

spectra

136



spectra-Newsletter
abonnieren

Suizidprävention

2 Suizidprävention in der Schweiz macht Fortschritte

Zwischenhalt beim Aktionsplan Suizidprävention. Im Jahre 2016 ist der Aktionsplan gestartet mit dem Ziel, die Anzahl der Suizide und der Suizidversuche in der Schweiz zu reduzieren. Wie ist der aktuelle Stand? Wo wurden Fortschritte erzielt? spectra wirft einen Blick auf die Suizidprävention in der Schweiz.

5 Koordinierte Suizidprävention: ein Zusammenspiel vieler Akteure

In der Schweiz engagieren sich zahlreiche Akteure auf nationaler, kantonaler und kommunaler Ebene in der Suizidprävention: NGOs, Stiftungen, Akteure aus der Wirtschaft, aus dem Gesundheits- und Sozialwesen usw. Die grosse Bandbreite an Akteuren erfordert eine verstärkte Vernetzung.

11 «Suizidprävention funktioniert – und zwar überall auf der Welt»

5 Fragen an Alexandra Fleischmann, Suizidpräventions-Expertin bei der Weltgesundheitsorganisation WHO. Im neuen WHO-Leitfaden stehen vier evidenzbasierte Massnahmen im Fokus. Die Menschheit müsse sich von der Vorstellung lösen, dass man nichts gegen Suizide tun könne – und jetzt handeln, sagt Fleischmann.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Suizidprävention in der Schweiz macht Fortschritte

Zwischenhalt beim Aktionsplan Suizidprävention. Im Jahre 2016 ist der Aktionsplan gestartet mit dem Ziel, die Anzahl der Suizide und der Suizidversuche in der Schweiz zu reduzieren. Wie ist der aktuelle Stand? Wo wurden Fortschritte erzielt? spectra wirft einen Blick auf die Suizidprävention in der Schweiz.

Suizide sind ein gravierendes Problem – weltweit wie auch in der Schweiz. Suizid verursacht global mehr Tote als beispielsweise Malaria oder Brustkrebs. Insgesamt verloren im Jahr 2019 gemäss der Weltgesundheitsorganisation WHO 700000 Menschen ihr Leben durch Suizid. Global ist Suizid damit bei den 15- bis 29-jährigen Männern die vierthäufigste Todesursache, bei den gleichaltrigen Frauen liegt Suizid auf Platz 3 der Todesursachen.

Auch die Schweiz ist betroffen: Zwar gehen die Suizidraten hierzulande seit den 1980er-Jahren zurück, trotzdem sterben in der Schweiz jeden Tag etwa drei Menschen durch Suizid, 75 Prozent davon sind Männer (siehe Artikel auf Seite 4). Suizide gehören nach Krebs- und Kreislauferkrankungen zu den häufigsten Gründen für frühzeitige Sterblichkeit (gemessen in verlorenen potenziellen Lebensjahren). Ausserdem haben sie immer Auswirkungen auf Hinterbliebene wie Angehörige, Freunde und das weitere Umfeld.

Suizidalität kann alle treffen

Suizidalität, das heisst suizidales Erleben und Verhalten, kann jede und jeden treffen: ob Mann oder Frau, alt oder jung, arm oder reich. Oft entsteht Suizidalität durch ein komplexes Zusammenspiel verschiedener Faktoren wie existenzielle Krisen, bedrohte Beziehungen oder Mobbing, das zur Eskalation führt. Suizidalität ist eine menschliche Reaktion auf grosses Leid und ist oft gekoppelt mit einer Depressionssymptomatik. Suizidale Menschen wollen aber meistens nicht sterben.

Suizidprävention wirkt

Suizide können daher verhindert werden – durch rechtzeitige, evidenzbasierte Massnahmen. Wichtig ist hier der Einbezug aller Gesellschaftsbereiche: Gesundheits-, Sozial-, Bildungs-, Bau- oder Polizeiwesen (s. Seite 5). Um den Akteuren einen gemeinsamen Orientierungsrahmen zu liefern, haben Bund und Kantone im Auftrag der eidgenössischen Räte gemeinsam mit der Stiftung Gesundheitsförde-

rung Schweiz und vielen weiteren Akteuren 2016 den Aktionsplan Suizidprävention erarbeitet.

Der Aktionsplan will einen Beitrag zur Reduzierung von suizidalen Handlungen leisten. Ziel ist es, die Rate an Suiziden in der Schweiz bis ins Jahr 2030 um 25 Prozent zu senken (verglichen mit 2013). Der Aktionsplan umfasst 10 Ziele und 19 Schlüsselmassnahmen. Viele Akteure sind im Bereich der einzelnen Schlüsselmassnahmen aktiv und oft kann auf Bestehendem aufgebaut werden. Das BAG unterstützt die Akteure bei der Umsetzung der Massnahmen durch

Suizide können verhindert werden – durch rechtzeitige, evidenzbasierte Massnahmen. Wichtig ist hier der Einbezug aller Gesellschaftsbereiche: Gesundheits-, Sozial-, Bildungs-, Bau- oder Polizeiwesen.

Vernetzungs- und Koordinationsarbeit sowie durch das Erarbeiten von Wissensgrundlagen.

Fünf Jahre nach Start des Aktionsplans hat das BAG eine Studie in Auftrag gegeben, um eine Zwischenbilanz zu ziehen. Das Evaluationsbüro Infrac führte in der Folge eine Ist-Analyse zum Stand der Aktivitäten in der Schweiz durch, sprach mit Akteuren und entwickelte Empfehlungen für die weitere Umsetzung.

Es bleibt noch viel zu tun

Der Bericht zum Zwischenstand zeigt, dass in manchen Bereichen des Aktionsplans wesentliche Fortschritte erzielt wurden und der Grad der Zielerreichung hoch ist, etwa jene Ziele, die Hand in Hand gehen mit der Förderung der psychischen Gesundheit im Allgemeinen. Hier gibt es etablierte Akteure sowie viele Kantone, die sich engagieren: So haben zum Beispiel fast alle Kantone ein Aktionsprogramm mit dem Akzent auf die Ressourcenstärkung und es gibt in der Schweiz viele Webplattformen, die über psychische Gesundheit informieren, Hilfsangebote bekannt machen und auch auf das Thema Suizidalität eingehen.

Umgekehrt gibt es Ziele, bei denen nur vereinzelte Initiativen iden-

Forum

Für eine wirksame Suizidprävention: Stand der Dinge und Perspektiven



Yves Dorogi, GRPS

Jedes Jahr begehen in der Schweiz fast 1000 Menschen Suizid. Suizide treten häufiger auf als Todesfälle durch Verkehrsunfälle, Aids und psychoaktive Substanzen zusammen. Sie sind jedoch nur die Spitze des Eisbergs, da 10- bis 15-mal mehr Menschen Suizidversuche unternehmen und noch

viel mehr Menschen suizidale Krisen durchleben, die mit starkem Leiden verbunden sind. Trotz der Bedeutung dieser Problematik für die öffentliche Gesundheit und der schädlichen Auswirkungen für betroffene Familien und Freunde ist das Thema Suizid in der Allgemeinbevölkerung wie auch bei den Fachpersonen im Gesundheits- und Sozialwesen noch immer weitgehend tabuisiert.

Das Thema Suizid ist bei jedem Menschen verbunden mit der persönlichen Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod. Es stellt moralische Werte und daraus resultierende Beurteilungen infrage. Darüber hinaus zirkulieren in der Bevölkerung zahlreiche Fehllannahmen zum Thema Suizid. Die folgenden

beiden Aussagen sind beispielsweise falsch: «Es ist gefährlich und schädlich, mit einer leidenden Person über Suizid zu sprechen» und «Die Suizidrate in der Schweiz ist in den letzten Jahren gestiegen».

Suizide sind kein unabwendbares Schicksal. Suizidprävention ist wirksam, aber nur wenige wissen, wie sie dazu beitragen können – obwohl einfache Mittel für alle zugänglich sind. Es gibt zahlreiche Ansatzpunkte für Präventionsmassnahmen und spezifische Behandlungen. Wir können mehrere Schwerpunkte nennen, die von der Groupe Romand Prévention Suicide entwickelt wurden:

- Schulungen zur eigenen Haltung und Reaktion auf suizidgefährdete Personen für Fachleute aus dem Gesundheits- und Sozialbereich (z.B. Kurzschulung «Faire face au risque suicidaire»).
- Gezielte Präventionsmassnahmen für bestimmte Bevölkerungsgruppen (z.B. Sensibilisierung in Schulen in Zusammenarbeit mit dem Verein Stop Suicide).
- Einführung spezifischer therapeutischer Massnahmen zur Behandlung nach einem Suizidversuch (z.B. die Kurztherapie ASSIP).
- Überwachung suizidaler Verhaltensweisen (z.B. Observatoire Romand des Tentatives de Suicides, ORTS).

Diese Interventionsachsen erfordern erhebliche Anstrengungen in Bezug auf die personellen Ressourcen und sind mit finanziellen Kosten verbunden; sie müssen auch durch angewandte Forschung im Bereich der Suizidprävention begleitet werden.

Wir hoffen sehr, dass die Bemühungen, die das BAG seit der Ausarbeitung des Nationalen Aktionsplans unternommen hat, in Zukunft von den Verantwortlichen auf Bundes- und Kantonsebene aktiver unterstützt werden – über spezifische Mittel, die sowohl dem Gesundheitsbereich als auch dem gesamten Netzwerk zugewiesen werden.

Groupe Romand Prévention Suicide (GRPS)

- Dr. Stéphane Saillant, Chefarzt, Abteilung für Allgemein- und Liaisonpsychiatrie, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie (CNP)
- Dr. Laurent Michaud, Assistenzarzt, Liaisonpsychiatrie, Abteilung für Psychiatrie, CHUV
- M. Yves Dorogi, Abteilung für Psychiatrie, Stellvertreter Pflegedienstleitung, CHUV (Präsident)
- Dr. Carole Kapp, Assistenzärztin, Service Universitaire de Psychiatrie d'enfants et d'adolescents (SUPEA), CHUV



Anne Lévy
 Direktorin
 Bundesamt
 für Gesundheit

Suizidprävention ist wichtig und wirkt

Zu wissen, dass in der Schweiz eine halbe Million Menschen mit Suizidgedanken lebt – und einige davon vielleicht in meinem Umfeld –, erschüttert mich. Wie gross muss ihre Verzweiflung sein, wenn das Beenden des eigenen Lebens als einzige mögliche Befreiung erscheint? Es erschreckt mich immer wieder, wie weit verbreitet Fehlannahmen zur Suizidprävention sind. Zum Beispiel höre ich oft, dass Suizidprävention nichts bringe, weil Menschen, die sterben wollen, sowieso einen Weg finden, sich das Leben zu nehmen. Die erste Fehlannahme ist, dass die Betroffenen sterben wollen. Dabei möchten sie meist keineswegs ihr Leben beenden, sondern nur ihrem unerträglichen psychischen Schmerz ein Ende bereiten. Die zweite Fehlannahme ist, ein Suizid lasse sich nicht verhindern.

