



Bericht zur Suizidprävention im Kanton Zug

Ein Grundlagenbericht mit Handlungsempfehlungen
für die künftige Ausrichtung der Suizidprävention im Kanton Zug,
die in einem partizipativen Prozess erarbeitet wurden



	Vorwort	4
	Das Wichtigste in Kürze	6
1.	Ausgangslage	8
1.1.	Konzept «Früherkennung und Suizidprävention im Kanton Zug 2010–2015»	8
1.2.	Strategie des Regierungsrats 2019–2026	8
1.3.	Legislaturziel 115 «Definition Massnahmen zur Suizidprävention»	8
1.4.	Bericht zur Suizidprävention	9
2.	Begrifflichkeiten	10
3.	Grundlagen zu Suizid und zur Suizidprävention	11
3.1.	Allgemeines	11
3.2.	Rechtliches	11
3.3.	Suizid	11
3.4.	Suizidprävention	13
3.5.	Nationale Grundlagen	14
3.5.1.	Nationaler Aktionsplan Suizidprävention	14
3.5.2.	Todesursachenstatistik	15
3.5.3.	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)	15
3.6.	Kantonale Grundlagen	16
3.6.1.	Gesundheitsgesetz	16
3.6.2.	Kantonales Suizidmonitoring	16
3.6.3.	Forschungsprojekt zu Suizidversuchen	19
3.6.4.	Kantonale Daten aus nationalen Erhebungen	20
4.	Handlungsbedarf im Bereich der Suizidprävention	21
4.1.	Handlungsfeld «Prävention»	21
4.2.	Handlungsfeld «Hilfe in Krisen»	23
4.3.	Handlungsfeld «Nachsorge nach Klinikaustritt»	25
4.4.	Handlungsfeld «Strukturelles»	26
4.5.	Handlungsfeld «Monitoring und Information»	27
5.	Empfehlungen für die künftige Ausrichtung der Suizidprävention	28
5.1.	Zielgruppen	28
5.2.	Prävention	30
5.3.	Hilfe in Krisen	36
5.4.	Nachsorge nach Klinikaustritt	41
5.5.	Strukturelles	44
5.6.	Monitoring und Information	48
6.	Rahmenbedingungen für die Umsetzung der Empfehlungen	53
6.1.	Umsetzung von Massnahmen	53
6.2.	Finanzierungsmodelle	53
7.	Literaturverzeichnis	54
8.	Anhang	55

Vorwort



Suizide sind Tragödien. Sie betreffen Menschen aller Altersstufen und Gesellschaftsschichten und reissen geliebte Menschen mitten aus dem Leben. Auch für Familienmitglieder, Freundinnen, Freunde und Bekannte von Betroffenen haben Suizide oft langfristige und einschneidende Folgen. Die Forschung zeigt aber eindeutig auf: Viele Suizide sind vermeidbar. Es ist deshalb richtig, wenn wir uns in der kantonalen Gesundheitsförderung und -versorgung dafür einsetzen, Suizide zu verhindern.

Der Kanton Zug hatte bereits vor über zehn Jahren eine Vorreiterrolle bei der Suizidprävention inne; damals wurde ein erstes kantonales Konzept zur Suizidprävention erarbeitet. Die Erfahrungen haben gezeigt, dass sich diese Arbeit gelohnt hat: Dank konkreter Massnahmen konnte die Zahl der Suizide im Kanton messbar gesenkt werden.

Diese positiven Erfahrungen haben den Zuger Regierungsrat dazu ermutigt, die Suizidprävention weiterzuentwickeln. Denn auch wenn die Suizidzahlen im Kanton im nationalen Vergleich tief sind: Jeder vermeidbare Suizid ist einer zu viel. Deshalb erklärte der Regierungsrat 2018 die Ausarbeitung eines neuen Konzepts zur Suizidprävention zum Legislaturziel.

Der vorliegende Grundlagenbericht baut auf der geleisteten Vorarbeit auf und skizziert gleichzeitig neue Wege aus fachlicher Perspektive. Neben kantonalen Behörden haben auch Kliniken und Spitäler, Psychologinnen und Therapeuten, Lehrpersonen und Mitarbeitende von Beratungsstellen sowie die Zuger Polizei dazu beigetragen, die komplexen Fragen zu beantworten. Suizidprävention ist die gemeinsame Aufgabe vieler Beteiligten.

Es wird nun die Aufgabe der Politik sein, auf dieser Grundlage Schwerpunkte zu setzen. In den nächsten Jahren werden somit gezielt Handlungsfelder in den Fokus genommen, um auf diese Weise fachliche Grundlagen wirkungsvoll in die Praxis umzusetzen.

Die enge Zusammenarbeit verschiedener Fachstellen, die Überschaubarkeit, das Engagement auf allen Ebenen und das hohe Qualitätsverständnis sind eine grosse Stärke des Kantons Zug – gerade auch in Gesundheitsthemen. Diese Stärke soll nun dafür genutzt werden, Suizide im Kanton und dadurch verursachtes Leid zu verhindern.

Es darf jedoch nicht vergessen werden, dass psychische Gesundheit in erster Linie eine menschliche und gesellschaftliche Herausforderung ist und erst an zweiter Stelle beziehungsweise bei schwerwiegenden Problemen eine Aufgabe der medizinischen Leistungserbringer. Psychische Gesundheit hat ihren Ursprung im Privaten, und Suizidprävention muss genau dort ansetzen: in der Familie, im Freundeskreis und in der Gesellschaft. Keine noch so gute psychiatrische Versorgung und keine kantonale Kampagne zur psychischen Gesundheit entbindet uns von dieser Aufgabe. Suizide sind deshalb immer auch ein Ausdruck davon, wie wir als Gesellschaft zusammenleben.

Martin Pfister

Martin Pfister
Landammann und Gesundheitsdirektor



Das Wichtigste in Kürze

Ausgangslage

Der Kanton Zug nahm 2009 mit dem umfassenden Konzept «Früherkennung und Suizidprävention im Kanton Zug 2010–2015» schweizweit eine Vorreiterrolle ein. Darin wurden erstmals Ziele zur Früherkennung psychischer Störungen und zur Suizidprävention formuliert und konkrete Massnahmen (z.B. bauliche Massnahmen an den beiden Lorzentobelbrücken und an den Gleisen bei Oberwil bei Zug sowie der Aufbau eines systematischen kantonalen Suizidmonitorings) entsprechend umgesetzt. An den Erfolg des bisherigen Konzepts soll angeknüpft werden. Hier setzt das Legislativziel 115 «Definition Massnahmen zur Suizidprävention» des Zuger Regierungsrats an; es beinhaltet die Weiterentwicklung von Massnahmen zur Suizidprävention für die Legislaturperiode 2019–2022. Dabei möchte der Zuger Regierungsrat drei Teilziele (TZ) verfolgen:

- TZ 1: Eine neue Strategie zur Suizidprävention liegt vor.
- TZ 2: Die Grundlage für die systematische Auswertung von Suiziden und Suizidversuchen (erweitertes Suizidmonitoring) ist geschaffen.
- TZ 3: Der Bedarf nach niederschweligen Interventionsmöglichkeiten ist erhoben.

Die Federführung für das Legislativziel 115 liegt bei der Gesundheitsdirektion des Kantons Zug. Im Rahmen dieser Zielsetzung hat Statthalter Martin Pfister, Regierungsrat und Vorsteher der Gesundheitsdirektion, das Amt für Gesundheit damit beauftragt, die drei Teilziele auszuarbeiten. Das Amt für Gesundheit und die Klinik Zugersee (Triaplus AG) teilen sich die Projektleitung.

Bericht zur Suizidprävention

Der vorliegende Grundlagenbericht wurde in Zusammenarbeit mit Fachpersonen der Psychiatrie, Medizin, Psychologie und des Sozialen sowie mit Vertretungen von Schulen und der Polizei gemeinsam erarbeitet. Er stützt sich auf die wissenschaftlichen Erkenntnisse aus dem bestehenden kantonalen Suizidmonitoring sowie auf den durch interdisziplinäre Expertengruppen (Steuer-, Begleit- und Arbeitsgruppe) festgestellten Handlungsbedarf und leitet daraus Handlungsempfehlungen für die künftige Ausrichtung der Suizidprävention im Kanton Zug ab. Der Bericht zur Suizidprävention dient somit als wissenschaftliche Grundlage für die politische und strategische Schwerpunktsetzung im Rahmen einer neuen kantonalen Suizidpräventionsstrategie.

