass sie sich an der Umsetzung des Aktionsprogramms beteiligen. Über weitere finanzielle Mittel auf nationaler Ebene verfügt das Programm nicht.

Regionale Ebene

Auf regionaler Ebene sind die 26 regionalen Agenturen für Gesundheit (ARS: Agences régionales de santé) für die Umsetzung des nationalen Aktionsprogramms zuständig. Die Zentralregierung überwacht die Arbeit der regionalen Agenturen für Gesundheit mittels mehrjährigen Ziel- und Mittelvereinbarungen. So sind die regionalen Agenturen für Gesundheit verpflichtet, die je nach Region unterschiedliche Suizidrate zu senken. Da die Agenturen völlig autonom sind, bestimmen sie alleine – gestützt auf die bereits bestehenden regionalen Suizidpräventionsanstrengungen – wie das Ziel erreicht werden soll. Die strategischen und operativen Organe variieren entsprechend von einer Region zur anderen. Die Agenturen arbeiten mit verschiedenen lokalen Akteuren zusammen und regeln diese Zusammenarbeit durch Übereinkommen. Die nationale Sonderbeauftragte trifft sich mit ihren regionalen Ansprechpartnern einmal jährlich anlässlich eines Austauschtreffens. Ein regelmässigerer Austausch ist aus zeitlichen Gründen nicht möglich, weil dafür die hierarchischen Wege eingehalten und der nationale Steuerungsrat konsultiert werden müsste. In diesem Rat haben alle DirektorInnen der regionalen Agenturen für Gesundheit Einsitz und treffen sich alle vierzehn Tage in Paris, um die nationale Kohärenz der Gesundheitspolitik sicherzustellen.

Die regionalen Agenturen für Gesundheit erhalten für ihre Präventionsaktivitäten Mittel von der Zentralregierung. Sie sind frei, wie sie die Mittel auf die unterschiedlichen Präventionsaktivitäten verteilen. Die Sonderbeauftragte hat keinen Überblick, wie viele Mittel auf regionaler Ebene effektiv für die Suizidprävention eingesetzt werden. Das variiert von einer Region zur anderen und ist in einer Minderheit der Regionen beträchtlich.

A 4.7.3 INHALTLICHE SCHWERPUNKTE

Das Ziel des nationalen Aktionsprogramms gegen Suizid wurde zwar nie schriftlich festgehalten. Angestrebt wird jedoch, dass das Aktionsprogramm zur Reduzierung der Suizidrate beiträgt. Dafür werden insgesamt 49 Massnahmen umgesetzt, welche zu sechs Themenschwerpunkten gebündelt sind. Ein wesentlicher Anteil dieser 49 Massnahmen hat ihren Ursprung in früheren Suizidpräventionsaktivitäten und wird im aktuellen Aktionsprogramm gegen Suizid lediglich weiterentwickelt oder -verbreitet. Zudem werden Massnahmen aus anderen Bereichen der öffentlichen Gesundheit aufgegriffen und in das Programm integriert. Über das ganze Aktionsprogramm hinweg lassen sich grob fünf Kategorien von Massnahmen erkennen. Erstens sind etliche Massnahmen der Entwicklung von schriftlichen, meist wissenschaftlich abgestützten Unterlagen wie Leitfäden, Empfehlungen, Studien, Bestandsaufnahmen und Empfehlungen gewidmet. Zweitens betreffen viele Massnahmen die Entwicklung von Informations- und Sensibilisierungsgrundlagen respektive -aktivitäten. Drittens sind nebst dem vierten Themenschwerpunkt auch in anderen Themenschwerpunkten Massnahmen zur Weiterbildung von unterschiedlichen Berufsgruppen vorgesehen. Viertens stellt die

Bereitstellung von epidemiologischen Daten sowie die Durchführung von Forschung ein weiterer wichtiger Bestandteil des Aktionsplans dar. Fünftens stehen Koordinationsfragen wie die Festlegung von Prozessen, die Zusammenarbeit zwischen Akteuren und Reorganisationen in einigen Massnahmen im Zentrum.

Was die Settings respektive die darin tätigen Fachleute betrifft, setzten die Massnahmen mit Abstand am häufigsten im Gesundheitswesen an. Ebenfalls in mehreren Massnahmen erwähnte Settings sind der Sozialbereich, die Betriebe, die Schule sowie Altersheime und die Spitex. Einzelne Massnahmen setzen in den Settings Gefängnis, Justiz, Polizei und Medien an. Ein umfassendes Massnahmenbündel für die Landwirtschaft geschnürt (Plan national d'actions contre le suicide en agriculture). Bei den Zielgruppen werden am häufigsten Kinder und Jugendliche erwähnt. Aber auch ältere Menschen, Arbeitnehmende, LandwirtInnen, Gefangene und Angehörige stehen in mehreren Massnahmen im Zentrum. In einzelnen Massnahmen werden Waffenbesitzende, psychisch Behinderte, schwerhörige Menschen, Homosexuelle und Menschen in prekären Verhältnissen erwähnt.

Nachfolgend werden die einzelnen Massnahmen unterteilt nach den sechs Themenschwerpunkten eingehender beschrieben.

Themenschwerpunkt 1: Entwicklung von Prävention und Postvention

Der Themenschwerpunkt I nimmt mit 22 Massnahmen den grössten Stellenwert im französischen Aktionsprogramm gegen Suizid ein. Die 22 Massnahmen sind zu sieben Massnahmenbündeln zusammengefasst.

Im ersten Massnahmenbündel werden *wissenschaftliche Grundlagen* geschaffen, um die Qualität und Wirksamkeit von Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit und zur Prävention von Suiziden zu beurteilen. Dazu sollen einerseits Akteuren aus dem Gesundheits- und Sozialbereich Good-Practice-Anleitungen zur Verfügung gestellt werden. Basierend darauf sollen diese Akteure Projekte entwickeln, welche dazu beitragen, die psychosozialen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen sowie die Erziehungskompetenzen von Eltern zu fördern (Aktion 1). Andererseits soll eine Synthese zu wirksamen Interventionen im Bereich Suizidprävention aus dem In- und Ausland erstellt und an die Fachleuten aus Wissenschaft sowie aus dem Gesundheits- und Sozialbereich vermittelt werden (Aktion 2).