Das Wissen um wirksame Präventionsmassnahmen ist offensichtlich noch zu wenig verbreitet. Weil Suizidprävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist und jede und jeder im beruflichen und privaten Umfeld zur Suizidprävention beitragen kann, ist es wichtig, dieses Wissen zu stärken. Ich bin froh, dass wir in dieser Ausgabe von spectra über Suizidprävention informieren. Das Thema wird nach wie vor viel zu wenig thematisiert. Als Gemeinschaft müssen wir alles daran setzen, Menschen mit Suizidgedanken zu unterstützen und zu verhindern, dass sie in ihrer Not zur Tat schreiten. Erwiesenermassen sind zum Beispiel Massnahmen wirksam, die an den strukturellen Rahmenbedingungen ansetzen. Ich denke dabei etwa an das Sichern von Brücken, wie dies in Bern gemacht wurde. An diesem Beispiel sieht man auch gleich, dass Suizidprävention keineswegs nur eine Aufgabe von Gesundheitsfachpersonen ist – oder gar nur von Psychiaterinnen und Psychologen. Mit dieser spectra-Ausgabe möchten wir zeigen, dass eine wirksame Suizidprävention nur mit einem breiten Massnahmenbündel in verschiedenen Politikbereichen umgesetzt werden kann. Es gibt noch viel zu tun!

tifiziert werden konnten und bei denen der Zielerreichungsgrad auf nationaler Ebene als gering eingeschätzt wurde (siehe Tabelle 1). Dies insbesondere im Hinblick auf die Reduktion der Verfügbarkeit suizidaler Mittel und Methoden, die Nachsorge von Hinterbliebenen nach Suizid sowie im Bereich von Forschung und Daten. Letzteres ist mit ein Grund, warum die Ist-Analyse zum Zwischenstand keine umfassende Evaluation im Sinne einer Wirkevaluation sein konnte.

Als Herausforderung beschreibt der Bericht etwa die grossen regionalen Unterschiede in der Umsetzung oder dass vulnerable Gruppen noch ungenügend erreicht werden. Weiter halten die Autorinnen und Autoren fest, dass das Feld an Akteuren in der Suizidprävention im Vergleich zu anderen Präventionsbereichen sehr breit ist, was eine besondere Herausforderung für eine koordinierte Suizidprävention darstellt. Dies steht im Kontrast zu den – wie der Bericht festhält – oft knappen Ressourcen. Daher gelte es auch, noch vermehrt Synergien zwischen der Suizidprävention und anderen Präventionsaktivitäten zu nutzen, z.B. bei der Prävention nichtübertragbarer Krankheiten, der Suchtprävention, der Gewaltprävention oder der Armutsbekämpfung.

Ausblick Aktionsplan

Wie geht es nun weiter mit dem Aktionsplan? Das BAG hat mit ausgewählten Akteuren (Kerngruppe) die Berichtsergebnisse, die künftige Zusammenarbeit und die Aufgabenverteilung diskutiert. Basierend auf diesem Austausch hat die Kerngruppe im September 2022 ihr En-

gagement in der Suizidprävention 2022–2024 festgelegt. Der Kerngruppe gehören an: die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH), das Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz (NPG) sowie das BAG (übernimmt die Koordination).

Die Kerngruppe fokussiert ihre Aktivitäten auf sieben Handlungsfelder. Diese haben in der Umsetzung enge Schnittstellen, um Synergien noch besser zu nutzen. Die

Handlungsfelder werden ergänzt durch Querschnittsaufgaben in der Koordination und Vernetzung (siehe Tabelle 2). Für detaillierte Informationen zu den geplanten Aktivitäten 2022–2024 siehe Link am Ende des Artikels.

Kontakt
 Esther Walter, Sektion Nationale Gesundheitspolitik,
 esther.walter@bag.admin.ch

Link: www.bag.admin.ch/suizidpraevention

Stand Umsetzung Nationaler Aktionsplan Suizidprävention (pro Handlungsfeld)

Ziele	Anzahl MN	Fortschritt seit 2017	Zielerreichungsgrad Umsetzung
1. Persönliche und soziale Ressourcen stärken	1		
2. Sensibilisieren und informieren	2*		
3. Einfachen Zugang zu Hilfe gewähren	1		
4. Früh erkennen und früh intervenieren	2*		
5. Wirkungsvoll betreuen und behandeln	3*		
6. Verfügbarkeit suizidaler Mittel reduzieren	4*		
7. Hinterbliebene und beruflich involvierte Personen unterstützen	1**		
8. Suizidpräventive Medienberichterstattung und verantwortungsvolle Mediennutzung fördern	2*		
9. Wissenschaftliche Grundlagen und Daten zur Verfügung stellen	2		
10. Beispiele guter Praxis weitergeben	1		

* Bei diesen Zahlen ist die Beurteilung zum Stand der Umsetzung der einzelnen Massnahmen nicht homogen und die Beurteilung auf Zielebene ist als Durchschnitt zu interpretieren, wobei jeweils die negativere Bewertung verwendet wurde, wenn der Durchschnitt zwischen zwei Bewertungsstufen lag.

** Beurteilung bezieht sich v.a. auf familiär Hinterbliebene.

Tabelle 1: Stand der Umsetzung des Aktionsplans Suizidprävention hinsichtlich der zehn Ziele im Zeitraum 2017 bis 2021.

Handlungsfeld	Geplante Aktivitäten 2022–2024
1 Ressourcen stärken, informieren/sensibilisieren, einfach Hilfe anbieten	– Synergien zu NCD-Strategie nutzen, z.B. im Rahmen der kantonalen Aktionsprogramme (KAP) und KAP-Projektförderung psychische Gesundheit – Website reden-kann-retten.ch
2 Verantwortungsvolle Medienberichterstattung	– Keine systematischen Aktivitäten, ein Engagement wird punktuell geprüft
3 Früherkennung und Frühintervention (F+F) ausserhalb des Gesundheitswesens	– Digitales Sensibilisierungs- oder Lernangebot für Fachpersonen ausserhalb des Gesundheitswesens
4 F+F im Gesundheitswesen, Betreuen und Behandeln	– Projektförderung «Prävention in der Gesundheitsversorgung» (PGV) spezifisch zur Suizidprävention – Arbeits- und Informationsmaterialien / Broschüren Suizidprävention
5 Beispiele guter Praxis weitergeben	– Synergien zur Nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD) nutzen, z.B. im Rahmen KAP, der KAP-Projektförderung und der PGV-Projektförderung – Onlineplattform www.bag-blueprint.ch – Anlässe vom Netzwerk Psychische Gesundheit
6 Verfügbarkeit von Mitteln und Methoden reduzieren	– Keine gezielten Aktivitäten, ein minimales Engagement wird geprüft
7 Daten, Forschung, Evaluation	– Punktueller Engagement (z.B. Auswertung von Routinedaten) – Liste mit Fachpublikationen
8 Querschnittsaufgabe / Community building	– Vernetzen und Koordinieren mit Akteuren der Suizidprävention, den Akteuren von NCD- und Sucht-Strategie, gemeinsame Tagungen mit Akteuren, Wissensverbreitung über die Kommunikationskanäle der Kerngruppe

Tabelle 2: Überblick über das geplante Engagement der Kerngruppe für die Jahre 2022 bis 2024.

Daten zu Suizidalität in der Schweiz: Verfügbarkeit und Handlungsbedarf

Damit Suizidprävention zielführend weiterentwickelt und evaluiert werden kann, sind gute schweizweite Daten zu relevanten Indikatoren unerlässlich. Der Nationale Aktionsplan Suizidprävention beinhaltet unter anderem das Ziel, den Akteuren entsprechende Routinedaten zur Verfügung zu stellen.

Wo steht die Schweiz hinsichtlich Suizidalität? Welche Massnahmen wirken, wo besteht weiterhin Handlungsbedarf? Um diese Fragen zu beantworten, braucht es eine gute Datenlage. Die umfassendsten Daten zu Suiziden veröffentlicht das Bundesamt für Statistik (BFS) jährlich im Rahmen der Todesursachenstatistik. Damit lässt sich die Suizidrate ermitteln, die auch die Bevölkerungsentwicklung berücksichtigt. Sie geht tendenziell zurück – was im Einklang mit dem Ziel des Aktionsplans Suizidprävention steht, die Suizidrate bis 2030 um 25 Prozent zu reduzieren. Jedoch ist dieser Rückgang nicht für alle Subgruppen gleich: So reduziert sich etwa die Anzahl Suizide pro 100 000 Einwohner seit 2013 deutlicher als jene bezogen auf 100 000 Einwohnerinnen. Die neusten Zahlen 2020 bestätigen dies.¹

Wenig Informationen zu Suizidversuchen und -gedanken
Suizide sind jedoch nur die Spitze von suizidalem Erleben und Verhalten. Weitere wichtige Indikatoren für die Planung und Evaluation von Massnahmen sind Suizidversuche und -gedanken. Im Rahmen der Umsetzung des Aktionsplans wurden in der Schweizer Gesundheitsbefragung (SGB) 2017 erstmals Fragen zu Suizidversuchen aufgenommen (Suizidgedanken waren schon 2012 Teil der Befragung). Im Auftrag des BAG hat das Schweizer Gesundheitsobservatorium Obsan diese Daten analysiert:

2017 gaben 7,8 Prozent der Befragten an, im Verlauf der letzten zwei Wochen vor der Befragung mindestens einmal Suizidgedanken gehabt zu haben. Ausserdem ergeben die Schätzungen, dass 2017 insgesamt 33 000 Menschen versucht haben, sich das Leben zu nehmen – damit kamen auf jeden Suizid 32 Suizidversuche.² Das BAG wird die entsprechende Analyse der SGB-Daten 2022 erneut in Auftrag geben.