Empfehlungen für die künftige Ausrichtung der Suizidprävention im Kanton Zug

Der Bericht empfiehlt, die Präventionsmassnahmen an die gesamte Zuger Bevölkerung zu richten, jedoch sollen die folgenden Zielgruppen in den Fokus gerückt werden:

- Risikogruppen
- Angehörige von suizidgefährdeten Personen oder von Personen, die einen Suizidversuch verübt haben, sowie Hinterbliebene von Suizidentinnen und Suizidenten
- Fachpersonen und Schlüsselpersonen

Ausserdem wurde in den folgenden fünf Handlungsfeldern Handlungsbedarf festgestellt:

- Prävention
- Hilfe in Krisen
- Nachsorge nach Klinikaustritt
- Strukturelles
- Monitoring und Information

Der Bericht schlägt des Weiteren zu jedem dieser Handlungsfelder Massnahmen vor, die sich wie folgt zusammenfassen lassen:

- Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen und Suizidalität sowie Fortbildungen von Fach- und Schlüsselpersonen zu diesen Themen
- Optimierung der psychiatrischen und somatischen Notfallversorgung sowie der Koordination der Betreuung nach einem Suizidversuch oder Suizid
- institutionsübergreifende Koordination der Nachsorge nach Klinikaustritt
- Einschränkung der Verfügbarkeit von Suizidmitteln und des Zugangs zu Suizidmethoden
- Erweiterung des bestehenden Suizidmonitorings auf ein Monitoring von Suizidversuchen
- Vernetzung von Personen, die beruflich oft mit Suiziden oder Suizidversuchen sowie mit Menschen in einer Krisensituation konfrontiert sind
- Öffentlichkeitsarbeit zu den Hilfsangeboten im Kanton Zug

1.1. Konzept «Früherkennung und Suizidprävention im Kanton Zug 2010–2015»

Im Herbst 2009 genehmigte der damals vorsitzende Gesundheitsdirektor das Konzept «Früherkennung und Suizidprävention im Kanton Zug 2010–2015». Darin wurden erstmals Ziele zur Früherkennung psychischer Störungen und zur Suizidprävention formuliert und konkrete Massnahmen vorgeschlagen. Für die Umsetzung der Massnahmen wurde die kantonale Begleitgruppe FE+SP (Früherkennung und Suizidprävention) gegründet.

Auf Grundlage des bisherigen Konzepts wurden diverse neue Massnahmen umgesetzt: An zwei Lorzentobelbrücken wurden Schutzwände und Notrufsäulen installiert, im Gebiet bei Oberwil wurde eine Naturschutzhecke entlang des SBB-Trassees angepflanzt, und an kritischen Stellen in der Nähe der Bahngleise wurden Suizidpräventionszäune angebracht. Neben den baulichen Massnahmen wurden weitere Massnahmen zur Einschränkung der Verfügbarkeit von Suizidmitteln implementiert. Dazu gehören beispielsweise Aktionen zur Rückgabe von nicht gebrauchten oder abgelaufenen Medikamenten in Apotheken, Drogerien und Arztpraxen oder freiwillige Waffenrückgabeaktionen der Zuger Polizei. Seit 2011 wird ausserdem ein systematisches Monitoring von allen seit 2008 auf Zuger Boden erfolgten assistierten und nicht assistierten Suiziden durchgeführt. Die in der Begleitgruppe vertretenen Institutionen setzten zudem weitere Aktivitäten und Projekte um. Die Daten des kantonalen Suizidmonitorings geben Hinweise darauf, dass die Suizidrate durch die genannten Massnahmen gesenkt werden konnte.

1.2. Strategie des Regierungsrats 2019–2026

Die Strategie des Regierungsrats 2019–2026, die zwei Legislaturen abdeckt, definiert sechs zentrale Herausforderungen für den Kanton Zug und leitet daraus 40 übergeordnete Ziele ab. Eines dieser Ziele lautet: «Der Kanton Zug fördert die Teilnahme und die Auseinandersetzung; Zug trifft sich, engagiert sich, hält zusammen, unabhängig von Herkunft und persönlicher Situation.» Diesem Ziel ist das Legislaturziel 115 «Definition Massnahmen zur Suizidprävention» zugeordnet, das dem vorliegenden Bericht zugrunde liegt.

1.3. Legislaturziel 115 «Definition Massnahmen zur Suizidprävention»

Der Zuger Regierungsrat möchte in der Legislaturperiode 2019–2022 mit dem Legislaturziel 115 Massnahmen zur Suizidprävention weiterentwickeln. Dabei sind drei Teilziele (TZ) im Fokus:

- TZ 1: Eine neue Strategie zur Suizidprävention liegt vor.
- TZ 2: Die Grundlage für die systematische Auswertung von Suiziden und Suizidversuchen (erweitertes Suizidmonitoring) ist geschaffen.
- TZ 3: Der Bedarf nach niederschweligen Interventionsmöglichkeiten ist erhoben.

Die Ausarbeitung dieser Teilziele obliegt dem Amt für Gesundheit; das Amt wurde von Martin Pfister, Vorsteher der Gesundheitsdirektion des Kantons Zug, damit betraut und teilt sich die Projektleitung mit der Klinik Zugersee (Triaplus AG).

1.4. Bericht zur Suizidprävention

Den vorliegenden Bericht zur Suizidprävention hat die Projektsteuergruppe im Rahmen des Teilziels 1 des Legislaturziels 115 erarbeitet. Um die Projektarbeit des Teilziels 1 breit abzustützen, konstituierten sich zudem eine Begleit- und eine Arbeitsgruppe. Diese beiden Gruppen bestehen u.a. aus Vertreterinnen und Vertretern von Institutionen, Verbänden und Fachgruppen aus Psychiatrie, somatischer Medizin, Psychologie und Sozialem sowie aus Exponentinnen und Exponenten aus dem Schulwesen und der Polizei. Die bisherige Begleitgruppe FE+SP wurde ebenfalls in das neue Projekt integriert. Als wissenschaftliche Grundlage für die Projektarbeit wurden die Daten des bestehenden kantonalen Suizidmonitorings ausgewertet.

Der Bericht zur Suizidprävention fokussiert auf die nicht assistierten Suizide, aber auch die assistierten Suizide werden berücksichtigt. Er zeigt den durch Fachpersonen im Rahmen von Workshops erörterten Handlungsbedarf und die von ihnen vorgeschlagene Richtung möglicher Massnahmen auf und dient somit als wissenschaftliche Grundlage für die politische und strategische Schwerpunktsetzung im Rahmen einer neuen kantonalen Suizidpräventionsstrategie.

Der vorliegende Bericht ist in drei Teile gegliedert. Der erste Teil widmet sich den wissenschaftlichen Grundlagen. Der zweite Teil konzentriert sich auf den durch Expertengruppen (Steuer-, Begleit- und Arbeitsgruppe) erarbeiteten Handlungsbedarf. Im dritten Teil sind die aus dem Handlungsbedarf abgeleiteten Empfehlungen für die künftige Ausrichtung der Suizidprävention im Kanton Zug sowie die Rahmenbedingungen für deren erfolgreiche Umsetzung formuliert.

Suizid (vollendeter Suizid, suizidales Verhalten, suizidale Handlung, Suizidhandlung) ist ein auf das lateinische «sui caedere» zurückgehender Begriff und bedeutet auf Deutsch übersetzt «sich selbst töten». Der vorliegende Bericht versteht unter dem Begriff «Suizid» die vorsätzliche Beendigung des eigenen Lebens.

Suizidalität ist ein Dachbegriff, der alle im Zusammenhang mit Suizid entstehenden Gedanken, Ideen, Äusserungen, Pläne und Handlungen (z.B. Suizidgedanken, Äusserungen eines Sterbewunschs, Planung des Suizids, Suizidversuche und Suizide) umfasst.

Suizidversuch wird im Rahmen dieses Berichts – angelehnt an die Terminologie der deutschen Ausgabe des Berichts der Weltgesundheitsorganisation (WHO) «Preventing suicide: A global imperative» – für nicht tödliches suizidales Verhalten verwendet und bezieht sich auf eine bewusst selbst zugefügte Vergiftung, Verletzung oder andere Selbstschädigung, die einen tödlichen Ausgang haben kann, aber nicht muss (Stiftung Deutsche Depressionshilfe, 2016). Im Sinne der Eingrenzung werden im Rahmen dieses Berichts nur Selbstschädigungen mit tödlicher Absicht unter dem Begriff «Suizidversuch» subsumiert. Es muss allerdings festgehalten werden, dass nicht immer zwischen tödlicher und nicht tödlicher Absicht unterschieden werden kann.