Das zweite Massnahmenbündel zielt darauf ab, die *Telefon- und Onlineberatung* zur Förderung der psychischen Gesundheit und der Prävention von Suiziden zu verbessern und zu verbreiten. Zuständig für diese Telefon- und Onlineberatungen ist das nationale Institut für Prävention und Gesundheitserziehung (INPES), welches 13 Anbieter von Telefonberatung und 13 Anbieter von Onlineberatung überwacht und subventioniert. Um das Angebot zu verbessern, soll – erstens – eine Studie über die Telefonberatung von fünf verschiedenen Anbietern durchgeführt werden (Aktion 3). Zweitens sollen alle vom INPES unterstützten Angebote gemeinsame Instrumente zur Qualitätssicherung einführen und in Bezug auf die Wissensgrundlagen und Ausbildungsgänge vereinheitlicht werden (Aktion 4). Drittens sollen die Angebote über eine Informationsbroschüre bei verschiedenen Akteuren aus dem Gesundheits- und Sozialbereich sowie den Familien- und Patientenvereinigungen bekannt gemacht werden (Aktion 5). Viertens sollen

die Mitarbeitenden in der Telefon- und Onlineberatung für die Lebenssituation der in der Landwirtschaft tätigen Bevölkerung sensibilisiert werden und diese Zielgruppe auf die Beratungsdienste aufmerksam gemacht werden (Aktion 6).

Ein drittes Massnahmenbündel betrifft die *soziale Isolation und psychische Krisen*. Die ersten drei Massnahmen greifen bereits bestehende staatliche Aktivitäten auf. So sollen erstens die durch das Gesetz für Chancengleichheit aus dem Jahre 2005 geförderten 334 Selbsthilfegruppen für psychisch behinderte Personen weitergeführt und ihre Aktivitäten wissenschaftlich untersucht werden (Aktion 7). Zweitens werden für die Suizidprävention relevante Massnahmen aus dem bereits existierenden Plan zugunsten von tauben und schwerhörigen Personen aufgegriffen (Aktion 8). Drittens soll eine im Rahmen des Gesundheitsplans für Jugendliche aus dem Jahr 2008 entwickelte DVD zum Thema Homosexualität und Homophobie mit einer Informationsbroschüre und Unterrichtsunterlagen bei Fachleuten aus den Bereichen Prävention, Bildung und soziokultureller Animation verbreitet werden (Aktion 9). Neu wird – viertens – ein Leitfaden für die regionalen Gesundheitsagenturen entwickelt. Anhand von vielversprechenden Interventionen soll aufgezeigt werden, wie die soziale Isolation von älteren Menschen vorgebeugt und die soziale Partizipation gefördert werden kann (Aktion 10). Ebenfalls neu ist fünftens, dass in jeder Krankenkasse für LandwirtInnen eine interdisziplinäre Einheiten geschaffen werden soll, welche sich der Früherkennung und Prävention von psychosozialen Risiken bei LandwirtInnen widmet (Aktion 11).

Das vierte Massnahmenbündel betrifft die *Suizidprävention in Institutionen*. Dazu sollen – erstens – die seit 2000 in Frankreich bestehenden Massnahmen zur Suizidprävention in Gefängnissen evaluiert und insbesondere die Zusammenarbeit zwischen Gefängnis und Gesundheitspersonal harmonisiert werden (Aktion 12). Zweitens soll bei der Einrichtung eines neuen Heimes die Suizidprävention berücksichtigt werden. Dies bedeutet, dass das Personal über das Thema informiert und ausgebildet wird, dass Prozesse zur Begleitung von suizidwilligen Personen definiert werden und dass der Zugang zu Medikamenten respektive zu offenen Fenstern organisatorisch und architektonisch eingeschränkt wird (Aktion 13). Drittens soll ein bereits existierender Koffer mit Informationsmaterialien zur Depressionen weiter verbreitet werden, da Depressionen bei älteren Menschen ein grosses Suizidrisiko darstellen. Dazu sollen einerseits Weiterbildungen des Fachpersonals in Altersheimen genutzt werden. Andererseits soll der Koffer auch den Spitex-Diensten zugänglich gemacht werden (Aktion 14).

Das fünfte Massnahmenbündel ist auf die *Unterstützung der von einem Suizid betroffenen Personen und Fachpersonen (Postvention)* ausgerichtet. So sollen die Gesundheitsfachleute im Umgang und der Begleitung von Angehörigen geschult werden, welche von einem Suizid betroffen sind (Aktion 15). Weiter soll ein Krisenleitfaden mit Massnahmen im Bereich Postvention für Fachleute von sozialmedizinischen Einrichtungen und Spitexdiensten erarbeitet werden (Aktion 16). Schliesslich soll ein Leitfaden für Fachpersonen in Altersheimen erstellt werden, welcher sie für das Suizidrisiko bei älteren Menschen sensibilisiert (Aktion 17).

Das sechste Massnahmenbündel betrifft die *Kommunikation über Suizid im Internet*. Erstens sollen Anstiftungen zum Suizid beispielsweise durch Informationen über tödliche Mittel von Internetnutzenden neu auf einer bereits existierenden Internetseite er-

fasst werden können.⁵⁸ Die Anstiftung zum Suizid steht in Frankreich unter Strafe (Aktion 18). Zweitens sollen Betreiber von bei Jugendlichen beliebten sozialen Netzwerken und Blogs ein Informationskit zur Verfügung gestellt werden. Dadurch soll gewährleistet werden, dass die Betreiber die Jugendlichen besser sensibilisieren sowie an telefonische und internetbasierte Hilfsangebote weiterleiten können. (Aktion 19). Ebenfalls für Jugendliche sollen – drittens – die bereits bestehenden Internetseiten zum Thema Suizidprävention gesichtet und eine Liste mit denjenigen Seiten erstellt und bekannt gemacht werden, welche wissenschaftliche gestützte Informationen verbreiteten (Aktion 20).

Das siebte Massnahmenbündel setzt beim *Zugang zu tödlichen Mitteln* an. Dazu sollen einerseits Empfehlungen für Waffenbesitzende formuliert werden. Basierend darauf sollenden lokale Sensibilisierungskampagnen über die Gefahren der Waffen für Besitzzinnen und Besitzer sowie deren Umfeld durchgeführt werden. Am Beispiel ähnlicher Kampagnen in Quebec sollen die Waffenbesitzenden angehalten werden, ihre Waffen in einem mit einem Schlüssel verschliessbaren Ort zu sichern und die Munitionen in einem separaten Safe aufzubewahren (Aktion 21). Diese Sensibilisierungskampagne wird von den befragten Sonderbeauftragten als erfolgreich beurteilt. Andererseits soll eine Bestandsaufnahme zu gefährlichen Produkten sowie zur Sicherung von Gebäuden, Brücken und Bahnlinien erstellt werden. Je nach Bedarf sollen gesetzliche Grundlagen angepasst respektive Präventionsmassnahmen eingeleitet werden (Aktion 22).