Erhebung von Suizidversuchen durch Spitäler

Ergänzend zu diesen selbst berichteten Indikatoren empfiehlt die WHO das Dokumentieren von Suizidversuchen auf Notfallstationen von Akutspitälern. Dies gestaltet sich jedoch schwierig, da viele Betroffene einen Suizidversuch abstreiten. Eine Möglichkeit ist das Erheben von Suizidversuchen auf der Basis von selbstverletzendem Verhalten, jedoch liegt diese Erhebungsart in der Schweiz – in der Regel durch unabhängige Einzelstudien – nur für gewisse Zeiträume und geografische Regionen vor und die Daten sind nur begrenzt vergleichbar.

Das BAG hat deshalb 2021 das Obsan beauftragt, anhand der in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MSK) kodierten Informationen auf Basis von Diagnosen, Behandlungsprozeduren und weiteren Informationen jene Hospitalisierungen zu identifizieren, die möglicherweise Folgen ei-

nes Suizidversuchs sind. Diese Daten liegen jährlich für die ganze Schweiz vor und wurden 2022 erstmals für die Jahre 2017 bis 2020 im Obsan-Bulletin «Psychische Gesundheit. Kennzahlen mit Fokus Covid-19» veröffentlicht. Die Ergebnisse sind besorgniserregend: Von 2017 bis 2020 haben Hospitalisierungen aufgrund mutmasslicher Suizidversuche um 25 Prozent zugenommen, vor allem bei jungen Menschen. Bei den 0- bis 18-Jährigen haben stationär behandelte mutmassliche Suizidversuche um 55 Prozent zugenommen – bei weiblichen Personen dieser Altersklasse gar um 67 Prozent.³

Weniger Informationslücken, raschere Datenverfügbarkeit

Der Schlussbericht «Zwischenstand Umsetzung Nationaler Aktionsplan Suizidprävention» von Infras im Auftrag des BAG (2021) bescheinigt dem Bereich Verfügbarkeit und Optimierung von nationalen Routinedaten zu Suizidalität zwar einzelne Fortschritte. Es bestehen aber weiterhin Informationslücken, insbesondere bei Hintergrundinformationen und hinsichtlich Daten zu Suizidversuchen.

Im Bericht «Routinedaten zu Suiziden und Suizidversuchen in der Schweiz – Ist-Analyse und Identifizierung von Verbesserungspotenzial» von Interface im Auftrag des BAG werden entsprechende Empfehlungen zu Suiziddaten gemacht: Es sollen auch Begleiterkrankungen und zusätzliche Informationen bei Suizidfällen erhoben werden (z.B. Methode oder genauer Ort des Suizids). Weiter soll der Prozess zwischen Todesfall und Datenpublikation beschleunigt werden, um Massnahmen zeitnah evaluieren zu können – heute vergehen dazwischen zwei Jahre.

Kerngruppe setzt punktuell Massnahmen um

Die Empfehlungen aus dem Interface-Bericht systematisch voranzutreiben, ist primär Sache der zuständigen Organe wie des BFS und fällt nicht in den Zuständigkeitsbereich der Kerngruppe. Punktuell werden sich das BAG und Gesundheitsförderung Schweiz aber weiterhin im Bereich Daten, Forschung und Evaluation engagieren – etwa mit der Vergabe von Forschungsaufträgen ans Obsan oder an andere Forschungsinstitutionen.

Forschungen bekannt machen

Damit neue Forschungen und Erkenntnisse rasch für Fachpersonen zugänglich gemacht werden können, hat das BAG eine (nicht abschliessende) Übersicht zu Fachpublikationen mit empirischen Daten aus der Schweiz rund um das Thema Suizidalität erstellt. Link: <https://tinyurl.com/bdep9m2a>

Brauchen Sie Hilfe oder Beratung?

Kinder und Jugendliche: Pro Juventute

Telefon (rund um die Uhr) und SMS: 147
Mail und Chat: www.147.ch

Erwachsene: Dargebotene Hand / Sorgentelefon

Telefon (rund um die Uhr) und SMS: 143
Mail und Chat: www.143.ch

Weitere Informationen

www.reden-kann-retten.ch

Kontakt:

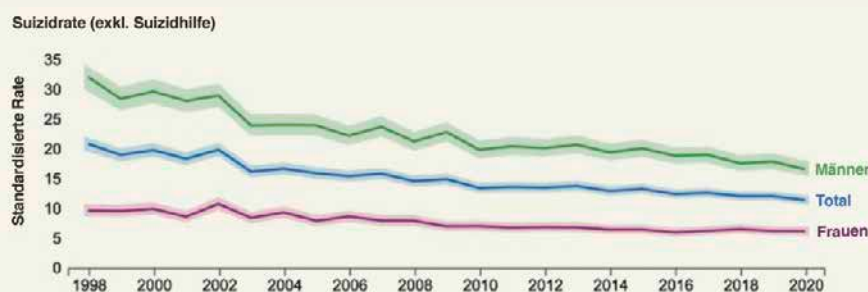
France Genin, Sektion Nationale Gesundheitspolitik, france.genin@bag.admin.ch

Links:

- Übersicht zu Fachpublikationen rund um Suizid (BAG): <https://tinyurl.com/bdep9m2a>
- Bericht «Routinedaten zu Suiziden und Suizidversuchen in der Schweiz – Ist-Analyse und Identifizierung von Verbesserungspotenzial» (Infras): <https://tinyurl.com/bdvpvraj>
- Medienmitteilung vom 3.10.2022 zu Suiziddaten 2020 (BFS): <https://tinyurl.com/29shnffz>

- 1 Obsan, 2022: Suizid und Suizidhilfe. <https://tinyurl.com/ez3ra24n>
- 2 Suizidgedanken und Suizidversuche in der Schweizer Bevölkerung, Obsan-Bulletin, 2019. <https://tinyurl.com/ycym4mvc>
- 3 Psychische Gesundheit. Kennzahlen mit Fokus Covid-19, Obsan-Bulletin 02/2022. <https://tinyurl.com/ptkrcmcc>

Suizidrate: Anzahl Fälle pro 100 000 Einwohner/-innen, standardisierte Rate



Quelle: BFS, Statistik der Todesursachen und Statistik der Haushalte (STATPOP), © Obsan 2022. Die Daten sind mit dem 95%-Vertrauensintervall dargestellt. Der Bereich innerhalb der Fehlerbalken enthält mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% den tatsächlichen Wert in der Bevölkerung. Die standardisierten Raten basieren auf der europäischen Standardpopulation 2010.

Die Suizidrate in der Schweiz geht tendenziell zurück, jedoch nicht in allen Subgruppen gleich stark.

Koordinierte Suizidprävention: ein Zusammenspiel vieler Akteure

In der Schweiz engagieren sich zahlreiche Akteure auf nationaler, kantonaler und kommunaler Ebene in der Suizidprävention: NGOs, Stiftungen, Akteure aus der Wirtschaft, aus dem Gesundheits- und Sozialwesen usw. Die grosse Bandbreite an Akteuren erfordert eine verstärkte Vernetzung.

Eine erfolgreiche Suizidprävention kann nur mit dem gemeinsamen Engagement vieler Akteure gelingen. Ihr Engagement hat dazu beigetragen, dass in den letzten Jahren einige Fortschritte erzielt werden konnten. Der Handlungsbedarf bleibt dennoch hoch. Das zeigt die Ist-Analyse zum Stand Umsetzung des Nationalen Aktionsplans Suizidprävention von Infras 2021 im Auftrag des BAG (siehe Leitartikel S. 2 und 3).

Mehrere Bundesämter aktiv

Auf Ebene Bund liegt die Federführung bei der Umsetzung des Aktionsplans beim BAG: Dieses unterstützt die Akteure durch Vernetzungs- und Koordinationsarbeit und durch das Erarbeiten von Wissensgrundlagen. Aber auch andere Bundesstellen leisten ihren Beitrag zur Suizidprävention: Zum Beispiel engagiert sich das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) seit Jahren in der Förderung der Medienkompetenzen von Jugendlichen und ist daher ein wichtiger Umsetzungsakteur bei der Massnahme aus dem Aktionsplan Suizidprävention «Jugendliche für einen verantwortungs- und respektvollen Umgang mit dem Internet und den digitalen Kommunikationsmitteln sensibilisieren und sie unterstützen». Oder das Staatssekretariat für Migration (SEM), das 2022 einen Bericht zur Suizidprävention in den Bundesasylzentren der Region Westschweiz veröffentlicht hat.

Kantonale Aktivitäten verstärkt

Auch viele Kantone engagieren sich in der Suizidprävention, manche explizit, manche implizit, indem sie auf die Förderung der psychischen Gesundheit fokussieren (was auch Teil des Aktionsplans Suizidprävention ist). Explizite Suizidprävention betreibt etwa der Kanton Zürich mit einem eigenständigen Programm. «Suizidprävention findet idealerweise in verschiedenen Handlungsfeldern und mit unterschiedlichen Akteuren statt», sagt Martina Blaser, Leiterin des Schwerpunktprogramms, «denn Suizide und Suizidversuche sind multikausal verursacht. Durch ein directionsübergreifendes kantonales Programm können diese Aufgaben gebündelt und systematisch umgesetzt werden. Das bewährt sich im Kanton Zürich



In der Suizidprävention nimmt auch die Zivilgesellschaft eine zentrale Rolle ein: Hier eine öffentliche Ausstellung zu Suizidprävention für Jugendliche in Genf im Juni 2021, organisiert von Children Action zusammen mit den Hôpitaux Universitaires Genève.

seit 2015.» Von umfassender Öffentlichkeitsarbeit über Projekte zur methodenspezifischen Suizidprävention bis Fortbildungen von Fachpersonen deckt die Suizidprävention in Zürich ein breites Feld an Aktivitäten ab.

In anderen Kantonen ist die Suizidprävention mittels Leistungsvereinbarungen organisiert, zum Beispiel im Aargau, wo der Verein Suizid-Netz Aargau gezielte Informations- und Aufklärungsarbeit leistet und Angebote lanciert (unterstützt durch das Kantonale Aktionsprogramm Psychische Gesundheit). «Über mehrere Jahre hinweg konnte ein aufeinander abgestimmtes, wirkungsvolles Angebot ausgearbeitet werden», sagt Vilma Müller, Leiterin Schwerpunktprogramm Psychische Gesundheit Aargau. «Jährlich finden zwei bis drei Bildungsangebote für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren statt, beispielsweise für Schulsozialarbeitende oder die Spitex. Neu bieten wir einen E-Didaktik-Kurs «Reden ist Gold. Schweigen ist gefährlich» für Fachpersonen an, um Gefahren zu erkennen und einen Zugang zu betroffenen Menschen finden zu können. Für die breite Bevölkerung lancieren wir jährli-

che Anlässe zum Weltsuizidpräventionstag.»