Assistierter Suizid als juristische Sonderform im Sinne der Beihilfe zum Suizid gilt im Rahmen dieses Berichts als Bestandteil des umfassenden Begriffs «Suizid». Mit assistiertem Suizid ist die Beihilfe zum Suizid von Personen mit einem Sterbewunsch gemeint; dieser Suizid wird in der Schweiz oftmals durch Sterbehilfeorganisationen begleitet. Eine Ärztin oder ein Arzt verschreibt der sterbewilligen Person eine tödliche Dosis des Arzneimittels Natrium-Pentobarbital, das sich die Person selber verabreichen muss. Gemäss Art. 115 StGB ist die Beihilfe zum Suizid straffrei, sofern sie nicht aus selbstsüchtigen Beweggründen erfolgt. Jeder assistierte Suizid wird strafrechtlich als aussergewöhnlicher Todesfall behandelt.

Grundlagen zu Suizid und zur Suizidprävention

3.1. Allgemeines

Jährlich sterben in der Schweiz rund 1000 Menschen durch nicht assistierten Suizid (Walter, et al., 2016). Bei den sogenannten assistierten Suiziden, bei denen Sterbehilfe geleistet wurde, liegt nach einem stetigen Anstieg über die letzten Jahre gemäss aktueller Datenlage die Zahl bei etwas mehr als 900 Fällen pro Jahr.¹

Die Zahl der medizinisch behandelten Suizidversuche liegt mit rund 10 000 Suizidversuchen pro Jahr um ein Vielfaches höher als jene der Suizide (von Greyerz & Keller-Guglielmetti, 2005). Da allerdings nicht alle Suizidversuche medizinisch versorgt werden, ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen. Laut aktuellen Zahlen zu selbst berichteten Suizidversuchen kommt es in der Schweizer Wohnbevölkerung über 15 Jahre jährlich zu schätzungsweise rund 33 000 Suizidversuchen (Peter & Tuch, 2019).

Im Kanton Zug sind es jährlich rund 15 nicht assistierte Suizide. Zählt man die assistierten Suizide hinzu, ereignen sich pro Jahr knapp 25 Suizide auf Zuger Boden. Unbekannt ist hingegen die Zahl der Suizidversuche, da diese im aktuellen kantonalen Monitoring nicht erhoben werden. Im Vergleich mit den nationalen Daten ist jedoch die Zahl der Suizidversuche im Kanton Zug als nicht unwesentlich einzuschätzen.

3.2. Rechtliches

Aus strafrechtlicher Sicht ist die Beihilfe zum Suizid nicht strafbar, es sei denn, diese erfolge aus selbstsüchtigen Beweggründen (Art. 115 StGB). Es besteht aktuell keine Regelung der organisierten Suizidbeihilfe. In der Schweiz wird die Suizidbeihilfe vorwiegend durch die in der Schweiz existierenden Sterbehilfeorganisationen geleistet.

3.3. Suizid

Ein Suizid kann in allen Lebensphasen und in allen Bevölkerungsgruppen vorkommen und geschieht oftmals in einem psychischen Ausnahmezustand während einer – meist vorübergehenden – psychischen Krise oder als Folge eines langen Leidenswegs. Suizidale Handlungen erfolgen häufig impulsiv und sind äusserst selten nüchtern überlegte Handlungen. Die betroffene Person sieht den Suizid als einzigen Ausweg aus unerträglichem Leid und als einzige Möglichkeit, den seelischen Schmerz zu beenden. Häufig gehen einem Suizid Suizidgedanken voraus; umgekehrt führen Suizidgedanken nicht zwingend zu einem Suizid. Bis heute gibt es kein allgemeingültiges und allumfassendes Modell zum Verständnis suizidalen Verhaltens. Ein in den letzten Jahren zunehmend wissenschaftlich und klinisch etabliertes Modell der Entstehung von suizidalem Verhalten ist die «Interpersonale Theorie suizidalen Verhaltens» von Joiner (Van Orden, et al., 2010). Laut dieser

¹ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention/suizide-und-suizidversuche/assistierte-suizide.html>, Zugriff: 14.02.2022.

Theorie ist der Wunsch, zu sterben, mit der Wahrnehmung, nicht Teil einer wertgeschätzten Gruppe zu sein, und dem Eindruck, für andere eine Belastung zu sein, assoziiert. Suizidales Verhalten entsteht nach diesem Modell allerdings erst, wenn der Wunsch, zu sterben, mit einer erworbenen Befähigung, sich das Leben zu nehmen, einhergeht.

Die Interpersonale Theorie suizidalen Verhaltens bietet Ansatzpunkte für die Beziehungsgestaltung, die Risikoeinschätzung und den therapeutischen Umgang mit suizidalen Patientinnen und Patienten. Während die erworbene Fähigkeit, sich zu suizidieren, gemäss der Theorie nicht beeinflusst werden kann, ist es jedoch möglich, die Beziehungen des Patienten zum Therapeutenteam wie auch zu seinem sozialen Umfeld zu stärken und den innerlich wahrgenommenen Schmerz durch Medikation, entlastende Unterstützung und Vermittlung von Strategien der Emotionsregulation abzumildern.

Suizidalität wird unterschiedlich begründet. Die Ursache für suizidales Verhalten liegt in einem Zusammenspiel mehrerer Faktoren, beispielsweise biologischer, psychosozialer und gesellschaftlicher Faktoren sowie belastender Lebensereignisse. Die wichtigsten Risikofaktoren für einen Suizid können laut der deutschen Ausgabe des Berichts der Weltgesundheitsorganisation (WHO) «Preventing suicide: A global imperative» (Stiftung Deutsche Depressionshilfe, 2016) vier Ebenen zugeordnet werden. Liegen mehrere Risikofaktoren gleichzeitig vor, erhöht dies unter Umständen die Vulnerabilität einer Person für einen Suizid:

Gesellschaftliche Ebene:

- Zugang zu Mitteln und Methoden
- unangemessene Medienberichterstattung
- Stigma im Zusammenhang mit Hilfesuchverhalten

Kommunale Ebene:

- Katastrophen, Krieg und Konflikte
- Folgen von Akkulturation und Dislokation
- Diskriminierung
- Traumata oder Missbrauchserfahrungen

Beziehungsebene:

- Gefühl der Isolation und mangelnde soziale Unterstützung
- Beziehungskonflikte, Streitigkeiten oder Verlusterfahrungen

Individuelle Ebene:

- Suizidversuch(e) im Vorfeld
- psychische Erkrankungen
- Missbrauch von Alkohol
- Arbeitsplatzverlust, finanzielle Krisen
- Hoffnungslosigkeit
- chronische Schmerzen
- Suizide in der Familiengeschichte
- genetische und biologische Faktoren

Zu den Schutzfaktoren, die laut der WHO einem suizidalen Verhalten entgegenwirken, zählen starke persönliche Beziehungen, eine Lebensführung mit positiven Bewältigungsstrategien und Wohlbefinden sowie religiöse oder spirituelle Überzeugungen.

3.4. Suizidprävention

Ausgehend von den im vorangegangenen Kapitel aufgeführten Risiko- und Schutzfaktoren ist es verständlich, weshalb eine wirkungsvolle Prävention bereits in der Kindheit ansetzen sollte. Im Kindes- und Jugendalter werden die Weichen für die Gesundheit im Erwachsenenalter gestellt. In mehr als 50 Prozent der Fälle ist Morbidität im Erwachsenenalter die Folge von Verhaltensweisen und Lebensstilen, die im Kindes- und Jugendalter entstanden und prinzipiell beeinflussbar sind. Deshalb sind Prävention und Gesundheitsförderung insbesondere bei Kindern und Jugendlichen so wichtig; sie unterstützen diese dabei, Gesundheitskompetenzen zu entwickeln, um so eigenverantwortlich handeln zu können. Denn Gesundheitskompetenz ist eine Voraussetzung für die Übernahme prospektiver Verantwortung (Düwell, Hübenthal, & Werner, 2006).

Die Suizidprävention hat zum Ziel, identifizierte Risikofaktoren für Suizid durch spezifische Interventionen zu minimieren und gleichzeitig Schutzfaktoren, die die eigene Resilienz und damit die psychische Gesundheit fördern, zu stärken. Menschen in allen Lebensphasen sollten über Schutz- und Risikofaktoren im Zusammenhang mit Suizid aufgeklärt werden. Es existieren unterschiedliche Präventionsmodelle; häufig verwendete Begrifflichkeiten sind die Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Dieser Bericht verwendet das neuere Modell der universellen, selektiven und indizierten Prävention, das sich an Zielgruppen ausrichtet. Nach diesem Modell werden drei verschiedene Interventionen beschrieben:

Universelle Prävention beschreibt Massnahmen, die sich an die gesamte Bevölkerung oder an Bevölkerungssegmente richten und folglich eine flächendeckende Wirkung erzielen. Die Sensibilisierung der Bevölkerung mittels Kampagnen, die Verbesserung des Zugangs zum Versorgungssystem, die Einschränkung des Zugangs zu Suizidmitteln und Suizid-Hotspots sowie eine sorgfältige Berichterstattung über Suizide in den Medien sind typische Beispiele für universelle Präventionsstrategien.