Themenschwerpunkt 2: Verbesserung der Betreuung von Personen mit einem Suizidrisiko

Der zweite Themenschwerpunkte umfasst fünf Massnahmen, welche der Erkennung und Betreuung von Personen mit einem Suizidrisiko dienen. Erstens sollen Empfehlungen für die medizinischen Grundversorger entwickelt werden, welche diesen bei der Erkennung, Diagnosestellung und Behandlung von Depressionen bei Jugendlichen helfen sollen (Aktion 23). Zweitens ist eine Massnahme des Themenschwerpunkts den Personen gewidmet, welche in sozioökonomisch prekären Verhältnissen leben. Diese Personen werden aktuell von rund 100 mobilen psychiatrischen Teams betreut. Um eine umfassende sowohl psychiatrische als auch somatische Behandlung dieser Personen insbesondere nach einer Hospitalisierung sicherzustellen und einen Behandlungsabbruch zu vermeiden, soll ein Interventionsrahmen zwischen diesen mobilen psychiatrischen Teams und weiteren Gesundheitsdiensten erstellt werden (Aktion 25). Drittens soll die Zusammenarbeit zwischen Notfall- und psychiatrischen Stationen bei der Betreuung von suizidalen Personen verbessert werden. Dazu sollen entweder Behandlungsprotokolle in Spitälern mit einem psychiatrischen Konsiliardienst erstellt werden oder in Spitälern ohne einen solchen Dienst ein Übereinkommen mit einer psychiatrischen Klinik für die Behandlung von psychiatrischen Notfällen angestrebt werden. Zudem ist geplant, die Nachbetreuung von Personen nach einem Suizidversuch zu verbessern und ihnen bei der Entlassung aus der Notfallstation eine Notfallkarte abzugeben (Aktion 24). Viertens sollen einerseits die Empfehlungen aus dem Jahr 1998 für die stationäre Behandlung von Personen nach einem Suizidversuch überprüft werden. Andererseits soll überwacht werden, ob die medizinischen Institutionen im Rahmen des Zertifizierungsprozesses dazu angehalten werden, die Erkennung und die Behandlung

⁵⁸ [www.http://internetsegnement.gouv.fr](http://internetsegnement.gouv.fr)

von suizidwilligen Personen zu verbessern (Aktion 26). Fünftens soll im Rahmen einer Arbeitsgruppe diskutiert werden, wie die Gesundheit der Arbeitnehmenden im Falle einer betrieblichen Restrukturierung erhalten werden kann (Aktion 27).

Themenschwerpunkt 3: Information und Kommunikation rund um die Suizidprävention

Der dritte Themenschwerpunkt umfasst fünf Massnahmen. Erstens soll die nationale Informationskampagne für die breite Öffentlichkeit zum Thema Depression, welche auf einer Informationsbroschüre und einer Internetseite beruht weitergeführt werden (Aktion 28). Zweitens sollen weiterhin die Informations- und Kommunikationsaktivitäten von nationalen Vereinen unterstützt werden, welche im Bereich der Suizidprävention tätig sind (Aktion 30). Drittens richtet sich eine Massnahme an die Zielgruppe der Jugendlichen und ihre Angehörigen. Aufgrund der geringen Evidenz bezüglich wirksamer Suizidpräventionsmassnahmen bei Jugendlichen soll das Nationale Institut für Prävention und Gesundheitserziehung (INPES) zuerst eine Bedarfsabklärung machen und danach konkrete Massnahmen zur Umsetzung vorschlagen. Währenddessen sollen bereits bestehende Massnahmen zur Prävention risikoreicher Verhaltensweisen von Jugendlichen insbesondere im Bereich Sucht weitergeführt werden (Aktion 29). Viertens ist geplant, dass in allen der dreizehn Schulen für angehende JournalistInnen Informations- und Sensibilisierungsveranstaltung über eine angemessene Kommunikation zur Suizidprävention durchgeführt werden (Aktion 31). Diese Veranstaltungen werden von der interviewten Sonderbeauftragten als gelungen hervorgehoben. Fünftens ist vorgesehen, dass die bestehenden Adressbücher mit Informationen über Hilfsangebote aktualisiert werden (Aktion 32).

Themenschwerpunkt 4: Ausbildung von Fachleuten

Der vierte Themenschwerpunkt schliesst sechs Massnahmen zur Aus- und Weiterbildung von Fachleuten ein. Die erste Massnahme des Themenschwerpunkts umfasst die Erarbeitung eines Leitfadens für Pflegendе, Sozialarbeitende und PsychologInnen im Setting Schule. Der Leitfaden soll diesen Fachpersonen beim Erkennen von psychischen Krisen und Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen helfen (Aktion 33). Als zweite Massnahme soll der Leitfaden in der Aus- und Weiterbildung dieser Fachpersonen aufgegriffen werden. Zusätzlich sollen auch die SchulärztInnen bezüglich der Erkennung von psychischen Krisen geschult werden (Aktion 34). Die beiden Aktionen beim nicht pädagogischen Personal von Schulen werden von den befragten Sonderbeauftragten als erfolgreich beurteilt. Die dritte Massnahme betrifft die Suizidproblematik in Gefängnissen. Es ist geplant, dass die Hochschule für öffentliche Gesundheit und die nationale Schule für die Gefängnisverwaltung multidisziplinäre und interprofessionelle Veranstaltungen für das Gefängnispersonal und insbesondere die Gesundheitsfachpersonen in den ambulanten Versorgungseinheiten der Gefängnisse veranstalten. Diese Veranstaltungen sollen sich auf bereits vorhandene Empfehlungen stützen und Übungen in der Praxis beinhalten (Aktion 35). Die vierte Massnahme betrifft die Aus- und Weiterbildung in verschiedenen Settings und umfasst drei Ansätze. Zuerst soll das bereits bestehende Netzwerk der über 700 zum Thema Intervention bei suizidalen Krisen weitergebildeten Ausbilder von Fachpersonen betreut werden. Weiter soll die Behandlung suizidaler Krisen in die Masterausbildungen der Hochschule für öffentliche Gesundheit einfließen. Schliesslich soll das Thema in den obligatorischen Weiterbildungen des Pflegepersonals aufgegriffen werden (Aktion 36). Die letzten beiden Mass-

nahmen betreffen das Setting Arbeit. Seit 2009 besteht die Internetseite <[www.http://travailler-mieux.gouv.fr](http://travailler-mieux.gouv.fr)>. Diese ist ein Informations- und Austauschgefäß für Betriebsärzte unter anderem zur Prävention von psychosozialen Risiken. Es finden sich aber auch für die breite Öffentlichkeit, die Arbeitnehmenden sowie die Unternehmen Informationen zum Thema. Neu sollen auch die Themen Suizidprävention sowie Vorgehen nach einem Suizid am Arbeitsplatz auf der Internetseite aufgegriffen werden (Aktion 37). Die sechste Massnahme verfolgt das Ziel, dass Fragen zur Gesundheit und Sicherheit in alle Ausbildungsgänge der Hochschulen für Betriebswirtschaft und für Ingenieure einfließen soll. Das Aktionsprogramm stützt sich dabei auf bereits bestehende Bemühungen in diesem Bereich (Aktion 38).