Engagierte Zivilgesellschaft

Auch die Zivilgesellschaft übernimmt eine wichtige Rolle. Stop Suicide etwa, eine in der Westschweiz tätige NGO, führt Präventionsworkshops mit Jugendlichen oder Schulungen für Fachpersonen durch. «Wir sind auch in den sozialen Medien aktiv oder organisieren Sport- oder Kulturveranstaltungen zur Sensibilisierung», sagt Léonore Dupanloup, Leiterin Kommunikation und Medienprävention. «Unsere Aktionen zielen darauf ab, das Tabu um Suizid zu brechen, Selbsthilfe und Wohlwollen zu fördern und die Hilfsangebote im Bereich der psychischen Gesundheit bekannt zu machen.»

Mehr Vernetzung notwendig

In der Schweiz ist das Zusammenspiel der zahlreichen Akteure in der Suizidprävention – eine wichtige Voraussetzung für die gemeinsame Umsetzung des Aktionsplans – aufgrund von mangelnden Ressourcen, föderalistischen Strukturen und unterschiedlichen Zuständigkeiten oft herausfordernd. Die Ist-Analyse zum Stand der Umset-

zung zeigt: Künftig gilt es, Kooperationen und Vernetzungen zwischen den Akteuren auszubauen und das Synergiepotenzial zwischen den vielen Angeboten besser zu nutzen.

Kontakt:

Esther Walter, Sektion Nationale Gesundheitspolitik, esther.walter@bag.admin.ch

Links:

- «Studie zur Suizidprävention in den Bundesasylzentren» (SEM): <https://tinyurl.com/27ynmedp>
- Jugend und Medien – das Informationsportal zur Förderung von Medienkompetenzen: www.jugendundmedien.ch
- Suizidprävention (Kanton Zürich): <https://tinyurl.com/2p8vvr3c>
- Verein Suizidnetz Aargau: <https://www.suizid-netz-aargau.ch>
- Stop Suicide: www.stopsuicide.ch

«Suizid betrifft nicht nur das Individuum, sondern auch das Umfeld»

Viele Menschen schämen sich für ihre Suizidgedanken – und tragen sie jahrelang mit sich herum, ohne mit jemandem darüber zu sprechen. Egal, wo das Thema zur Sprache kommt: Man sollte es nicht abklemmen, sondern zuhören, meint der Psychiater Stephan Kupferschmid.

Herr Kupferschmid, wie merken Sie bei Ihrer Arbeit, ob jemand suizidgefährdet ist?

Das zeigt sich meist im Eintrittsgespräch. Bei uns in der Klinik arbeiten wir nach einem standardisierten Prozess. Wir fragen jeden Patienten und jede Patientin, der oder die zu uns kommt: «Wie ist es mit Suizidgedanken?» Solche Gedanken sind keine Erkrankung, aber doch etwas, worunter die Betroffenen leiden. Und wo wir gegebenenfalls dann gemeinsam schauen, dass wir darüber reden und für Sicherheit sorgen können.

Es geht also eher um verbale Äusserungen von Suizidgedanken als um mehr oder weniger versteckte Zeichen, wie etwa das Ritzen, von dem immer wieder die Rede ist?

Selbstverletzungen kommen bei ziemlich vielen Jugendlichen vor. Wenn man in Schulklassen geht und fragt: «Hast du dich im letzten halben Jahr willentlich selber verletzt?», sagen im Schnitt vier oder fünf Jugendliche in jeder Klasse: «Ja, das habe ich mal gemacht.» Bei Selbstverletzungen gibt es eine grosse Spannbreite. Sie reicht von Personen, die sich einmalig geritzt oder eine Zigarette auf dem Arm ausgedrückt haben, bis zu Jugendlichen, die sich mehrmals täglich Verletzungen zufügen. Bei den meisten von ihnen hat das – glücklicherweise – nichts mit Suizidalität zu tun. Für uns gilt es, herauszufinden, wer von diesen vielen Jugendlichen wirklich gefährdet ist. Wer sich also nicht nur ritzt, sondern beispielsweise in der Nähe des Bahnhofs auch daran denkt, sich vor einen Zug zu werfen.

Kriegen Sie immer ehrliche Antworten? Was ist, wenn jemand die Frage nach Suizidgedanken verneint, aber insgeheim doch daran denkt?

Das können wir natürlich nicht ausschliessen. Wir können keine Gedanken lesen. Aber für uns Fachpersonen ist es unsere Aufgabe, eine Gesprächssituation zu schaffen, die von Wohlwollen geprägt ist und auch in Krisensituationen beruhigend wirken kann. Wir – das heisst die Ärztin oder der Arzt und die Pflegefachpersonen, die ja im Alltag den meisten Kontakt mit den Patientinnen und Patienten auf unseren Stationen haben – versuchen, mit den

Betroffenen eine therapeutische Beziehung oder vielleicht sogar eine therapeutische Allianz zu knüpfen.

Wichtig ist dabei, dass wir keine Einzelkämpfer sind, sondern dass wir im Team arbeiten. Ob eine Patientin oder ein Patient beim Eintritt suizidal ist, bewerten wir zu zweit und interdisziplinär. Bei uns macht das zum Beispiel eine erfahrene Psychologin mit einer Pflegefachkraft, die sich dann auch austauschen und ihre Gefühle abgleichen können.

Wir beziehen – nach einem Suizidversuch – auch die Angehörigen mit ein. Bevor wir die Patientin oder den Patienten entlassen, laden wir etwa den Partner zu einem Gespräch ein, in dem wir gemeinsam die Frage klären: «Fühlen wir uns zusammen sicher genug, um diesen Schritt zu machen?» Das alles braucht Zeit. Aber es braucht auch Personal, das gut geschult ist und keine Angst vor Suizidalität hat, sondern sich professionell damit auseinandersetzt.

Gibt es altersspezifische Unterschiede in der Suizidalität?

Ja, in der Schweiz weisen ältere Männer die höchste Suizidrate auf. In absoluten Zahlen sind Suizide bei Jugendlichen zum Glück selten. Doch relativ gesehen gehört der Suizid zu den häufigsten Todesursachen im Kindes- und Jugendalter. Beunruhigenderweise stellten wir während der Corona-Pandemie eine deutliche Zunahme der Notfälle in der Jugendpsychiatrie fest. Bei vielen Notfällen ist Suizidalität ein zentrales Thema.

Hat diese Zunahme etwas mit Vereinsamung zu tun?

Nicht nur, zu uns kamen auch Jugendliche aus Familien in beengten Wohnverhältnissen, wo es während des Lockdowns dann vermehrt zu Konflikten kam. Aber ja, dass soziale Isolation und Einsamkeit bei Suiziden eine grosse Rolle spielen, ist bekannt. Das zeigte sich zum Beispiel auch in einer Studie aus Mexiko. In ehemals sehr länd-

lich geprägten Regionen, die sich in den letzten Jahren zu mehr städtischen Gebieten entwickelt haben, stiegen die Suizidraten mit diesem Wechsel zur Urbanität an.

«Für uns Fachpersonen ist es unsere Aufgabe, eine Gesprächssituation zu schaffen, die von Wohlwollen geprägt ist und auch in Krisensituationen beruhigend wirken kann.»

Welche weiteren Beweggründe für Suizide sind bekannt?

Wir wissen aus sogenannten psychologischen Autopsiestudien, dass ein grosser Anteil von Erwachsenen vor dem Suizid unter psychischer Belastung steht. Bei Jugendlichen, die Suizid begehen, ist der Anteil mit einer diagnostizierten psychischen Erkrankung etwas kleiner. Dafür scheint die Impulsivität eine etwas grössere Rolle zu spielen. Doch solche Erklärungsmuster bringen meiner Meinung nach nicht viel, weil jeder Fall eine Geschichte hat, die sehr individuell ist.



Das Einschränken der Verfügbarkeit von suizidalen Mitteln, etwa durch die Installation von Netzen an Brücken, ist eine wirksame Massnahme der Suizidprävention.

Im Übrigen werden Suizide nur sehr selten aus einem spontanen Impuls heraus begangen. Gemäss der sogenannten interpersonalen Theorie wird die Fähigkeit zum Suizid allmählich erworben. In einem Prozess, der sich oft über mehrere Jahre erstreckt. Jemand, der mit 17 Jahren einen ersten Suizidversuch unternimmt, hat sich vielleicht mit 14 Jahren erstmals Selbstverletzungen zugefügt und sich schon mit 12 Jahren gedanklich intensiv mit seinem Todeswunsch beschäftigt.

Wenn ein Suizid in so einem jungen Alter vollendet wird, ist das besonders tragisch. Das belastet nicht nur die behandelnden Fachpersonen, sondern zieht auch die Familie, die Angehörigen und die Klassenkameradinnen und -kameraden in Mitleidenschaft. Ein Suizid betrifft nicht nur das Individuum, sondern immer auch das Umfeld.

Wie meinen Sie das?

Ein vollendeter Suizid löst massive Gefühle aus, einen intensiven Gefühlssturm. Bei den Angehörigen, aber auch beim Fachpersonal tauchen unweigerlich Fragen auf: «Habe ich etwas übersehen? Hätte ich etwas anders machen können? Habe ich Schuld am Suizid?»

Wenn sich bei uns in der Klinik ein Suizid ereignet, was zum Glück nicht oft geschieht, laden wir die Angehörigen zu einem Gespräch ein. Wir lassen sie in der Situation nicht alleine. In diesen Gesprächen geht es häufig um eine Erklärungsperspektive: Wir tauschen uns darüber aus, was wir gemeinsam verstanden haben. Wir machen die Hinterbliebenen auf Selbsthilfegruppen wie etwa «Nebelmeer» aufmerksam. Allerdings weist das Angebot für Angehörige schweizweit noch viele Lücken auf, hier muss die Arbeit weiter gestärkt werden. Das hat auch der Bericht zum Zwischenstand der Umsetzung des Nationalen Aktionsplans gezeigt. Er hält fest, dass viele Initiativen institutionell nur schwach verankert sind und mit der Sicherung ihrer Finanzierung kämpfen.

Was machen Sie, um eine Person davon abzubringen, ihre Suizidgedanken in die Tat umzusetzen?