Selektive Prävention zielt auf Personen ab, die ein erhöhtes Suizidrisiko haben. Dazu gehören beispielsweise Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Hinterbliebene von Suizidentinnen und Suizidenten. Massnahmen der selektiven Prävention richten sich an spezifische Zielgruppen und sind auf diese zugeschnitten. Diesen Risikogruppen Hilfsangebote bereitzustellen, ist Bestandteil der selektiven Prävention. Ein weiteres Interventionsbeispiel ist die Weiter- und Fortbildung von Fach- und Schlüsselpersonen, die mit Risikogruppen in Kontakt stehen, zum Thema Früherkennung.

Indizierte Prävention richtet sich an gefährdete Personen, beispielsweise Individuen mit ersten Anzeichen eines Suizidrisikos. Massnahmen der indizierten Prävention umfassen beispielsweise Beratungen, Betreuung und erste Behandlungen im Sinne der Frühintervention oder Nachsorgeangebote für Menschen nach einem Suizidversuch.

Am erfolgversprechendsten für die Suizidprävention dürfte eine Kombination der unterschiedlichen Ansätze der universellen, selektiven und indizierten Prävention sein.

Gemäss Literatur liegt bei rund 90 Prozent der Suizide eine psychische Erkrankung vor (Arsenault-Lapierre, Kim, & Turecki, 2004), allen voran die Depression (Harris & Barraclough, 1997). Eine psychische Erkrankung kann die Lebensqualität einer betroffenen Person stark einschränken und bei unangemessener oder fehlender Behandlung möglicherweise zu einem Suizid führen. Die Früherkennung psychischer Erkrankungen und die wirksame Behandlung der Grunderkrankung spielt folglich eine wichtige Rolle bei der Verhinderung von Suiziden. Insbesondere bei einer Depression, die bei rund 40–60 Prozent der Suizide vorliegt (Lönnqvist, 2000), sind die korrekte Diagnosestellung und Behandlung von zentraler Bedeutung, um einen Suizid zu verhindern. Die meisten Personen, die unter einer Depression leiden, konsultieren ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt wegen unspezifischer Beschwerden (Begré & Rička, 2010), und gemäss Literatur werden nur 50–75 Prozent der Fälle, in denen eine klinisch relevante Depression vorliegt, von diesen korrekt diagnostiziert (Ebel & Beichert, 2002).

3.5. Nationale Grundlagen

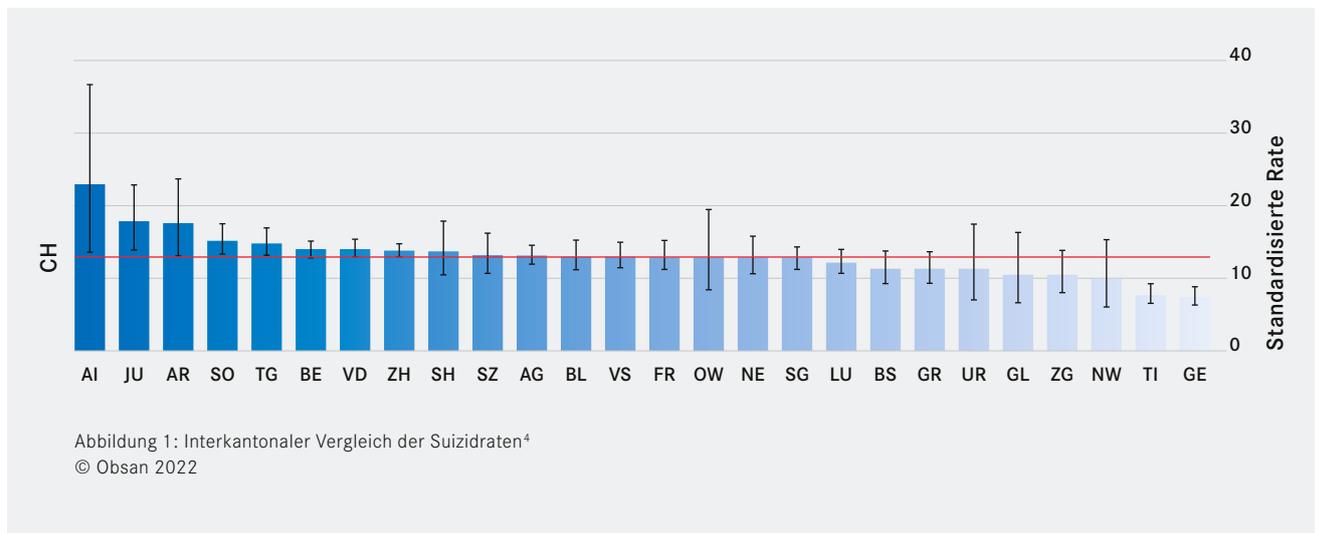
3.5.1. Nationaler Aktionsplan Suizidprävention

Im Jahr 2016 verabschiedeten Bund, Kantone und die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz erstmalig den «Nationalen Aktionsplan Suizidprävention», und zwar auf Basis der Motion Ingold 11.3973. Der Nationale Aktionsplan verfolgt die zehn nachstehenden Ziele und unterteilt diese in 19 Schlüsselmassnahmen.

1. Persönliche und soziale Ressourcen stärken.
2. Über Suizidalität informieren und dafür sensibilisieren.
3. Hilfe anbieten, die schnell und einfach zugänglich ist.
4. Suizidalität frühzeitig erkennen und frühzeitig intervenieren.
5. Suizidale Menschen auf ihrem Genesungsweg wirksam unterstützen.
6. Suizidale Handlungen durch einen erschwerten Zugang zu tödlichen Mitteln und Methoden erschweren.
7. Hinterbliebene und beruflich Involvierte unterstützen.
8. Suizidpräventive Medienberichterstattung und suizidpräventive Nutzung digitaler Kommunikationsmittel fördern.
9. Monitoring und Forschung fördern.
10. Beispiele guter Praxis aus der Schweiz und aus dem Ausland verbreiten.

3.5.2. Todesursachenstatistik

Das Bundesamt für Statistik führt periodisch eine Vollerhebung aller Todesfälle und von deren Ursachen in der Schweiz durch; darunter fallen auch Suizide². Diese werden jährlich auf der Plattform des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) publiziert. Nachfolgende Grafik zeigt die Suizidrate³ des Kantons Zug im interkantonalen Vergleich.



3.5.3. Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

Im Rahmen der Umsetzung des Nationalen Aktionsplans erfasste die alle fünf Jahre wiederkehrende Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) im Jahre 2017 erstmals selbst berichtete Suizidversuche. Die Daten der SGB werden mittels telefonischer und schriftlicher Befragung von Personen ab 15 Jahren, die in Privathaushalten wohnen, stichprobenmässig erhoben. Von der Erhebung ausgenommen sind beispielsweise Personen im Freiheitsentzug, in psychiatrischen Kliniken oder im Asylbereich.

- 2 Ein Suizid ist eine Todesart und nicht mit einer Todesursache gleichzusetzen. Als Suizide gelten im Rahmen der Vollerhebung alle Todesfälle mit den ICD-10-Diagnosen X60 bis X84. Die ICD-10 ist die zehnte Ausgabe des internationalen Klassifikationssystems von Krankheiten, das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben und periodisch aktualisiert wird.
- 3 Anzahl Fälle pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner, standardisierte Rate.
- 4 Darstellung exkl. Sterbehilfe (Fünf-Jahres-Mittelwert), <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/suizid>, Zugriff: 14.02.2022.

Die Resultate der Auswertung der zuletzt 2017 durchgeführten SGB zu den selbst berichteten Suizidversuchen zeigen, dass 3.4 Prozent der Befragten mindestens einmal in ihrem Leben einen Suizidversuch unternommen haben, insgesamt etwas mehr Frauen als Männer. Innerhalb der letzten zwölf Monate hatten 0.5 Prozent der Befragten versucht, sich das Leben zu nehmen. Dort zeigen sich weder beim Alter noch beim Geschlecht statistisch signifikante Unterschiede, und es lassen sich auch keine regionalen Unterschiede feststellen. Vergleicht man hingegen das Bildungsniveau, wird ersichtlich, dass der Anteil Personen mit in den letzten zwölf Monaten verübtem Suizidversuch sinkt, je höher der Bildungsabschluss ist. Hinsichtlich der Arbeits- und Wohnsituation kommen Suizidversuche tendenziell häufiger bei Personen vor, die erwerbslos oder alleinerziehend sind, sowie bei Personen, die alleine leben.