Themenschwerpunkt 5: Monitoring und Forschung

Der fünfte Themenschwerpunkt umfasst neun Massnahmen im Bereich Monitoring und Forschung. Die ersten sechs Massnahmen zielen darauf ab, die Datengrundlage sowie das Monitoring zu den Suizidversuchen (Aktionen 39, 40, 41) respektive zu den erfolgten Suiziden (Aktionen 42, 43, 44) zu verbessern. Dabei wird zwischen der Gesamtbevölkerung (Aktion 39, 42), den Arbeitstätigen (40, 43) sowie den Gefängnisinsassen (Aktion 41, 44) unterschieden. Im Setting Arbeit sollen beispielsweise Unterschiede in der Anzahl der Suizidversuche respektive erfolgter Suizide nach Wirtschaftssektor und beruflichen Kategorien vertieft untersucht werden. Im Rahmen der siebten Massnahme sollen Informationen zu Suizidversuchen und erfolgten Suizidversuchen in sozialmedizinischen Einrichtungen für ältere und behinderte Menschen vom Personal noch besser im seit 2007 bestehenden Alarmsystem erfasst werden (Aktion 45). Als achte Massnahme des Themenschwerpunkts soll die Forschung über Suizidhandlungen vorangetrieben werden, indem die Thematik in bestehende Forschungsprogramme und -projekte insbesondere zur psychischen Gesundheit aufgegriffen wird (Aktion 46). Die neunte Massnahme zielt darauf ab, dass in der klinischen Forschung Angebote zur Nachbetreuung von Personen nach einem Suizidversuch aufgebaut und auf ihre Wirksamkeit hin überprüft werden (Aktion 47).

Themenschwerpunkt 6: Steuerung und Umsetzung des nationalen Aktionsprogramms gegen Suizid

Im Themenschwerpunkt 6 steht die Koordination zwischen nationaler und regionaler staatlicher Ebene im Zentrum. Eine Massnahme zielt darauf ab, einen auf die regionalen Gegebenheiten abgestimmten Indikator zur Reduzierung der Suizidrate in den mehrjährigen Ziel- und Mittelvereinbarungen zwischen Zentralregierung und den regionalen Agenturen für Gesundheit zu bestimmen (Aktion 48). Als zweite Massnahme ist geplant, dass sich die Direktion für Gesundheit der Zentralregierung und die regionalen Agenturen für Gesundheit jährlich treffen, um sich über die Umsetzung des nationalen Aktionsprogramms gegen Suizid auszutauschen (Aktion 49).

A 4.7.4 WIRKUNGEN UND EVALUATION

Das nationale Aktionsprogramm gegen Suizid endete 2014. Im Jahr 2015 erstellt die Direktion für Gesundheit einerseits eine Bilanz über die durchgeführten Massnahmen. Alle in das Aktionsprogramm eingebundenen staatlichen Stellen sollen für jede einzelne Massnahme über den Stand der Umsetzung, die Finanzierung, die Weiterführung sowie fördernde und hemmende Faktoren berichten. Andererseits wurde der Hohe Rat der öffentlichen Gesundheit mit einer Evaluation der Relevanz, der äusseren Kohärenz, der

Effektivität und der Wirksamkeit des Aktionsprogramms beauftragt. Da diese Arbeiten am Laufen sind, ist es zum jetzigen Zeitpunkt zu früh, die Umsetzung und die Wirkung des Aktionsprogramms abschliessend zu beurteilen.

A 4.7.5 QUELLEN

Dokumente

- Programme national d'action contre le suicide (2011–2014)
- Observatoire national du suicide: Suicide. État des lieux des connaissances et perspectives de recherche. 1^{er} Rapport/Novembre 2014

Interview

- Laure Salomé, Chargée de la prévention du suicide, Bureau de la psychiatrie et de la santé mentale, Sous-direction de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques, Direction générale de la santé, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes
- Geneviève Castaing, cheffe du bureau „psychiatrie et santé mentale“ de la Direction Générale de la Santé
- Elisabeth Roche, adjointe du bureau „Psychiatrie et santé mentale“.

A 4.8 LÄNDERPORTRAIT SCHOTTLAND

A 4.8.1 SUIZIDPRÄVENTIONSTRADITION

Seit 2002 verfügt Schottland über eine nationale Strategie sowie einen Aktionsplan zur Suizidprävention. Diese auf zehn Jahre angelegte Strategie „Choose Life“ wurde von der schottischen Regierung als Teil der nationalen Strategie für psychische Gesundheit „National Programme for Improving Mental Health and Wellbeing“ verabschiedet. Übergeordnetes Ziel dieser Strategie bildete die Reduktion der Suizidrate um 20 Prozent bis 2013. Des Weiteren wurden sieben Massnahmenbereiche definiert: (1) Früherkennung und Frühintervention, (2) Krisenintervention, (3) Behandlung und Versorgung, (4) Nachbetreuung und Postvention, (5) Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung, (6) Medienberichterstattung sowie (7) Evidenz und Forschung. In ihrem zehnjährigen Bestehen wurde die nationale Strategie zwei Mal evaluiert. Auf Basis dieser Evaluationen wurden die Ziele kontinuierlich angepasst. 2012 – und damit mit Ablauf der zehnjährigen Frist der Strategie „Choose Life“ – wurde die Ausarbeitung der Nachfolgestrategie in Angriff genommen. Resultat davon ist die „Suicide Prevention Strategy 2013–2016“. Die nachfolgenden Ausführungen konzentrieren sich auf dieses aktuellste Strategiepapier.⁵⁹

A 4.8.2 STRUKTUREN UND PROZESSE

In diesem Abschnitt werden zuerst die Strukturen und Prozesse auf nationaler und danach auf regionaler Ebene beschrieben.