In den Behandlungsgesprächen versuchen wir, das «Warum?» der suizidalen Verhaltensweise zu ergründen. Letztlich wollen wir verstehen: Was für eine Funktion hat der Todeswunsch? Das sind sehr individuelle Aspekte, die in die eigene Lebensgeschichte eingebettet sind. Wenn wir sie nachvollziehen

können, ist das schon der erste Schritt in der Therapie.

Aber die Suizidprävention umfasst nicht nur die Therapie, sondern setzt auch an anderen Punkten an: Zum Beispiel, wenn Lehrpersonen geschult oder wenn Brücken gesichert werden. Die Suizidprävention ist keine rein medizinische, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

«Wenn sich bei uns in der Klinik ein Suizid ereignet, was zum Glück nicht oft geschieht, laden wir die Angehörigen zu einem Gespräch ein. Wir lassen sie in der Situation nicht alleine.»

Was kann die Gesellschaft denn tun?

Eine der wirksamsten Massnahmen der Suizidprävention besteht darin, die Verfügbarkeit von tödlichen Mitteln einzuschränken. Unter diese Massnahme fallen nicht nur Fangnetze an Brücken oder Absperrungen vor den Bahnschienen, sondern auch kleinere Packungsgrößen von Medikamenten oder das Einsammeln und Wegsperrern von Schusswaffen. In Studien zeigt sich klar, dass solche Einschränkungen nicht zu einer Verlagerung führen – im Sinne von: Wenn weniger Menschen von der Brücke springen, dann erschiessen sich mehr Leute. Nein, mit Einschränkungen lässt sich die Anzahl Suizide tatsächlich verringern.

Aus einer liberalen Warte liesse sich argumentieren, dass man mit der Einschränkung von tödlichen Mitteln die Menschen bevormundet.

Eine andere Sichtweise ist, dass man für Sicherheit sorgt – gerade auch in krisenhaften Situationen. Beim Autofahren haben wir uns daran gewöhnt, dass Airbags und Autogurte Leben retten. Da würden wir auch nicht von Bevormundung sprechen. Wer in einer tiefen Krise steckt, denkt daran, sein Leben zu beenden, aber oft nicht daran, dass die Krise vorbeigeht. Das entspricht auch unserem psychiatrischen Verständnis von Suizidalität: Das ist ein Zustand, in dem Gedanken eingengt sind. Aber es gibt Wege, die aus diesem Zustand herausführen. Mit passender Unterstützung und angemessener Behandlung lässt sich bei vielen Menschen eine deutliche Verbesserung

Dr. med. Stephan Kupferschmid

Nach dem Studium der Humanmedizin an der Julius-Maximilians-Universität in Würzburg und Assistenzjahren an verschiedenen psychiatrischen Kliniken in Deutschland und der Schweiz erlangte Stephan Kupferschmid im Jahr 2010 den Facharzttitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Danach war er als Oberarzt und Leitender Arzt an der Berner Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie tätig. Kupferschmid ist seit März 2018 Chefarzt der Adoleszentenpsychiatrie an der Integrierten Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland, wo er mit seinem Team Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Krisensituationen beisteht. Zudem ist er Präsident von Ipsilon, der nationalen Dachorganisation zur Suizidprävention.



erzielen. Die Suizidalität ist nach der Behandlung vielleicht nicht ganz weg, aber die Betroffenen können anders damit umgehen. In der Therapie erkennen wir den Todeswunsch an: «Ja, die Suizidgedanken sind da. Du leidest darunter, das ist keine schöne Situation.» Gleichzeitig haben wir den Anspruch, etwas dagegen zu tun. Wir wollen den Suizid verhindern.

«Die Stigmatisierung führt dazu, dass Suizidgedanken schambesetzt sind. Viele belastete Menschen tragen diese Gedanken sehr lange mit sich herum, ohne mit jemandem darüber zu sprechen.»

Inwiefern spielen religiöse Motive, in denen Suizid als unmoralisch und als Sünde erachtet wird, bei Ihrer Arbeit eine Rolle?

Wir denken, dass Suizidversuche und Suizide eben nicht moralisch bewertet, sondern als Ausdruck von Leiden angesehen werden sollen – ohne Wertung oder gar Verurteilung. Denn die Stigmatisierung führt dazu, dass Suizidgedanken schambesetzt sind. Viele belastete Menschen tragen diese Gedanken sehr lange mit sich herum, ohne mit jemandem darüber zu sprechen. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass Betroffene in der Woche vor ihrem Suizidversuch häufiger als sonst zu ihrem Hausarzt

oder ihrer Hausärztin gehen. Dort reden sie über Kopf- oder Bauchschmerzen, über Müdigkeit und Schlafstörungen, aber nicht über ihre Suizidgedanken. Hier knüpft auch das Programm «Reden kann retten» an, das Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner zum Nachfragen animieren möchte, wenn jemand mit Schmerzen kommt, die nicht zugeordnet werden können.

Sie denken, für die Betroffenen ist der Hausarztbesuch eine Art Hilferuf, bei dem sie aber nicht explizit auf ihre Notlage hinweisen?

Menschen, die mit Suizidgedanken kämpfen, sind wirklich belastet. Und diese Belastungen können sich sehr unterschiedlich äussern. Manche Menschen zahlen ihre Schulden zurück oder geben Bücher zurück, die sie vor fünf Jahren ausgeliehen haben. Bei Jugendlichen merken oft auch Ausbildungsverantwortliche, wenn sich etwas verändert. Wenn man hellhörig ist, gibt es viele Möglichkeiten zum Intervenieren. Dann ist es wichtig, sich Zeit zu nehmen – und zuzuhören. Auch wenn Suizidgedanken für viele ein schwieriges Thema sind, sollten wir das Thema nicht abklemmen, wenn es zur Sprache kommt, sondern ein offenes Ohr haben. Dafür braucht es keine Fachpersonen, denn das kann eigentlich jeder Mensch.

Mit einer verantwortungsvollen Berichterstattung Suizide verhindern

Eine vom BAG in Auftrag gegebene Analyse kommt zum Schluss, dass die Medien in ihrer Berichterstattung über Suizide und Suizidversuche in der Schweiz eine Reihe von Empfehlungen zusehends besser umsetzen. Trotzdem gibt es noch Optimierungspotenzial.

In der Suizidprävention stehen auch die Medien in der Verantwortung, denn mit unüberlegten Berichten können Journalistinnen und Journalisten dazu beitragen, dass Suizide nachgeahmt werden (siehe Kasten). Dementsprechend richtet sich der Nationale Aktionsplan Suizidprävention, den Bund und Kantone gemeinsam mit der Stiftung Gesundheitsförderung im Jahr 2016 verabschiedet haben, auch an die Medien – mit dem Ziel, die Suizidprävention mit einer respektvollen Berichterstattung zu stärken.

Denn wenn es darum geht, die gesellschaftliche Tabuisierung von Suizid aufzubrechen und das Thema zu entstigmatisieren, spielen die Medien eine wesentliche Rolle. Damit die Medienschaffenden möglichst gut in diesem Spannungsfeld navigieren können, haben Fachpersonen aus der Suizidprävention schon vor mehreren Jahren Handlungsempfehlungen und Checklisten herausgegeben.

Weniger Identifikationsmöglichkeiten

Zum Beispiel legen sowohl die in der Westschweiz tätige NGO «Stop Suicide» wie auch die kantonale Fachstelle für Suizidprävention in Zürich Journalistinnen und Journalisten nahe, auf die Beschreibung der konkreten Suizidmethode und des Suizidortes zu verzichten – und auch keine Bilder dazu zu veröffentlichen. Denn Menschen in Krisen nähmen häufig Parallelen zwischen sich und der Person in der Suizidberichterstattung wahr, steht etwa in der Zürcher «Checkliste für Medienschaffende». Aufgrund solcher Parallelen erhöhe sich die Gefahr, dass sie auch für sich einen Suizid in Betracht ziehen. Deshalb gelte es, Details zu Alter und Charakter der betroffenen Person sowie zu den vermuteten Motiven auszulassen, damit sich in der Berichterstattung weniger Identifikationsmöglichkeiten böten.

Das BAG hat letztes Jahr – im Rahmen des Nationalen Aktions-



In der Berichterstattung rund um Suizid und Suizidversuche kommt den Journalistinnen und Journalisten eine besondere Verantwortung zu.

plans Suizidprävention – eine Analyse in Auftrag gegeben, um herauszufinden, wie gut die Empfehlungen der Suizidpräventionsfachleute von den Medienschaffenden umgesetzt werden. Dafür wurden knapp 3000 Beiträge in den meistgenutzten deutsch- und französischsprachigen Online- und Printmedien der Schweiz untersucht. Tatsächlich sind über 90 Prozent der Berichte aus dem Beobachtungszeitraum von 2018 bis 2020 in einer «sachlichen und wertfreien Tonalität» verfasst, wie der Bericht festhält. Und die grosse Mehrheit der Beiträge sind auch – wie empfohlen – ohne Bilder mit Bezug zur Suizidmethode erschienen.

Erwähnung von Hilfsangeboten

Im Vergleich mit der Suizidberichterstattung aus den Jahren 2012 bis 2014 verzeichnet der Bericht in den Beiträgen aus den Jahren 2018 bis 2020 eine deutliche Verbesserung: Während früher nur 8 Prozent der Beiträge auf Hilfsangebote für Menschen in Not hingen, wurden die Hilfsangebote im neueren Beobachtungszeitraum schon in 26 Prozent der Beiträge explizit erwähnt, zum Beispiel in einem prominent platzierten Infokasten. Trotzdem ortet der Bericht noch Optimierungspotenzial – und Handlungsbedarf: Über alle Beiträge hinweg werden Hilfsangebote nur selten platziert, vor allem bei der Aufarbeitung eines Suizids gehen die Hilfsangebote im Rahmen der Anschlussberichterstattung

«Werther-Effekt» und «Papageno-Effekt»

Häufungen von Nachahmer-Suiziden sind in der Fachwelt als «Werther-Effekt» bekannt. Der Begriff bezieht sich auf den Briefroman «Die Leiden des jungen Werther» von Johann Wolfgang Goethe, in dem sich die Hauptfigur wegen einer unerfüllten Liebe am Schluss selbst tötet. Der grosse Erfolg des Romans begründete nicht nur Goethes Ruhm, sondern mündete auch in einer europaweiten Welle von Suiziden von jungen Männern, die sich mit dem unglücklichen Helden des Romans identifizierten. Studien belegen, dass sich Suizide und Suizidversuche auch heute noch häufen, nachdem sich berühmte Menschen das Leben genommen haben.