Mit Blick auf den Gesundheitszustand berichteten deutlich häufiger Menschen von Depressionssymptomen und Suizidgedanken, die bereits einen Suizidversuch hinter sich hatten. Ausserdem verfügten diese Personen über weniger persönliche und soziale Ressourcen als solche, die noch nie einen Suizidversuch verübt hatten.

Die SGB erhebt ausserdem Daten zu Suizidgedanken. Resultate der Auswertung von 2017 zeigen, dass rund 7.8 Prozent der Schweizerinnen und Schweizer mindestens einmal im Verlauf der letzten zwei Wochen vor der Befragung Suizidgedanken hatten. Suizidgedanken sind in der Zentralschweiz seltener als in den übrigen Regionen der Schweiz. Während hinsichtlich des Lebensalters und des Geschlechts keine deutlichen Unterschiede zu erkennen sind, zeigt sich bei den soziodemografischen Faktoren ein anderes Bild. Laut den Selbstberichten sind Personen ohne nachobligatorische Bildung, Personen mit Migrationshintergrund, Arbeitslose und übrige Nichterwerbstätige sowie alleine lebende Menschen und Alleinerziehende häufiger von Suizidgedanken betroffen als andere.

3.6. Kantonale Grundlagen

3.6.1. Gesundheitsgesetz

Die gesetzlichen Grundlagen für die Suizidprävention sind im kantonalen Gesundheitsgesetz niedergelegt. Das Gesetz sieht vor, dass sich der Kanton Zug für gute Bedingungen einsetzt, die der Förderung der Gesundheit dienen. Die Gesundheitsdirektion unterstützt und koordiniert Massnahmen und Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention (GesG § 45 Abs. 1 und 2).

3.6.2. Kantonales Suizidmonitoring

Seit 2011 erhebt die Staatsanwaltschaft des Kantons Zug mittels Erhebungsformular systematisch Daten zu den seit 2008 auf Zuger Boden erfolgten nicht assistierten und assistierten Suiziden. Die Daten des kantonalen Suizidmonitorings von 2008–2019 wurden ausgewertet, und die wichtigsten Erkenntnisse sind hier zusammengefasst.

In den Jahren 2008–2019 wurden im Kanton Zug insgesamt 261 Suizide – davon 169 nicht assistierte und 92 assistierte Suizide – registriert. Die grosse Mehrheit der in diesem Zeitraum durch Suizid verstorbenen Personen hatte ihren Wohnsitz im Kanton Zug: 79 Prozent der nicht assistierten Suizide, 99 Prozent der assistierten Suizide. Von den Personen mit ausserkantonalem Wohnsitz war rund ein Drittel zum Zeitpunkt ihres Suizids in einer psychiatrischen Klinik im Kanton Zug hospitalisiert.

Im gleichen Zeitraum zeigt die Rate der nicht assistierten Suizide einen statistischen Trend zur Abnahme, insbesondere bei den Männern. Gesamthaft werden allerdings immer noch mehr Suizide von Männern (58.6 %) als von Frauen (41.4 %) verübt (vgl. Abbildung 2). In der Kategorie der nicht assistierten Suizide sterben anteilmässig doppelt so viele Männer (67.5 %) wie Frauen (32.5 %), bei den assistierten Suiziden liegt der Anteil der Frauen (57.6 %) höher als bei den Männern (42.4 %).

Geschlecht	Suizide Total		Nicht assistierte		Assistierte Suizide	
	n	%	n	%	n	%
männlich	153	58.6 %	114	67.5 %	39	42.4 %
weiblich	108	41.4 %	55	32.5 %	53	57.6 %
Total	261	100.0 %	169	100.0 %	92	100.0 %

Abbildung 2: Übersicht über die Suizidzahlen des Kantons Zug, 2008–2019
Quelle: Gesundheitsdirektion Kanton Zug – Suizidaten 2008 bis 2019

Vermutetes Suizidmotiv⁵

91 Prozent der assistierten Suizide erfolgten bei körperlicher Erkrankung; nur in sehr wenigen Fällen wurden psychische Erkrankungen oder andere schwierige Verhältnisse als Motiv angenommen. Der grösste Anteil der assistierten Suizide fand sich in der Altersgruppe der 80- bis 89-Jährigen, gefolgt von den 70- bis 79-Jährigen; zusammengezählt macht die Altersgruppe der 70- bis 89-Jährigen 65 Prozent aller assistierten Suizide aus.

Hingegen liegen den nicht assistierten Suiziden laut dem Suizidmonitoring mehrheitlich psychische Erkrankungen zugrunde (63 %), aber auch hier werden körperliche Erkrankungen (13 %) oder schwierige soziale Verhältnisse (21 %) vermutet. Bei 14 Prozent der nicht assistierten Suizide ist das Suizidmotiv unbekannt. Die einem Suizid zugrunde liegenden Motive bzw. Ursachen werden im Rahmen des kantonalen Suizidmonitorings durch die Staatsanwaltschaft angegeben und beruhen auf den polizeilichen Untersuchungen. Die Angaben sind nur selten durch ärztlich erhobene Befunde gestützt und daher mit Vorsicht zu interpretieren. Die Altersverteilung der nicht assistierten Suizide zeigt laut dem kantonalen Suizidmonitoring eine deutliche Häufung bei den 50- bis 59-Jährigen, und zwar bei beiden Geschlechtern.

⁵ Beim vermuteten Suizidmotiv sind Mehrfachangaben möglich, entsprechend kann die Summe der Anteile 100 Prozent übersteigen.

Saisonale Verteilung

Auch die saisonale Verteilung der assistierten und nicht assistierten Suizide unterscheidet sich: In den Monaten März und April überwiegen die nicht assistierten Suizide, in den Monaten November und Dezember die assistierten Suizide. Über das restliche Jahr verteilen sich assistierte und nicht assistierte Suizide gleichmässig.

Psychiatrische Anamnese⁶

Knapp ein Viertel (24 %) der durch nicht assistierten Suizid verstorbenen Personen war im Zeitraum des Suizids in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung bei einer Fachperson. 8 Prozent wurden durch ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt psychiatrisch behandelt. 12 Prozent waren zum Zeitpunkt des Suizids in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert, 4 Prozent waren kürzlich (<1 Monat) und 16 Prozent früher (>1 Monat) stationär in einer psychiatrischen Klinik. Bei 7 Prozent gibt es einen blanden psychiatrischen Befund, bei 41 Prozent liegen aus den zuvor genannten Gründen keine Angaben zur psychiatrischen Anamnese vor.

Bei fast vier Fünfteln der mittels Sterbehilfe Verstorbenen ist die psychiatrische Anamnese unbekannt (78 %). 15 Prozent hatten einen blanden Befund, 4 Prozent wurden durch eine psychiatrisch-psychotherapeutische Fachperson und 1 Prozent durch die Hausärztin oder den Hausarzt psychiatrisch behandelt. 2 Prozent waren früher psychiatrisch hospitalisiert (> 1 Monat).

Frühere Suizidversuche

Von den durch nicht assistierten Suizid Verstorbenen hatte ein Viertel (25%; 42 von 169 Fällen) bereits mindestens einen Suizidversuch hinter sich. Es muss jedoch davon ausgegangen werden, dass nur ein Teil dieser früheren Suizidversuche erfasst wurde, da die Erhebung der Suizidversuche für die polizeiliche Untersuchung eines Suizids keine wesentliche Rolle spielt.