⁵⁹ Die Themenschwerpunkte der vorangehenden Strategien sind mit der neuen Strategie nicht als irrelevant zu betrachten. Viel mehr konnte durch die gewonnen Erfahrungen einige Themen zusammengefasst und fokussierter formuliert werden.

Nationale Ebene

Sowohl das Gesundheitssystem als auch das politische System sind in Schottland anders organisiert als in der Schweiz. Die Gesundheitspolitik wurde grösstenteils von der Zentralregierung Grossbritanniens in die Kompetenz von Schottland übergeben. Innerhalb der schottischen Regierung ist die Direktion für Gesundheit und Sozialwesen (Directorate for Health and Social Care) verantwortlich für die Gesundheitspolitik. Diese Direktion steuert das nationale hauptsächlich durch Steuern finanzierte Gesundheitswesen (National Health Service [NHS]). Der nationale Gesundheitsdienst ist in regionale Niederlassungen aufgeteilt. Neben der ambulanten und stationären Versorgung sind weitere neun nationale Gesundheitsbehörden Bestandteil des nationalen Gesundheitswesens. Diese erbringen Dienstleistungen für das ganze Land wie Ambulanz, Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals, Gesundheitsförderung oder Qualitätssicherung.⁶⁰

Innerhalb der Direktion für Gesundheit und Sozialwesen ist die Division für psychische Gesundheit (Mental Health Unit) die zuständige Behörde für die Suizidprävention. An dieser Division angegliedert ist die Arbeitsgruppe für die Implementierung und das Monitoring (Suicide Prevention – Implementation and Monitoring Group). Diese Arbeitsgruppe bildet das strategische Organ der Strategie. Sie ist neben der strategischen Ausrichtung für die Überwachung der Umsetzung zuständig und erstattet regelmässig Bericht an die Regierung. Gegenwärtig trifft sich die Arbeitsgruppe vier Mal im Jahr. In der Arbeitsgruppe vertreten sind verschiedene Regierungsvertretende, Vertretende des nationalen Gesundheitsdiensts, der Bereich der Sozialarbeitenden und Grundversorger sowie Freiwilligenorganisationen. Ebenfalls Einsitz in der Arbeitsgruppe hat das nationale Programmteam (National Suicide Prevention Programme Team).

Das nationale Programmteam ist das operative Organ der Suizidpräventionsstrategie. Es ist im NHS Health Scotland angesiedelt. Diese Behörde ist innerhalb des Gesundheitssystems für die Gesundheitsförderung zuständig. Das nationale Programmteam ist massgeblich an der Weiterentwicklung der Strategie beteiligt, sorgt für die Umsetzung gewisser Ziele der Strategie und übernimmt aber übergeordnete Aufgaben in den Bereichen der Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals, der Sensibilisierungs- und Informationsarbeit, der Unterstützung der lokalen Autoritäten sowie der Generierung von Evidenz für die Suizidprävention.

Mit dem Start der Strategie 2002 wurden drei nationale in der Suizidprävention tätige Organisationen – der Scottish Prison Service (SPS), ChildLine sowie die Samaritans – finanziell unterstützt, damit sie jeweils einen Koordinator für die Suizidpräventionsstrategie bestimmen. Diese Finanzierung wurde mittlerweile gestrichen, aber das Programmteam arbeitet immer noch eng mit diesen Organisationen zusammen. Das Programmteam stellt diesen Akteuren jeweils ihre Zeit und Expertise zur Verfügung. Gleichzeitig profitiert das Programmteam von den Aktivitäten der Organisationen, wie etwa dem Medienmonitoring, das von den Samaritans durchgeführt wird.

⁶⁰ Dazu zählen NHS Healthcare Improvement Scotland, NHS Health Scotland, Scottish Ambulance Service, State Hospitals Board for Scotland, NHS Education for Scotland, NHS 24, National Waiting Times Centre sowie NHS National Services Scotland NSS.

Die Ressourcen für das Suizidprogramm werden vollumfänglich von der schottischen Regierung zur Verfügung gestellt. In der Vergangenheit wurden rund 4 Millionen Pfund für das Programm ausgegeben. Heute sind es weniger aber die genaue Summe ist unbekannt. Ein Viertel der finanziellen Mittel wird jedoch nach wie vor auf nationaler und drei Viertel auf regionaler Ebene eingesetzt. Auf nationaler Ebene sind für die Suizidprävention drei Personen Vollzeit für die Suizidprävention tätig. Diese können innerhalb der für Gesundheitsförderung zuständigen Behörde (NHS Health Scotland) von der Expertise weiterer Mitarbeitenden und Abteilungen profitieren.

Von der befragten Verantwortlichen für „Choose Life“ wurden auf nationaler Ebene drei Faktoren hervorgehoben, welchen den Erfolg des Programms begünstigen:

- *Bekanntnis der Zentralregierung zur Suizidprävention:* Die schottische Regierung hat mit der Verabschiedung der Strategie ein klares Bekenntnis zur Suizidprävention abgelegt, welches sie über die Jahre aufrecht erhalten und kontinuierlich erneuert hat. Dies ist ein starkes Signal gegenüber anderen Akteuren und der Öffentlichkeit.
- *Interdisziplinärer und interinstitutioneller Ansatz:* Bei der Suizidprävention handelt es sich um ein interdisziplinäres und interinstitutionelles Unterfangen. Das nationale Programmteam verfügt nicht über ausreichend Ressourcen und Kenntnisse, um die Suizidprävention alleine zu bewältigen. Deshalb war es wichtig, die Verantwortung für die Suizidprävention zwischen den Akteuren aufzuteilen und die Rechenschaftsablegung zu klären.

Regionale Ebene

Auf regionaler Ebene bilden die kommunalen Planungspartnerschaften (Community Planning Partnerships [CPPs]) das strategische Organ für die Suizidprävention. 2003 wurden alle schottischen Verwaltungseinheiten (Council Areas) verpflichtet, solche Partnerschaften zu etablieren. Sie bestehen aus allen relevanten Akteuren des öffentlichen, privaten sowie freiwilligen Sektors. Grundsätzlich sollen alle Individuen teilnehmen können, die dies wünschen. Daneben sind einige Akteure verpflichtet, in den kommunalen Planungspartnerschaften teilzunehmen. Dazu zählen etwa die regionalen Niederlassungen des nationalen Gesundheitsdiensts (NHS), die nationale Behörde für Wirtschaftsentwicklung, Unternehmen, Innovation und Investment (Scotland Enterprise), lokale Autoritäten oder die schottische Transportbehörde (Strathclyde Partnership for Transport). Die kommunalen Planungspartnerschaften stellen sicher, dass die öffentlichen Dienstleistungen in enger Zusammenarbeit aller Akteure erbracht werden und sich Gemeinden und Bevölkerung an der Entscheidungsfindung über öffentliche Dienstleistungen beteiligen. Im Bereich der Suizidprävention erarbeiten und verabschieden sie lokale Aktionspläne. Bereits drei Jahre nach Inkrafttreten der Strategie sind in allen Regionen durch die Planungspartnerschaften Suizidpräventionspläne definiert worden.