Das Gegenstück zum «Werther-Effekt» ist der «Papageno-Effekt». Auch der Held in Wolfgang Amadeus Mozarts Singspiel «Die Zauberflöte» will (im Glauben, seine geliebte Papagena verloren zu haben) seinem Leben ein Ende setzen. Er lässt sich jedoch von drei Knaben davon abbringen. Sie weisen ihn darauf hin, was er anstelle des Suizids machen könnte – und retten so sein Leben. Mehreren Studien zufolge können auch Medienbeiträge eine suizidpräventive Wirkung haben, wenn sie – wie die Knaben im Singspiel – konstruktive Strategien zur Bewältigung von Suizidgedanken aufzeigen oder andere Lösungen für widrige Lebensumstände hervorheben.

meist vergessen. Und: Das Thema Suizid im Alter werde von den Medien deutlich weniger aufgegriffen, als es der Vergleich mit den tatsächlichen Suizidfällen in der Schweiz nahelegen würde.

Kontakt:
Esther Walter, Sektion Nationale Gesundheitspolitik,
esther.walter@bag.admin.ch

Link:
Analyse zur Medienberichterstattung über Suizid in der Schweiz. (2021):
<https://tinyurl.com/ant52mbr>

Suizid: die richtigen Begriffe verwenden

Wie über Suizid berichtet wird, ist ein wichtiger Bestandteil der Suizidprävention. Die Tonalität soll stets sachlich und wertungsfrei sein. Die Begriffe «Suizid» oder «Selbsttötung» erfüllen diese Kriterien. Hingegen sind Formulierungen wie «Freitod» oder «Selbstmord» zu vermeiden. Diesen Grundsätzen folgt auch diese special-Ausgabe.

Nachgefragt: Wie hängen Sucht und Suizidalität zusammen?

Suchterkrankungen sind ein komplexes Krankheitsbild. Entsprechend wichtig sind eine umfassende Anamnese und eine integrierte Behandlung, bei der auch suizidale Krisen berücksichtigt werden, sagt Thilo Beck, Co-Chefarzt Psychiatrie bei der Arud, Zentrum für Suchtmedizin.



Thilo Beck, Co-Chefarzt Psychiatrie Arud

Herr Beck, treten Suchterkrankungen und suizidales Denken bzw. Verhalten oft gemeinsam auf?

Ja, denn bei suchtbetroffenen Menschen haben wir es aus verschiedenen Gründen mit einer Risikogruppe zu tun. Es gibt verschiedene

Hypothesen zum Zusammenhang von Sucht und Suizidalität. So kann der Konsum von Suchtmitteln das Risiko für suizidale Gedanken erhöhen. Umgekehrt gibt es suizidale Personen, die versuchen, sich mit Suchtmitteln selbst zu therapieren. Häufig liegen auch psychische Komorbiditäten vor: Sucht tritt oft in Kombination mit Traumata, Depressionen oder anderen psychischen Erkrankungen auf. Das sind wiederum Risikofaktoren für die Entwicklung suizidaler Gedanken. Entsprechend müssen wir bei dieser vulnerablen Gruppe immer achtsam sein, was Suizidalität angeht.

Wie gehen Sie mit suizidalen Krisen in der suchtmmedizinischen Versorgung um?

Wenn eine Patientin oder ein Patient von Suizidgedanken betroffen ist oder Suizidabsichten äussert, muss unverzüglich interveniert werden, um die betroffene Person

zu stabilisieren und zu schützen. Dies kann von hochfrequenten Gesprächen im ambulanten Setting bis zu einer stationären Krisenintervention reichen. Wichtig ist dabei eine gute therapeutische Beziehung, gerade bei sozial marginalisierten Personen. Sie haben wenig Unterstützung aus ihrem Umfeld, was den Therapeuten oder die Therapeutin umso wichtiger macht. Sind Angehörige oder Vertrauenspersonen vorhanden, werden sie in Absprache mit den Betroffenen als Ressource in die Therapie einbezogen.

Und wenn die suizidale Krise in den Hintergrund tritt, wie verläuft die Behandlung weiter?

Es ist zentral, die gesamte Situation umfassend zu betrachten und die Behandlung integriert anzugehen. Wir müssen etwa das Substanzkonsumverhalten gut verstehen, von erfolgten Suizidversuchen und von psychischen oder somati-

schen Erkrankungen wissen sowie eine Vorstellung von der sozialen Situation haben. Weil diese Faktoren zusammenspielen, gilt es, jeweils dynamisch zu entscheiden, in welchen Bereichen die betroffene Person zum gegebenen Zeitpunkt Unterstützung braucht, sei es somatisch, psychisch, sozial oder bezüglich des aktuellen Substanzgebrauchs.

Wird der Suizidprävention am stationär-ambulanten Übergang, also rund um Klinikaustritte, besondere Beachtung geschenkt?

Behandlungen bei Suchterkrankungen sind in der Regel Langzeitbehandlungen. Mit der Zeit vergrössern sich einfach die Abstände zwischen den Sitzungen. Je länger diese werden, desto wichtiger ist es, dass sich Patientinnen und Patienten bei Verschlechterungen oder in Krisensituationen sofort melden. Oft können Schuld- und Schamgefühle die Kontaktaufnahme erschweren. Wir arbeiten deshalb während der Therapie intensiv daran, dass unsere Patientinnen und Patienten keine Hemmungen haben, sich an uns zu wenden.

Fokus Suizidprävention bei Klinikaustritt

Um Suizidversuche im Rahmen des stationären Settings sowie Rehospitalisierungen nach Klinikaufhalten möglichst zu reduzieren, realisiert die Projektförderung Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) zwischen 2021 und 2024 fünf Projekte zum begleiteten Klinikaustritt.

Patientinnen und Patienten in stationärer psychiatrischer Behandlung haben ein erhöhtes Suizidrisiko, während und unmittelbar nach Klinikaustritt. Zusammen mit der GDK hat das BAG im Jahr 2018 deshalb das Projekt «Suizidpräven-

tion während und nach Psychiatrieaufenthalt» ins Leben gerufen. In fünf PGV-Projekten arbeiten Fachpersonen daran, suizidgefährdete Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen beim Klinikaustritt zu begleiten.

Die ASSIP-Kurzintervention nach Klinikaustritten ist eine niederschwellige Therapie für Menschen nach einem Suizidversuch.



ASSIP – bewährte Kurzintervention bei Klinikaustritten

Drei dieser fünf Projekte wenden die ASSIP-Methode an (Attempted Suicide Short Intervention Program). «Die niederschwellige, standardisierte Kurztherapie ASSIP für Menschen nach einem Suizidversuch ist eine Ergänzung zur klinischen Behandlung», erklärt Franziska Widmer Howald, Projektleiterin PGV bei Gesundheitsförderung Schweiz. «Studien zeigen, dass das Risiko für weitere suizidale Handlungen durch ASSIP um 80 Prozent reduziert werden konnte und auch Rehospitalisierungen abnahmen.»

Im Projekt «AdoASSIP – Prävention von Suizidversuchen und Suiziden bei Adoleszenten» wird die Kurztherapie der Jugendlichen durch die Implikation der Familien, Angehörigen und Behandelnden ergänzt. Betroffenen, die bisher nicht erreicht werden konnten, wird die Kurztherapie «ASSIP Home Treatment» als aufsuchende Therapie zu Hause angeboten. Durch die Schulung von Schlüssel-

personen wie betreuenden Angehörigen ist auch das Helfernetz aktiv in die Nachsorge eingebunden. Um die ASSIP-Methode mit einer schrittweisen Implementierung in psychiatrischen Institutionen der Westschweiz zu etablieren, wurde das Projekt «Verbreitung der ASSIP-Methode in der Westschweiz» lanciert.

Kontakte:

- Antoine Bonvin, Sektion Prävention in der Gesundheitsversorgung, antoine.bonvin@bag.admin.ch
- Kontakt für PGV-Suizidpräventionsprojekte: Dr. Franziska Widmer Howald, franziska.widmer@promotionsante.ch

Links:

- Suizidprävention in der psychiatrischen Versorgung (BAG): <https://tinyurl.com/5pyaapvn>
- Projektförderung PGV. Geförderte Projekte (Suchbegriff: «Suizid»): <https://tinyurl.com/5n73sfjs>

Zugang zu suizidalen Methoden erschweren und Zeit gewinnen

Ein zentrales Ziel der Suizidprävention ist das Reduzieren der Verfügbarkeit von suizidalen Mitteln und Methoden. Dies kann zum Beispiel durch Informations-, Sensibilisierungs- und bauliche Massnahmen gelingen. In der Umsetzung dieser Massnahmen gibt es in der Schweiz noch viel zu tun.

Suizide und Suizidversuche sind manchmal von langer Hand geplant und manchmal Spontanhandlungen. Bis zu einem Vollzug tritt typischerweise ein inneres Ringen zwischen selbsterhaltenden und selbstzerstörerischen Kräften auf. Ist die Verfügbarkeit von suizidalen Mitteln und Methoden erschwert, verschafft dies Zeit. Für die Betroffenen, um die geplante Handlung zu stoppen, und für das Umfeld, um die Situation zu erkennen und einzuschreiten. Oft suchen Menschen keine Alternative, wenn der Zugang zur gewählten Methode verhindert ist.

Rahmenbedingungen, die Suizide verhindern

Ein wichtiger Ansatzpunkt beim Erschweren des Zugangs zu suizidalen Mitteln und Methoden ist die Verhältnisprävention: Das Schaffen von Rahmenbedingungen, die die Umsetzung einer suizidalen Handlung erschweren oder gar unvermöglich machen.

Eine Möglichkeit der Verhältnisprävention sind bauliche Massnahmen, etwa die Installation von Sicherheitsnetzen bei Brücken. Oft werden solche mit Massnahmen zur Sensibilisierung kombiniert. Dies können zum Beispiel Hinweistafeln bei Brücken mit Informationen zu Beratungsangeboten oder Notfallnummern sein. Auch Schienensuizide können mit baulichen Massnahmen verhindert werden. 2020 haben diese gemäss Schweizerischem Gesundheitsobservatorium Obsan 11,7 Prozent aller Suizide in der Schweiz ausgemacht.¹ In diesem Bereich kommt der SBB mit ihren rund 3000 Schienenkilometern eine wichtige Rolle zu: Seit 2013 setzt sie einen Massnahmenplan zur Prävention von Schienensuiziden um und ist auch in regem Austausch mit dem BAG im Zusammenhang mit dem Aktionsplan Suizidprävention.