Suizidmethoden

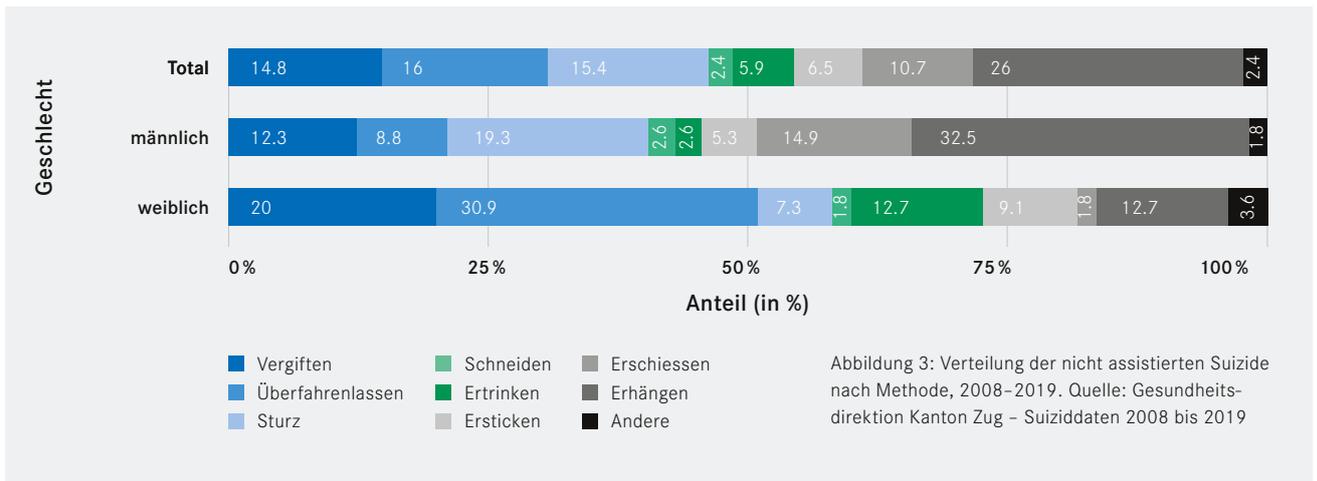
In der nachstehenden Grafik (vgl. Abbildung 3) ist die prozentuale Verteilung der Suizidmethoden bei den 169 nicht assistierten Suiziden gesamthaft sowie aufgeteilt nach Geschlecht dargestellt. Das beim assistierten Suizid eingesetzte Natrium-Pentobarbital, das der Suizidmethode «Vergiften» zugeordnet ist, ist in der nachfolgenden Darstellung nicht enthalten.

Gesamthaft ist Erhängen – mit einem Anteil von 26 Prozent – die deutlich am häufigsten verwendete Methode bei den nicht assistierten Suiziden. Ebenfalls häufig mit ähnlich grossen Anteilen sind Überfahrenlassen (16%), Sturz (15.4%) und Vergiften (14.8%).

⁶ Bei der psychiatrischen Anamnese sind Mehrfachangaben möglich, entsprechend kann die Summe der Anteile 100 Prozent übersteigen.

Betrachtet man die geschlechterspezifischen Säulen in der Abbildung, fällt auf, dass sich die Verteilung zwischen Frauen und Männern stark unterscheidet. Bei den Männern ist das Erhängen (32.5%) die am häufigsten verwendete Suizidmethode, gefolgt von Sturz (19.3%), Erschiessen (14.9%) und zu einem etwas geringeren Anteil Vergiften (12.3%) und Überfahrenlassen (8.8%). Frauen starben anteilmässig am häufigsten durch Überfahrenlassen (30.9%), Vergiften (20%) und zu gleichen prozentualen Anteilen durch Ertrinken (12.7%) und Erhängen (12.7%).

Bei den nicht assistierten Suiziden, die sich in einer psychiatrischen Klinik ereigneten, sind anteilmässig Sturz (30%), Überfahrenlassen (25%), Schneiden (15%) und Ertrinken (15%) die häufigsten Suizidmethoden.



3.6.3. Forschungsprojekt zu Suizidversuchen

Als wissenschaftliche Grundlage für die verschiedenen Teilziele des Legislaturziels 115 wurde das folgende Forschungsprojekt lanciert: «Eine retrospektive Datenanalyse von im Zuger Kantonsspital betreuten Patienten nach Suizidversuch im Zeitraum 2008 bis 2019»; es ergänzt die Daten des Suizidmonitorings. Die Studie wurde von der für den Kanton Zug zuständigen Ethikkommission genehmigt, und die Auswertung sollte im Rahmen einer wissenschaftlichen Dissertation erfolgen. Ziel des Forschungsprojekts war, die Häufigkeit von Suizidversuchen im Zeitraum 2008 bis 2019 zu bestimmen sowie die entsprechenden Daten mit den bereits vorhandenen Daten des kantonalen Suizidmonitorings zu vergleichen. Es stellte sich jedoch heraus, dass die Möglichkeiten der wissenschaftlichen Interpretation der für Forschungszwecke weiterverwendeten Daten zu Suizidversuchen begrenzt waren. Die Dissertation zu den Resultaten des Forschungsprojekts wurde daher abgebrochen. Die wichtigsten Erkenntnisse der Studie sind nachfolgend zusammengefasst.

Im Zeitraum 2008 bis 2019 wurden insgesamt 546 Suizidversuche (370 von Frauen und 176 von Männern) verzeichnet, unabhängig davon, ob der Suizidversuch Grund für die Spitalbehandlung war oder nicht. Mehr als die Hälfte aller Suizidversuche (rund 60 %) wurden von Personen im Alter von 20–49 Jahren verübt. Augenfällig waren auch Suizidversuche von Jugendlichen, die anteilmässig rund 14 Prozent aller Suizidversuche ausmachten. In der Alterskategorie der 50–59-Jährigen traten die Suizidversuche mit rund 12 Prozent ebenfalls leicht gehäuft auf. Mit zunehmendem Alter waren kaum Suizidversuche zu verzeichnen. Der Anteil der Frauen war in allen genannten Altersgruppen rund zwei- bis dreimal höher als derjenige der Männer. Die mit Abstand am häufigsten angewendete Suizidversuchsmethode war mit knapp 70 Prozent Vergiften. Weitere angewandte Methoden sind bereits aus dem Suizidmonitoring bekannt, am seltensten kamen Überfahrenlassen, Ertrinken oder Ersticken vor.

3.6.4. Kantonale Daten aus nationalen Erhebungen

Auf Antrag erhält der Kanton Zug die kantonalen Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SBG). Für das Jahr 2017 stehen keine kantonalen Daten der SGB zur Verfügung, es lassen sich daher keine Rückschlüsse auf selbst berichtete Suizidversuche im Kanton Zug ziehen. Kantonale Daten aus vorherigen Jahren, zuletzt von 2012, bieten jedoch einen Überblick über die psychische Gesundheit der Zuger Bevölkerung. Weiter stehen dem Kanton Zug auf Antrag Daten der nationalen Studie «Health Behaviour in School-aged Children», abgekürzt «HBSC-Studie» genannt, zur Verfügung. Die HBSC-Studie befragt alle vier Jahre 11- bis 15-jährige Schülerinnen und Schüler zu deren Gesundheitsverhalten, darunter auch zu ihrer psychischen Gesundheit. Dem Wunsch nach Kürze und Prägnanz folgend, wird hier darauf verzichtet, im Einzelnen auf diese Studie einzugehen.

Handlungsbedarf im Bereich der Suizidprävention

Auf Basis der in Kapitel 3 beschriebenen wissenschaftlichen Grundlagen sowie der Erfahrungen der Experten (Steuer-, Begleit- und Arbeitsgruppe) wurde im Rahmen der Projektarbeiten und in Bezug auf den Kanton Zug Handlungsbedarf in den folgenden fünf Handlungsfeldern festgestellt. Jedes Handlungsfeld wird nachfolgend als eigenständiges Unterkapitel aufgeführt:

- Prävention
- Hilfe in Krisen
- Nachsorge nach Klinikaustritt
- Strukturelles
- Monitoring und Information

4.1. Handlungsfeld «Prävention»

Für die Prävention werden drei Lebenswelten beschrieben, in denen Präventionsmassnahmen umgesetzt werden können: die Schule bzw. der Arbeitsplatz, die Familie und der Sozialraum. Die in diesen Bereichen beruflich oder freiberuflich tätigen Schlüsselpersonen⁷ und Fachpersonen⁸, die in ihrem Alltag Kontakt mit Risikogruppen haben, können mit Suizidalität konfrontiert werden. Zuweilen können Schlüssel- und Fachpersonen ebenfalls zu den Risikogruppen gehören, beispielsweise Mitarbeitende bestimmter Berufsgruppen sowie in medizinischen und Pflegeberufen. Fach- und Schlüsselpersonen sind daher wichtige Partner in der Umsetzung von Präventionsmassnahmen. Insbesondere bei der Früherkennung psychischer Erkrankungen und erster Anzeichen eines Suizidrisikos kommt ihnen eine entscheidende Rolle zu. Daher sollten sie im Rahmen von Weiter- und Fortbildungen das nötige Wissen für den Umgang mit Menschen in Krisensituationen und zu Suizidalität vermittelt bekommen. Ein besonderes Augenmerk ist dabei auf die Fortbildung von Hausärztinnen und Hausärzten zu richten, da diese in der Früherkennung psychischer Erkrankungen wie Depressionen eine Schlüsselstellung einnehmen, diese Früherkennung jedoch bislang häufig nicht gelingt (vgl. Kapitel 3.4). Themenspezifische Fortbildungen sollten es ausserdem ermöglichen, wichtige Schlüssel- und Fachpersonen untereinander zu vernetzen.