Welche Aktivitäten die Regionen (Council Areas) umsetzen und wie viel Geld sie dafür ausgeben wollen, bestimmen sie selbst.⁶¹ Es wird allerdings von den Verwaltungseinheiten

⁶¹ Das war nicht immer so. Zu Beginn wurde das Geld von der Regierung an die lokalen Autoritäten zweckgebunden gesprochen.

ten erwartet, dass sie die Aktivitäten in ihrer Region koordinieren und evaluieren. Dafür erhalten sie vom nationalen Programmteam Unterstützung in Form bilateraler Beratung sowie von Anleitungen.⁶² Die Mittel für unabhängige Evaluationen fehlen in den meisten Gebieten. Zudem gibt es die Vorgabe, dass mindestens 50 Prozent der ersten Kontaktpersonen (z.B. Empfangspersonal) der nationalen Gesundheitsbehörde (NHS) im Hinblick auf die Suizidprävention eine Schulung durchlaufen haben. Das ist Aufgabe der regionalen Niederlassungen der nationalen Gesundheitsbehörde (NHS Boards).

Für die operative Umsetzung dieser lokalen Aktionspläne sind die regionalen Niederlassungen des nationalen Gesundheitsdiensts, die lokalen Koordinatoren sowie Steuerungs- und Entwicklungsgruppen zuständig. Die administrative Angliederung sowie die Kompetenzen der lokalen Koordinatoren sind je nach Verwaltungseinheit unterschiedlich. Aufgrund des Spardrucks sind die lokalen Koordinatoren nicht mehr nur für die Suizidprävention zuständig, sondern übernehmen noch andere Aufgaben. Die bisherigen Erfahrungen des Programms haben gezeigt, dass die lokalen Koordinatoren die Umsetzung erfolgreich vorantreiben, wenn sie eine leitende Funktion bekleideten, ihre Stelle in einem für die Suizidprävention zentralen Arbeitsgebiet der Verwaltung wie die psychische Gesundheit angesiedelt war, sie sich regelmässig mit relevanten Akteuren austauschten und ihre Aufgabe über einen längeren Zeitraum wahrnahmen.

Die Ressourcen für die Suizidprävention sind im Gesamtbudget enthalten, welche die lokalen Verwaltungseinheiten von der Zentralregierung erhalten. Bis anhin haben in den Regionen bereits unterschiedliche Veranstaltungen zur Suizidprävention stattgefunden und es wurden zielgruppenspezifische Projekte durchgeführt. Daneben haben die kommunalen Planungspartnerschaften auch Organisationen mit Finanzmitteln unterstützt, damit diese Leistungen im Bereich der Suizidprävention erbringen.

Bezüglich der Koordination zwischen nationaler und regionaler Ebene wurden von den befragten Verantwortlichen für „Choose Life“ folgende fördernde und hemmende Faktoren hervorgehoben:

- *Starke nationale Steuerung durch das Programm:* Einerseits wurde mit dem nationalen Programmteam eine wichtige Koordinations-, Überwachungs-, Qualitätssicherungs- und Beratungsstelle für die lokalen Regionen geschaffen. Andererseits werden die lokalen Regionen direkt finanziell unterstützt.
- *Fehlende gemeinsame Outcomeziele:* Sowohl in der vorangehenden, wie auch in der aktuellen Strategie wurden auf nationaler Ebene keine klaren Outcomeziele (anzustrebende kurz- und mittelfristige Veränderungen bei Multiplikatoren und Zielgruppen) definiert. Es wäre aber wichtig, dass sich die Regionen an gemeinsamen und klaren Zielen orientieren und die Zielerreichung so auch überprüfen können.
- *Mangelnde Planung von Monitoring und Evaluation:* Sowohl einheitliche Monitoringsysteme und Evaluationen hätten von Beginn weg eingeplant werden müssen. Gegenwärtig geschieht die Erfassung und Auswertung von Daten in den Regionen

⁶² Dies geschah etwa durch die sogenannten „Performance Stories“. Vgl. beispielsweise: <http://www.chooselife.net/uploads/documents/96-NPSLGBTYouthScotland.pdf>, Zugriff am 23.2.15.

sehr unterschiedlich oder gar nicht. Das wäre allerdings wichtig, um Interventionen evidenzbasiert auszugestalten und Ziel- sowie Risikogruppen gezielter zu adressieren.

- *Unsystematische Berichterstattung von regionaler zu nationaler Ebene:* Aufgrund der unterschiedlichen Ausgestaltung der Monitoringsysteme in den Regionen, erfolgt die Berichterstattung von der regionalen zur nationalen Ebene zu wenig systematisch. Das erschwert dem nationalen Programmteam den Vergleich der Regionen.

A 4.8.3 INHALTLICHE SCHWERPUNKTE

Ziel der Strategie ist eine verbesserte Krisenintervention, eine Veränderung in der Art, wie über Suizid gesprochen wird sowie eine Verbesserung der Antwort des Gesundheitsversorgungssystems gegenüber suizidalen Personen. Die Strategie fokussiert auf Suizidprävention in den Gemeinden und in der Versorgung und ist um fünf Themen herum strukturiert. Über die fünf Themenschwerpunkte wurden insgesamt elf Erkenntnisse formuliert.

Die Interventionen zielen dabei vor allem auf die Settings Gesundheitsversorgung, Gemeinden, Betriebe und Schulen respektive die darin tätigen Fachleute und Multiplikatoren ab. Als Zielgruppe steht die gesamte Bevölkerung im Zentrum der Strategie. Als Risikogruppen werden folgende Personen aufgeführt. Erstens werden Personen mit Vorerkrankungen erwähnt. Bei diesen kann es sich entweder um psychische Krankheiten insbesondere Depressionen und bipolare Störungen oder Suchterkrankungen wie übermäßiger Alkoholkonsum respektive eine Kombination von psychischer und suchtbedingter Krankheit handeln. Ebenso zählen Personen, die sich in einer psychiatrischen Behandlung befinden respektive gerade aus einer entlassen wurden, zu den Risikogruppen. Zweitens werden suizidale Personen aufgeführt, die entweder durch selbstverletzendes Verhalten oder einen Suizidversuch in der Vergangenheit aufgefallen sind. Drittens werden Personen in einer Krisensituation wie Arbeitslosigkeit oder Stress insbesondere infolge von körperlichem oder sexuellem Missbrauch als Risikogruppen identifiziert. Viertens stellen Personen mit einem tiefen sozioökonomischen Status oder einer homosexuellen, bisexuellen oder transsexuellen Identität eine Risikogruppe dar.