Eine der bewährten Massnahmen der SBB ist der «Runde Tisch zu Schienensuiziden und Suizidprävention», der seit 2014 durchgeführt wird und dem jährlichen Austausch der unterschiedlichen Akteure in der Nähe von sogenannten Hotspots (Orten mit hoher Suiziddichte) dient. Damit soll das lokale Wissen in die Sicherung sol-

cher Hotspots einfließen und das gemeinsame Verständnis wird gefördert. Teilnehmende sind zum Beispiel Gemeinden, Psychiatrien, Polizei, SBB und weitere Bahnbetriebe.

Ab diesem Jahr werden bei Bauvorhaben an Hotspot-Orten und bei Bahnhöfen Anforderungen der Suizidprävention von Beginn an standardisiert berücksichtigt – beispielsweise eine ausreichende Beleuchtung bei Baustellen oder eine offene, transparente Gestaltung von Passerellen. Dafür hat die SBB zusammen mit Fachpersonen eine Anforderungs-Checkliste erarbeitet, die potenzielle Gefahren aus Sicht Suizidprävention und entsprechende Massnahmen enthält.

Rückgabe- und Einsammelaktionen verbreiten

Neben Schienensuiziden gehören auch Suizide durch Schusswaffen (18,1% aller Suizide in der Schweiz im Jahr 2020; 24% der Suizide bei Männern, bei Frauen 3,3%) oder Vergiftung (13% aller Suizide; 19,9% bei Frauen und 10,2% bei Männern) zu den Suizidmethoden, die mit methodenspezifischer Suizidprävention effektiv reduziert werden können. Der Aktionsplan

fordert daher auch Rückgabe- und Einsammelaktionen von Schusswaffen und Medikamenten. In Bezug auf die Waffenverfügbarkeit führen bisher jedoch nur wenige Kantone regelmässig solche Aktionen durch, darunter der Kanton Zug: Dort werden seit 2008 alle drei bis vier Jahre Waffeneinsammelaktionen organisiert.

Ziele noch nicht erreicht

Der Bericht «Zwischenstand Umsetzung Nationaler Aktionsplan Suizidprävention» von Infrac im Auftrag des BAG (2021) attestiert der Methodenrestriktion in der Schweiz insgesamt eine eher tiefe Zielerreichung. Zwar wurden punktuell bauliche Sicherungsmassnahmen bei Hotspots umgesetzt, jedoch nicht bei allen. Die Autorinnen und Autoren empfehlen künftig unter anderem ein kontinuierliches Monitoring bei Hotspots und eine konsequente Sicherung solcher Orte sowie die Sensibilisierung für Suizidprävention von Fachpersonen im Bauwesen. Zudem soll die Bevölkerung stärker auf die Abgabemöglichkeiten von Schusswaffen und Medikamenten sensibilisiert werden.

Für die weitere Zielerreichung und Umsetzung der Empfehlungen sind die Akteure gefragt, die im jeweiligen Zuständigkeitsbereich sind – für bauliche Massnahmen an Brücken bei Kantonsstrassen sind dies zum Beispiel die Kantone. Den Mitgliedorganisationen der Kerngruppe des Aktionsplans Suizidprävention fehlen die Ressour-

cen und Zuständigkeiten, um sich in den kommenden Jahren gezielt in diesem Bereich zu engagieren. Geprüft wird ein minimales Engagement für den Erfahrungsaustausch, etwa zwischen den kantonal zuständigen Departementen.

Kontakt:

Esther Walter, Sektion Nationale Gesundheitspolitik,
esther.walter@bag.admin.ch

Links:

- Methodenspezifische Suizidprävention (BAG): <https://tinyurl.com/2jphznu9>
- Schienensuizide auf dem Netz der SBB. Dossier zu Präventionsmassnahmen, Handlungsbedarf und Empfehlungen. Schlussbericht, 15. August 2018: <https://tinyurl.com/mr2uztcy>
- BAG-blueprint, Praxisbeispiel Aktion Waffen einsammeln im Kanton Zug: <https://tinyurl.com/24jhacj5>
- BAG-blueprint, Praxisbeispiel Runder Tisch zu Schienensuiziden und Suizidprävention: <https://tinyurl.com/dttn5m85>

¹ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan. Suizid und Suizidhilfe, 2022. <https://tinyurl.com/yjnjwnr6b>



Der Aktionsplan Suizidprävention hat unter anderem zum Ziel, dass die Bevölkerung stärker auf die Abgabemöglichkeiten von nicht mehr benötigten oder abgelaufenen Medikamenten in den Apotheken aufmerksam gemacht wird.

«Suizidprävention funktioniert – und zwar überall auf der Welt»

5 Fragen an Alexandra Fleischmann, Suizidpräventions-Expertin bei der Weltgesundheitsorganisation WHO. Im neuen WHO-Leitfaden stehen vier evidenzbasierte Massnahmen im Fokus. Die Menschheit müsse sich von der Vorstellung lösen, dass man nichts gegen Suizide tun könne – und jetzt handeln, sagt Fleischmann.

1 Wieso hat die WHO letztes Jahr einen Leitfaden zur Suizidprävention herausgegeben?

Weltweit fordern Suizide jedes Jahr mehr als 700 000 Menschenleben. Doch viele dieser Suizide liessen sich verhindern. Die WHO hat schon 2014 mit dem ersten Weltbericht zur Suizidprävention ihre Mitgliedstaaten zum Handeln aufgerufen. In diesem Bericht haben wir den epidemiologischen Hintergrund präsentiert und sind detailliert auf die Schutz- und Risikofaktoren des Suizids eingegangen. Der Bericht hat zwar dazu geführt, dass mehr Länder eine nationale Strategie entwickelt haben. Aber wir hatten uns mehr erhofft – und denken, dass der Bericht im Nachhinein gesehen vielleicht zu langsam war.

Jetzt haben wir den Inhalt vereinfacht. Für den neuen Leitfaden haben wir vier zentrale Massnahmen herausgegriffen, deren Nutzen belegt und allgemein anerkannt ist. Der Leitfaden führt auch Beispiele auf, die zeigen, dass Suizidprävention funktioniert – und zwar überall auf der Welt. Wir wollen damit mehr Länder ansprechen. Mit der Botschaft: Egal, wo ein Land im Moment steht, ob es schon einen nationalen Aktionsplan aufgestellt hat oder nicht – es ist wichtig, jetzt aktiv zu werden.

2 Zu den zentralen Interventionen gehört die Einschränkung von suizidalen Mitteln. Können Sie ein konkretes Beispiel nennen?

Ungefähr ein Fünftel aller weltweiten Suizide sind auf Selbstvergiftung mit Pestiziden zurückzuführen, das ist vor allem in Ländern mit geringem Einkommen ein grosses Thema. Mit einem Verbot der giftigsten Pestizide könnten Zehntausende von Suiziden verhindert werden: In Sri Lanka zum Beispiel haben sich dadurch zwischen 1995 und 2015 insgesamt rund 93 000 weniger Suizide ereignet. Und dies ohne Einbussen in der landwirtschaftlichen Produktion. Die Kosten-Nutzen-Analysen von Pestizidverboten zeigen, dass die Massnahmen eine grosse Wirkung zeitigen – und im Vergleich zu

anderen Massnahmen sehr günstig sind. Ein weiteres wichtiges suizidales Mittel, neben den Pestiziden, sind Schusswaffen. Auch hier gilt, wenn weniger Waffen zur Verfügung stehen, passieren weniger Suizide.

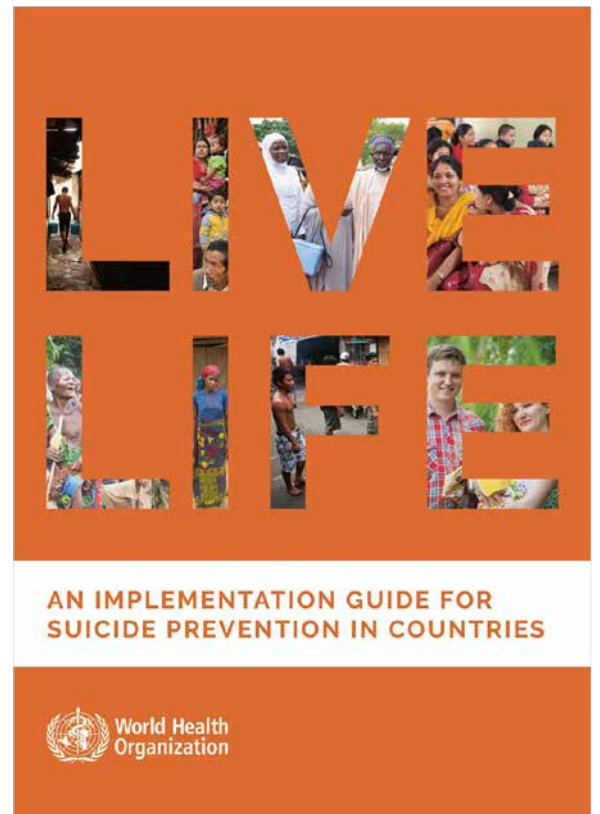
3 Wo funktioniert die Suizidprävention überdurchschnittlich gut?

In der WHO-Datenbank sind die Mortalitätsdaten der 194 Mitgliedstaaten enthalten. Doch knapp die Hälfte aller Staaten haben kein Todesregister, in das die Todesursache eingetragen wird. Hier greift die WHO auf mathematische Modelle zurück, die relativ grobe Zahlen liefern. Wir können in diesen Ländern deshalb gar nicht nachweisen, wie gut die Suizidprävention funktioniert. Doch bei den Ländern mit guter Datenqualität sticht zum Beispiel Japan heraus. Dort hat ein jahrzehntelanger Einsatz in der Suizidprävention zu einer deutlichen Verringerung der Zahlen beigetragen. Auch Schweden und Grossbritannien haben es nachweislich geschafft, ihre Suizidraten zu senken.

«Mit dem Leitfaden wollen wir mehr Länder ansprechen. Mit der Botschaft: Egal, wo ein Land im Moment steht, ob es schon einen nationalen Aktionsplan aufgestellt hat oder nicht – es ist wichtig, jetzt aktiv zu werden.»