Zusätzlich zu den genannten Massnahmen der selektiven Prävention sind auch universelle Präventionsmassnahmen zu empfehlen. Dabei soll auf die speziellen Bedürfnisse bestimmter Bevölkerungsgruppen (z.B. Personen mit einer Hör- oder Sehbehinderung, Fremdsprachige usw.) geachtet werden. Begriffe sollten ausserdem neutral und nicht wertend formuliert werden, um nicht zur Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen und von Suizid beizutragen.

Assistierte Suizide nehmen im Kanton Zug zu. Deshalb sollten Themen, die damit in Verbindung stehen oder stehen können (z.B. Palliative Care, Scham und Marginalisierung rund ums Älterwerden und «Zur-Last-Fallen»), vermehrt diskutiert und damit entstigmatisiert werden. Im Rahmen der universellen Prävention sollten folglich nicht assistierter und assistierter Suizid sowie Sterben und Tod in der öffentlichen Diskussion ihren Platz finden. Die breite Bevölkerung müsste ausserdem

⁷ Als Schlüsselpersonen werden im Rahmen dieses Berichts alle Personen bezeichnet, die mit Risikogruppen oder mit suizidgefährdeten Personen und deren Angehörigen in Kontakt stehen.

⁸ Z.B. Fachpersonen im Gesundheits- und Sozialbereich.



darüber aufgeklärt werden, dass jede Person mit dem Thema Suizid in Berührung kommen oder selber in eine Krise geraten kann. Für eine flächendeckende Wirkung sind Kampagnen zu psychischen Erkrankungen und Suizidalität sinnvoll. Um die allgemeine Bevölkerung zu sensibilisieren, sollte auf das, was sich in bereits erfolgten Kampagnen wie «Deine Psyche? – kein Tabu!»⁹, «Wie geht's dir?»¹⁰ oder «Reden kann retten»¹¹ bewährt hat, zurückgegriffen werden.

4.2. Handlungsfeld «Hilfe in Krisen»

Während im Kanton Zug eine Vielfalt von Beratungsangeboten existiert, stellte sich im Rahmen der Erarbeitung des vorliegenden Berichts heraus, dass es Optimierungsbedarf bei den niederschweligen Hilfsangeboten für Menschen in einer Krisensituation gibt. Für Menschen in einer akuten psychischen Krise ist unter der Woche tagsüber die Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie (APP) im Sinne eines Erstliniendienstes für Notfälle zuständig; das Sekretariat der APP Zug bildet die erste Triagestufe und vergibt in unkomplizierten Fällen Termine, u.a. für ein erstes Abklärungsgespräch. Bei komplexeren oder unsicheren Fällen ist das Sekretariat angehalten, die Anmeldung an eine diensthabende Fachperson weiterzugeben. Ausserhalb der regulären Öffnungszeiten und an Wochenenden ist der Psychiatrische Notfalldienst als Zweitliniendienst zuständig; diesen Pikettdienst übernehmen die niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater im Kanton Zug.

Einerseits soll die Triage tagsüber während der regulären Öffnungszeiten verbessert werden: Menschen in psychischen Krisen werden nicht nur Erstgespräche, sondern Notfallgespräche am selben Tag angeboten. Ausserdem besteht ein Kontingent an Terminen, die für dringliche erste Gespräche an solche neuen Patientinnen und Patienten vergeben werden können, die sich zwar nicht in einer akuten Notfallsituation, die sofortiges Handeln und Eingreifen erfordert, befinden, die jedoch auch nicht wochenlang auf einen ersten Gesprächstermin warten können. Dies herauszufinden, ist nicht ganz einfach und bedarf einer vertiefteren Vorabklärung, die in der Regel telefonisch mit einer diensthabenden Fachperson stattfindet. Nicht ärztlichen Fachpersonen steht für die Triage von Notfällen jederzeit eine Fachärztin oder ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie für rasche Rücksprachen zur Verfügung. Da trotz allem Fehler oder Fehleinschätzungen im Vorgehen nicht ganz ausgeschlossen werden können, schlägt der vorliegende Bericht den persönlichen Kontakt mit einer Fachperson nach dem Beispiel einer Kriseninterventionsstelle mit integrierter Triage als Lösung vor.

⁹ Die Kampagne «Deine Psyche? – kein Tabu!» zielt auf die Entstigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ab: <https://kein-tabu.ch/kampagne/>, Zugriff: 14.02.2022.

¹⁰ Die Kampagne «Wie geht's dir?» sensibilisiert Menschen dafür, über psychische Gesundheit zu sprechen, und macht Unterstützungsangebote bekannt: <https://www.wie-gehts-dir.ch/>, Zugriff: 14.02.2022.

¹¹ Die Enttabuisierungs-Kampagne «Reden kann retten» ist ein gemeinsames Präventionsprojekt der SBB und des Kantons Zürich. Sie ermutigt Betroffene dazu, über Suizidgedanken zu sprechen und sich Hilfe zu holen: <https://www.reden-kann-retten.ch/>, Zugriff: 14.02.2022.

Zudem besteht Verbesserungspotenzial beim Psychiatrischen Notfalldienst ausserhalb der Öffnungszeiten. Für Suizidgefährdete ist es wichtig, dass Hilfe in Krisen auch ausserhalb der regulären Bürozeiten schnell und unbürokratisch 24/7 möglich ist. Erfahrungen zeigen, dass dies nicht immer der Fall ist; bis zum Eintreffen des Notfallpsychiaters oder der Notfallpsychiaterin verstreichen oft längere Wartezeiten, und Menschen in einer akuten psychischen Krise werden am Telefon teilweise mehrfach weitervermittelt und versuchen vergeblich, mit einer Fachperson in Kontakt zu treten. Zudem ist eine kurze Erstberatung am Telefon erwünscht, bevor die Person weitervermittelt wird. Wie bereits im vorangegangenen Absatz beschrieben, wird auch hier ein niederschwelliges Angebot nach dem Beispiel einer Kriseninterventionsstelle vorgeschlagen, um solche Hürden bei der Kontaktaufnahme für Menschen in einer Krisensituation abzubauen.

Für eine erfolgreiche Krisenintervention ist es von zentraler Bedeutung, dass Personen, die im beruflichen Kontext mit Menschen in einer Krise konfrontiert sind, die zuständigen Anlaufstellen und Kontaktpersonen ausserhalb der regulären Öffnungszeiten kennen und mit den entsprechenden Abläufen vertraut sind. Dazu gehört nebst einer schnellen Kontaktaufnahme in Krisen auch eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen den Institutionen und den zuständigen Behördenstellen (z.B. KESB) bzw. deren Erreichbarkeit ausserhalb der regulären Öffnungszeiten. Die im Rahmen der Erarbeitung dieses Berichts durch Fachpersonen geführten Gespräche haben ergeben, dass hier Optimierungsbedarf besteht. Ein weiterer Fokus soll auf die Vernetzung verschiedener Schlüssel- und Fachpersonen untereinander im Rahmen themenspezifischer Fortbildungen und Veranstaltungen gelegt werden (vgl. Kapitel 5.2 und Kapitel 5.6).

Der grösste Risikofaktor für einen Suizid ist ein bereits erfolgter Suizidversuch (Kouichi, Chikako, & Kazuhisa, 2008). Daher sollte nach einem Suizidversuch eine angemessene, gut koordinierte Betreuung von Betroffenen und deren Angehörigen sichergestellt werden. Kinder als unmittelbar betroffene Angehörige bedürfen dabei besonderer Aufmerksamkeit. Sie sollen mit spezialisierten Angeboten unterstützend begleitet werden. Darüber hinaus erhöht sich bei Hinterbliebenen von Suizidentinnen und Suizidenten das Risiko für einen Suizid. Für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die einen Elternteil durch Suizid verloren haben, existiert im Kanton Zug aktuell kein auf sie zugeschnittenes Angebot. Für Hinterbliebene von Suizidentinnen und Suizidenten soll dementsprechend das Angebot, beispielsweise in Form eines Selbsthilfeangebots, optimiert werden.

4.3. Handlungsfeld «Nachsorge nach Klinikaustritt»

Laut Fachliteratur ist das Suizidrisiko nach Klinikaustritt wesentlich erhöht (Goldacre, Seagroatt, & Hawton, 1993). Folglich soll die Kontinuität der Betreuung und Behandlung von suizidgefährdeten Personen in der kritischen Phase beim stationär-ambulanten Übergang sichergestellt werden. Im Rahmen des Nationalen Aktionsplans Suizidprävention empfiehlt das Bundesamt für Gesundheit (BAG)¹² die Einführung eines Rundtischgesprächs sowie einer «Brückenhilfe», um Suizide bei Klinikaustritt zu verhindern. Am Rundtischgespräch – nachfolgend «Behandler/innenkonferenz» genannt – vor Klinikaustritt sollen Klinikmitarbeitende, Fachpersonen der ambulanten Nachsorge und die Betroffenen selbst sowie deren Angehörige teilnehmen. Ziel ist, dass sich alle Parteien im Rahmen der Austrittsplanung untereinander abstimmen. Bei der «Brückenhilfe» führen Mitarbeitende der Klinik oder der ambulanten Nachsorge vor oder kurz nach Austritt einen begleiteten Besuch im privaten Lebensumfeld der Betroffenen durch. Dieser Besuch hat zum Ziel, Probleme mit der Alltagsbewältigung, aber auch Suizidmöglichkeiten (z.B. Medikamente, Waffen usw.) zu adressieren und zu minimieren.