Themenschwerpunkt 1: Umgang mit Menschen in Krisen

Im ersten Themenschwerpunkt steht der richtige Umgang mit Menschen in Krisen im Zentrum. Als wichtige Multiplikatoren werden in diesem Schwerpunkt das medizinische Personal in Notaufnahmen, Spitälern und Arztpraxen sowie Lehrpersonen und PolizistInnen erachtet. Bereits jetzt ist das nationale Programmteam in diesem Bereich sehr aktiv. Sie stellen die Qualität verschiedener Schulungsprogramme zur Suizidprävention sicher. In Zusammenarbeit mit den Anbietern dieser Schulungsprogramme organisieren sie Kurse für die AusbilderInnen („Train the trainers“). In diesen lernen die AusbilderInnen die Inhalte korrekt zu vermitteln und werden mit den neusten Schulungsversionen vertraut gemacht. Die konkrete Umsetzung der Schulungsprogramme wird ebenfalls vom Programmteam überwacht. Das Programmteam ist auch an der Entwicklung spezifischer Schulungsprogramme beteiligt. So wurde erst kürzlich ein Programm für HausärztInnen in ländlichen und abgelegenen Gegenden entwickelt.

In dem Bereich wird auch mit lokalen Regionen zusammengearbeitet, um deren Konzepte für die Arbeitskräfteentwicklung optimal auszugestalten.

In Zusammenarbeit mit der Ausbildungsbehörde innerhalb des Gesundheitsdienstes (NHS Education for Scotland) soll die Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals weiter vorangetrieben werden. Zudem werden die bereits existierenden Risikobeurteilungsinstrumente für Pflegende und ÄrztInnen in der Notaufnahme verbessert. Es werden weiter Ratgeber für die Krisenreaktion in verschiedenen Settings – auch ausserhalb der Versorgung – erarbeitet. Ergänzend dazu muss über allgemeine Sensibilisierungs- und Schulungsmassnahmen die gesamte Bevölkerung befähigt werden, Menschen in Krisensituationen Unterstützung anzubieten.

Themenschwerpunkt 2: Über Suizid sprechen

Ein zweiter Themenschwerpunkt liegt auf der Sensibilisierung und Entstigmatisierung von Suizid. Dazu führt das Programmteam bereits jetzt regelmässige Informations- und Sensibilisierungskampagnen für die gesamte Bevölkerung durch. Bei der Bestimmung der Zielgruppen, der Inhalte und der Gestaltung von künftigen Kampagnen zieht das Programmteam stets neue wissenschaftliche Erkenntnisse und Daten hinzu. Als Beispiel führt Alana Atkinson – die Programmmanagerin – an, dass ein grosser Prozentsatz von Personen, die Suizid begehen, Psychopharmaka nehmen und daher oft Apotheken aufsuchen. Aus diesem Grund wurde entschieden, in allen Apotheken Informationsmaterial der Kampagne aufzulegen. Diese Informationen gingen aus der schottischen Datenbasis ScotSID hervor. Die Sensibilisierung mit Hilfe gross angelegter Kampagnen soll fortgeführt werden. Dazu wird unter anderem in Zusammenarbeit mit der Gesundheitsförderungsbehörde (NHS Health Scotland) sowie der Organisation für die Entstigmatisierung und gegen die Diskriminierung psychisch Kranker *see me* eine Strategie zur Beeinflussung der öffentlichen Wahrnehmung erarbeitet. Neben traditionellen Kommunikationskanälen sollen auch soziale Medien benutzt werden. Der zweite wichtige Teil bildet die Sensibilisierung der Medienschaffenden. Hier hat das nationale Programmteam mit der nationalen Vereinigung der JournalistInnen (National Union of Journalists NUJ) Medienrichtlinien erarbeitet. Es soll weiterhin eng mit der Vereinigung zusammengearbeitet werden, um die Richtlinien aktuell zu halten und zu verbreiten.

Themenschwerpunkt 3: Verbesserung der Antwort der Gesundheitsversorgung (NHS) auf Suizid

Im Themenschwerpunkt 3 steht die Betreuung von suizidalen Personen im Gesundheitswesen im Zentrum. Da ein grosser Anteil von Personen vor einem Suizid nachweislich Kontakt zu Institutionen der Gesundheitsversorgung (Grundversorgung, Notaufnahme, Akutspitäler), muss dort die Reaktion auf eine Suizidgefährdung verbessert werden. Zu einer Verbesserung beitragen können – erstens – verschiedene Programme, der für gesundheitliche Qualitätssicherung zuständige nationale Behörde (Healthcare Improvement Scotland [NHS]). Dazu zählen das schottische Patientensicherheitsprogramm für psychische Gesundheit (Scottish Patient Safety Programme for Mental Health [SPSP-MH]), das Suizidberichterstattungs- und Lernsystem (Suicide Reporting

and Learning System [SRLS]⁶³) sowie die Datenbank für Suizidinformation (Scottish Suicide Information Database [ScotSID]). Zweitens soll unter anderem in Zusammenarbeit mit der Fachgesellschaft der Hausärzte (Royal College of General Practitioners) eine regelmässige Überwachung von langfristigen Medikamententherapien bei psychischen Krankheiten sichergestellt werden. Drittens sollen verschiedene Möglichkeiten geprüft werden, wie Depressionen und Angstzustände bei Personen mit anderen chronischen Krankheiten von Gesundheitsfachpersonen besser erkannt und behandelt werden können.