4 Wie schneidet die Schweiz im internationalen Vergleich ab?

Die Schweiz hat mit ihrem Nationalen Aktionsplan einen grossen Schritt gemacht. Lange hiess es: «Bei uns sind die Kantone zuständig, mit unserem föderalistischen System schaffen wir das nicht.» Aber dann ging es doch. In der Suizidprävention ist es wichtig, einen umfassenden Ansatz zu wählen, weil sich damit Sektoren – nicht nur der Gesundheitssektor, sondern auch das Bauwesen oder die Bildung – zusammendenken lassen.



Der 2021 publizierte Leitfaden zur Suizidprävention der WHO führt unter anderem Beispiele auf, die zeigen, dass Suizidprävention funktioniert – überall auf der Welt.

Jetzt kommt es auf die Umsetzung an. Und auf die Evaluation, die zwar oft genannt, aber nur sehr selten auch wirklich gemacht wird. Die Evaluation wird meist als unangenehmes Anhängsel wahrgenommen, aber sie ist wesentlich, weil sich dadurch der Kreis schliesst: Projekte, die evaluiert werden, tragen zur Evidenz bei, auf die sich die WHO stützt, wenn sie neue Empfehlungen zur Suizidprävention herausgibt. Nur wenn schriftlich festgehalten wird, was funktioniert und was nicht, gibt es eine Weiterentwicklung.

5 Was wünschen Sie sich für die Zukunft?

Dass sich die Menschheit von der Vorstellung verabschiedet, dass man nichts gegen Suizide tun kann. Das ist ein hartnäckiger Mythos, der einfach nicht stimmt. Denn es gibt Hilfe. Und es gibt wirksame Massnahmen, um Suizide zu verhindern.

Ich würde mir wünschen, dass sich mehr Menschen nach einem Suizidversuch trauen, öffentlich über ihre Erfahrungen zu sprechen. Dass sie erzählen, wie sie es geschafft haben, über ihre Probleme hinwegzukommen. Und wie sie in scheinbar aussichtslosen Situationen trotzdem neue Wege gefunden haben, um am Leben zu bleiben. Ich glaube, es braucht mehr

von diesen Geschichten, die aufzeigen, dass Krisen vorbeigehen – und dass das Leben danach wieder besser wird. Solche positiven Botschaften könnten auch helfen, ein besseres Bewusstsein zu schaffen, dass Suizide im Prinzip vermeidbar sind.

Kontakt:

Alexandra Fleischmann, Abteilung Psychische Gesundheit und Suchtmittel, Weltgesundheitsorganisation WHO, fleischmanna@who.int

Link:

WHO (2021). Live Life: An implementation guide for suicide prevention in countries: <https://tinyurl.com/bdkpxx2m>

Auf spectra podcast finden Sie weitere Beiträge zu den Themen Gesundheitsförderung und Prävention.



spectra
podcast

Entdecken und nutzen: Projekte zur Suizidprävention in der Schweiz

Im Bereich der Suizidprävention sind in der Schweiz zahlreiche Akteurinnen und Akteure aktiv. Sie entwickeln Projekte und Produkte zur Prävention von suizidalem Erleben und Verhalten für Fachpersonen, Betroffene und Angehörige. Ein Ziel des Aktionsplans Suizidprävention ist es, diese Praxisbeispiele zugänglich und nutzbar zu machen.

Das Rad muss nicht neu erfunden werden. Im Bereich der Suizidprävention haben Expertinnen und Experten der Suizidprävention bereits zahlreiche Angebote erarbeitet. Sie kommen, teils seit vielen Jahren, in unterschiedlichen Settings zum Einsatz. Diese Erfahrungen sollen genutzt werden – durch Nachmachen, Weiterempfehlen oder zur Inspiration für eigene Projekte.

bag-blueprint: neue BAG-Plattform mit Praxisbeispielen

Bereits seit 2018 sind Praxisbeispiele zur Suizidprävention auf der Website des BAG zugänglich. Die über hundert Beispiele umfassen Broschüren und Flyer, Kurse für Fachpersonen sowie Laien innerhalb und ausserhalb des Gesundheitswesens, Ausstellungen, Leitfäden, Checklisten und vieles mehr. Seit September 2022 ist eine grosse Auswahl dieser Praxisbeispiele aktualisiert über die neue Onlineplattform www.bag-blueprint.ch zugänglich. Alle Beispiele sind verschlagwortet und können nach Setting, Art oder Inhalt, Zielgruppe und Region gefiltert werden. Hier können Interessierte Projekte aus der ganzen Schweiz finden und mit den entsprechenden Verantwortlichen Kontakt aufnehmen. bag-blueprint deckt neben der Suizidprävention auch die Fachbereiche betreuende Angehörige, Demenz, Palliative Care und Interprofessionalität ab. Haben Sie in einem dieser Bereiche selber ein Projekt realisiert? Dann können Sie es online erfassen und es mit anderen teilen.

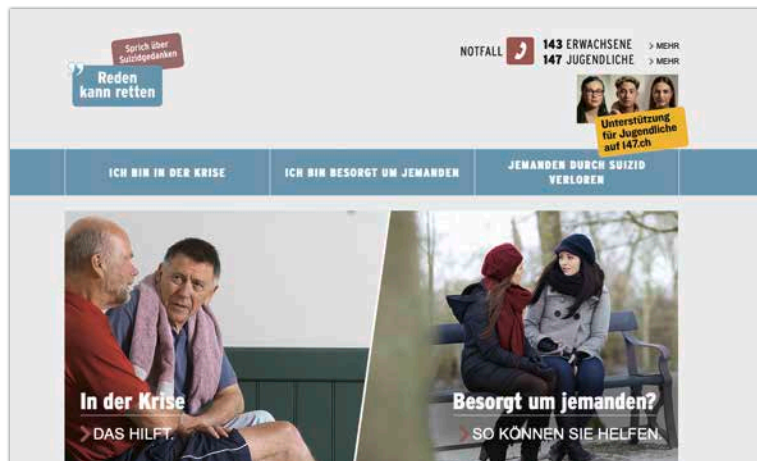
Informationen und Materialien des BAG zur Suizidprävention

Das BAG informiert auf der Website www.bag.admin.ch/suizidpraevention laufend über seinen Beitrag zur Umsetzung des Aktionsplans Suizidprävention. Dieses Engagement macht das BAG auch über die Plattformen prevention.ch und bag-blueprint.ch sichtbar.

Die Website reden-kann-retten.ch und der gleichnamige Flyer informieren und sensibilisieren über suizidales Erleben und Verhalten. Sie richten sich sowohl an Betroffene als auch an Angehörige und Hinterbliebene nach einem Suizid. Die Website bietet neben Informationen und Tipps eine Übersicht über konkrete Beratungsangebote und Notfallnummern in allen Kan-



Ausschnitt aus www.bag-blueprint.ch: Inspiration für Gesundheitsprojekte.



Website reden-kann-retten.ch: Hilfe für Betroffene, Angehörige und Hinterbliebene.

tonen. Beide basieren auf einem Angebot von Prävention und Gesundheitsförderung Kanton Zürich.

Zur Suizidprävention in der psychiatrischen Versorgung hat das BAG gemeinsam mit Partnern verschiedene Produkte erarbeitet: Die Empfehlungen «Suizidprävention bei Klinikaustritten» (2019, ergänzt 2021) richten sich an Gesundheitsfachpersonen am stationär-ambulanten Übergang. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Ansätzen. Zudem hat das BAG 2021 weitere Dokumente als Umsetzungshilfen veröffentlicht. Die Broschüre «Angehörige von suizidgefährdeten Personen unterstützen» richtet sich ebenfalls an Fachpersonen. Die Broschüre «Klinikaufenthalt bei Suizidalität» beantwortet einige der häufigsten Fragen von Angehörigen. Der oben bereits erwähnte Flyer «Reden kann retten» informiert Betroffene und Angehörige. Und das Instrument des Si-

cherheitsplans dient suizidgefährdeten Personen dazu – begleitet von einer Fachperson –, festzuhalten, was sie im Krisenfall tun können, um eine suizidale Krise frühzeitig zu unterbrechen.



Umsetzungshilfen zur Suizidprävention in der psychiatrischen Versorgung, herausgegeben vom BAG (2021).

Kontakt:
Nadja Maria Stirnimann, Sektion Nationale Gesundheitspolitik,
nadjamaria.stirnimann@bag.admin.ch

- Links:
- Suizidprävention in der psychiatrischen Versorgung (BAG): <https://tinyurl.com/5pyaapvn>
 - «Materialien zur Suizidprävention für Fachpersonen, Betroffene und Angehörige» (spectra online): <https://tinyurl.com/y95dcea6>
 - Website Reden kann retten: www.reden-kann-retten.ch
 - Website mit Praxisbeispielen: www.bag-blueprint.ch

Impressum: spectra 136, Dezember 2022

«spectra» ist eine Informationsschrift des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und erscheint vierteljährlich in Deutsch, Französisch und Englisch. Sie bietet in Interviews und in der Rubrik «Forum» auch Raum für Meinungen, die sich nicht mit der offiziellen Haltung des BAG decken.
Herausgeber: BAG, 3003 Bern, Tel. 058 463 87 79, Fax 058 464 90 33, www.bag.admin.ch
Realisation: Adrian Heuss, Miriam Flury, advocacy ag
Leitung Redaktionskommission: Adrian Kammer, adrian.kammer@bag.admin.ch
Redaktionskommission: Rahel Brönnimann, Claudia Brunner, Daniel Dauwalder, Adrian Kammer, Nadja Stirnimann
Textbeiträge: advocacy ag, Mitarbeitende des BAG, Ori Schipper
Fotos/Copyrights: Autorinnen, Autoren, Fotolia, iStock by Getty Images, Urs Stalder, Stadt Frauenfeld
Layout: bom! communication ag, Basel
Druck: Bütiger AG, 4562 Biberist
Auflage: 5000 Ex. deutsch, 2500 Ex. französisch, 800 Ex. englisch
Einzelnummern und Gratisabonnements von «spectra» können bestellt werden bei: Bundesamt für Gesundheit, Sektion Gesundheitsinformation und Kampagnen, 3003 Bern, kampagnen@bag.admin.ch

Kontakte:
Sektionen, Fachstellen

Abteilung Prävention nichtübertragbarer Krankheiten	058 463 87 11
Sektion Prävention und Promotion (übertragbare Krankheiten)	058 463 88 11
Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit	058 463 06 01
Sektion Nationale Gesundheitspolitik	058 463 06 01
Sektion Gesundheitsinformation und Kampagnen	058 463 87 79
Sektion Wissenschaftliche Grundlagen	058 463 88 24

www.spectra-online.ch