Themenschwerpunkt 4: Verbesserung der Evidenzbasis

Der Themenschwerpunkt 4 zielt darauf ab, die Evidenz von allen Aktivitäten des schottischen Suizidpräventionsprogramms zu verbessern. In diesem Bereich hat insbesondere das nationale Programmteam eine wichtige Aufgabe. Es unternimmt bereits jetzt viele Anstrengungen, um Interventionen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu prüfen. Kürzlich hat das Programmteam die Erlaubnis erhalten, Daten über das gesamte Gesundheitssystem hinweg zu verknüpfen und auf die Polizeirapporte zuzugreifen. Damit können zusätzliche Informationen über Risiko- und Zielgruppen erhalten werden und Massnahmen noch wirksamer ausgestaltet werden.⁶⁴ Weiter unterhält das Programmteam gute Kontakte mit führenden Forschenden im Feld der Suizidprävention und organisiert Austauschveranstaltungen. Wichtig ist die Pflege dieses Netzwerks insbesondere für die Ausarbeitung evidenzbasierter Anleitungen (Guidance)⁶⁵ für die lokalen Regionen. So kann der Wissenstransfer aus der Forschung in die Praxis sichergestellt werden. Um den Diskurs zwischen Praxis und Wissenschaft noch stärker zu fördern, organisiert das Programmteam regelmässig Seminare (learning events). An diese Seminare werden ExpertInnen aus anderen Ländern eingeladen. Für lokale Entscheidungsträger sowie weitere Akteure der Suizidprävention und -forschung in Schottland bietet sich dadurch die Gelegenheit, Wissen zu teilen.

In der neuen Strategie hält die schottische Regierung nun fest, dass falls für eine Aktivität keine Evidenz vorhanden ist, mindestens ein Evaluationskonzept bestehen muss, das aufzeigt, wie die Wirkungen gemessen werden können. Um die Evidenz der Aktivitäten zu beurteilen, werden Daten aus der Datenbank für Suizidinformation (ScotSID), dem Suizidberichterstattungs- und Lernsystem (SRLS), der nationale Untersuchungsbehörde für Suizide und Tötungsdelikte (National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide NCISH) sowie der Untersuchungen bei besonders schweren Unfällen (Fatal Accident Inquiry) herbeigezogen. Im Rahmen dieses Schwerpunkts werden die Datenbank für Suizidinformation (ScotSID) sowie der schottische Teil der Untersuchungsbehörde für Suizide und Tötungsdelikte (NCISH) weiterhin finanziell unterstützt.

⁶³ Alle psychischen Gesundheitsdienste der NHS Boards machen individuelle Reviews über Suizide, die von Personen unter ihrer Obhut begangen wurden. Die Qualitätssicherungsbehörde (NHS Healthcare Improvement Scotland) bietet mit dem SRLS eine Analyse dieser Reviews, um Lernprozesse und die Verbesserung der Strategie zu fördern.

⁶⁴ So konnte etwa festgestellt werden, dass 66 Prozent der Suizidenten in einem Anstellungsverhältnis stehen, obwohl Arbeitslosigkeit als Risikofaktor für Suizid gilt. Infolgedessen wurden die Arbeitgebenden mit Informationsmaterial zur Suizidprävention eingedeckt. So konnten gleichzeitig Arbeitgebenden und -nehmenden für die Thematik sensibilisiert werden.

⁶⁵ Als Beispiel dafür kann etwa der Ratgeber „Guidance on action to reduce suicides at locations of concern“ genannt werden, der letztes Jahr erschienen ist und Informationen darüber bietet, was als Best Practice bei der Hotspot-Sicherung gilt (<<http://www.healthscotland.com/documents/4880.aspx>>, Zugriff 23.2.15).

Themenschwerpunkt 5: Veränderungen und Verbesserungen unterstützen

Im Themenschwerpunkt 5 steht die Begleitung der Akteure, bei der Veränderung und Verbesserung des Programms im Vordergrund. Das nationale Programm wird weiterhin durch das Programmteam geführt, welches die lokalen Koordinatoren berät. In dessen Aufgabenbereich fallen insbesondere Massnahmen, die sich an die Gesundheit der gesamten Bevölkerung richten. Zudem werden Strukturen geschaffen, die ein Monitoring der hier formulierten Bekenntnisse erlauben. Dazu zählt etwa die Umsetzung und die Monitoring-Gruppe (Suicide Prevention – Implementation and Monitoring Group).

A 4.8.4 WIRKUNGEN UND EVALUATION

Das aktuelle Programm „Choose Life“ wurde auf der Basis von zwei Fremdevaluationen der ersten Phase von 2003 bis 2006 und der zweiten Phase zwischen 2006 und 2008 konzipiert. Diese beiden Fremdevaluationen fokussieren sich primär auf eine Beurteilung der Strukturen und Prozesse des Programms. Daneben wurde im Jahr 2011 eine Evaluation durchgeführt, welche die Wirkungen verschiedener Multiplikatoren-Schulungen beurteilte.

Das wichtigste Ergebnis der Evaluationen war, dass die Suizidrate seit Beginn des Programms um 18 Prozent gesunken ist. Die sinkende Suizidrate könne nicht direkt auf eine Ursache – und damit auch nicht direkt auf die Strategie – zurückgeführt werden. Viel eher lässt sich die Reduktion auf eine Vielzahl von Gründen zurückführen. Zu diesem Ergebnisse beigetragen hätten möglicherweise verschiedene kurz- und mittelfristige Veränderungen bei Multiplikatoren und Zielgruppen (Outcomes), welche gemäss den Evaluationen durch das Programm „Choose Life“ ausgelöst wurden. So hat erstens die Sensibilisierung der Fachpersonen für das Suizidrisiko und die Suizidprävention zugenommen. Seit der Einführung des Programms wurden 50'000 Fachleute wie das Gesundheitspersonal im Empfang der Gesundheitsdienste, Lehrpersonen, Sozialarbeitende im Gemeinwesen, Strafvollzugspersonal und PolizistInnen. Seit dem Start des Programms haben gemäss der Programmverantwortlichen rund 50'000 Personen eine Schulung absolviert. Im Gesundheitswesen sind das mindestens 50 Prozent der Erstkontaktpersonen. Zweitens werden an Depressionen erkrankte PatientInnen in der Grundversorgung besser identifiziert und behandelt. Drittens wurden bei psychisch erkrankten PatientInnen Rückfälle reduziert, da die Entlassung aus der stationären psychiatrischen Behandlung gestützt auf wissenschaftliche Evidenz verbessert wurde. Viertens hat sich die Medienberichterstattung über Suizid verbessert. Fünftens hat die Sensibilisierung für die Suizidproblematik in der breiten Bevölkerung zugenommen.

A 4.8.5 QUELLEN

Dokumente

- Scottish Government: Suicide Prevention Strategy 2013–2016.
- Griesbach, Dawn; Russell, Patricia (2011): Impact evaluation of the Choose Life training programme. Edinburgh.
- Russell, Patricia; Lardner, Claire; Johnston, Lucy; Griesbach, Dawn (2010): Evaluation of Phase 2 (2006–2008) of the Choose Life Strategy and Action Plan. Edinburgh.

Interview

- Alana Atkinson, Programme Manager.