Aktuell führen die psychiatrischen Kliniken des Kantons Zug keine regelmässigen «Behandler/innenkonferenzen» oder «Brückenhilfen» durch. Für die Einführung im Kanton Zug sind die Empfehlungen des Bundes sowie die Erfahrungen anderer Kantone, beispielsweise des Kantons Zürich, zu berücksichtigen. Ausserdem sind die im Rahmen der Erarbeitung dieses Berichts durch Fachpersonen geführten Diskussionen für die Umsetzung relevant: Die Einbindung von Angehörigen in «Behandler/innenkonferenzen» sei bei der Austrittsplanung nicht immer erwünscht oder möglich. Grundsätzlich ist eine gemeinsame Visite in der Klinik vorzuziehen. Sofern dies nicht realisierbar ist, kann auf digitale Lösungen (z.B. Videokonferenz, Telefonkonferenz) ausgewichen werden. Bei der Planung der «Brückenhilfe» soll die Umfeldanalyse¹³ entsprechende Massnahmen aufzeigen, um zu verhindern, dass eine suizidgefährdete Person nach Klinikaustritt in dasselbe und damit gefährdende Umfeld zurückkehrt.

Mit Blick auf die Bedürfnisse von Angehörigen suizidgefährdeter Personen wurden im Auftrag des Bundes in einem Schlussbericht (Manike & Kraft, 2020) Empfehlungen formuliert. Ein Bedürfnis, das auch im Rahmen der Erarbeitung des vorliegenden Berichts am häufigsten genannt wurde, ist jenes nach ausreichender Information und Unterstützung. Bereits heute geben Kliniken im Rahmen des Patientengesprächs, an dem auch Angehörige teilnehmen, Informationsbroschüren ab.

¹² Broschüre «Suizidprävention bei Klinikaustritten – Empfehlungen für Gesundheitsfachpersonen», August 2019, ergänzte Version Oktober 2021, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention/suizidpraevention-psihiatrische-versorgung.html>, Zugriff: 14.02.2022.

¹³ Z.B. Prüfung der Wohn- oder Arbeitssituation, ob Suizidmöglichkeiten bestehen.

Folglich sollen weitere Informations- und Unterstützungsangebote für Angehörige entwickelt werden. Betroffene haben ausserdem den Wunsch, mit Empathie behandelt, ernst genommen und ausreichend unterstützt zu werden. In der Nachsorge nach Klinikaustritt sollen daher bestehende Angebote wie Selbsthilfegruppen für Betroffene und Angehörige stärker genutzt und neue Angebote, wie beispielsweise der Einbezug von «Peers»¹⁴ im Kliniksetting, implementiert werden.

4.4. Handlungsfeld «Strukturelles»

Für eine wirksame Prävention sollten Massnahmen, die sich auf die individuelle Verhaltensänderung (Verhaltensprävention) konzentrieren, durch zusätzliche strukturelle Massnahmen (Verhältnisprävention) ergänzt werden. Da ein Suizid oftmals impulsiv in einer Krise erfolgt, kann ein zu leichter Zugang zu Suizidmitteln und -methoden entscheidend sein. Laut Fachliteratur ist die Einschränkung der Verfügbarkeit von Suizidmitteln sowie des Zugangs zu Suizid-Hotspots eine wirksame Massnahme zur Reduktion von Suiziden: Untersuchungen in der Schweiz zeigen, dass die Installation von Netzen und Geländern an Brücken (Hemmer, Meier, & Reisch, 2017) sowie die verminderte Verfügbarkeit von Schusswaffen aufgrund der Armereform XXI (Reisch, Steffen, Habenstein, & Tschacher, 2013) eine Reduktion der Suizidrate zur Folge haben. Ähnliche Studien gibt es auch zu weiteren Suizidmethoden.

Im Kanton Zug wurden zwischen 2005 und 2008 an den beiden Lorzentobelbrücken der Baujahre 1910 und 1985 Schutzwände und Notruftelefone sowie Tafeln der Dargebotenen Hand installiert. Während das bestehende kantonale Suizidmonitoring im Vergleich zur Vorperiode 1991 bis 2007 einen starken Rückgang der Suizide durch Sturz in die Tiefe zeigte, gibt es bei der Lorzentobelbrücke aus dem Jahr 1910 weiterhin eine Häufung von Suiziden, insbesondere von Männern. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass die Höhe der Schutzwände nicht der aktuell empfohlenen Mindesthöhe für einen gesicherten Suizidschutz entspricht. Als Alternative zur Erhöhung der Schutzwände müssen neue innovative technologische Massnahmen anstelle weiterer baulicher Massnahmen geprüft werden.

Weiter wurden 2012 in der Nähe der beiden psychiatrischen Kliniken im Kanton Zug Suizidpräventionszäune, Zaunergänzungen und Schutzhecken entlang der SBB-Gleise angebracht. Die Daten des Suizidmonitorings sowie Daten der SBB zeigen allerdings weiterhin eine Häufung von Suiziden, sowohl bei Oberwil bei Zug als auch entlang des gesamten Schienennetzes, was die Umsetzung von baulichen Massnahmen erschwert. Hier sind künftig neue Technologien, die eine flächendeckende Schutzwirkung erzielen, einzusetzen.

¹⁴ Der englische Begriff «peer» bezeichnet Menschen, die selbst genesen sind und nun ihre eigenen Erfahrungen nutzen, um anderen Betroffenen zu helfen.

Nach den Erkenntnissen des kantonalen Suizidmonitorings erfolgen die meisten nicht assistierten Suizide während einer ambulanten psychiatrischen Behandlung sowie während und nach einem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik. Folglich soll der Zugang zu Suizidmitteln und -methoden insbesondere bei suizidgefährdeten Personen in psychiatrischer Behandlung erschwert werden. Einerseits gilt es, strukturelle Massnahmen im Kliniksetting umzusetzen. Andererseits sollten im Lebensumfeld dieser Risikogruppe Suizidmittel und -methoden identifiziert, Bezugspersonen und Angehörige instruiert und entsprechende präventive Massnahmen eingeleitet werden, um die Verfügbarkeit bzw. den unmittelbaren Zugang während einer akuten suizidalen Krise einzuschränken.

4.5. Handlungsfeld «Monitoring und Information»

Bisherige Erkenntnisse zeigen, dass das kantonale Suizidmonitoring ein wertvolles Steuerungselement für die Suizidprävention ist. Es dient als Instrument zur Verlaufsbeobachtung der Suizide im Kanton Zug und zur Identifikation von Risikogruppen, woraus sich Hinweise auf neue Suizid-Hotspots und auf häufig verwendete Suizidmethoden ergeben. Das Suizidmonitoring bietet somit eine auf Evidenz basierende Grundlage für die Formulierung zielgruppenspezifischer Präventionsmassnahmen im Sinne der kombinierten Verhaltens- und Verhältnisprävention und sollte folglich weitergeführt werden.

Suizidversuche wurden im Kanton Zug bisher nicht erhoben. Laut Studien ist ein bereits erfolgter Suizidversuch jedoch einer der grössten Risikofaktoren für einen späteren Suizid (Kouichi, Chikako, & Kazuhisa, 2008). Folglich sollte das bestehende Suizidmonitoring als Teil eines umfassenden Monitoringsystems um ein Monitoring von Suizidversuchen erweitert werden. Dies entspricht dem Teilziel 2 des Legislaturziels 115 des Kantons Zug. Da ein Monitoring von Suizidversuchen vor allem die medizinisch behandelten erfasst, die unbehandelten jedoch schwieriger festzustellen sind, sollen Erkenntnisse aus der Forschung diese Lücke weitgehend schliessen. Dafür eignen sich beispielsweise die Daten zu den selbst berichteten Suizidversuchen im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB).

Der Begriff «Information» des Handlungsfelds «Monitoring und Information» steht für die Förderung des Informations- und Erfahrungsaustauschs unter den Fach- und Schlüsselpersonen. Ein Forum für den Informationsaustausch unter Fachpersonen verschiedener Institutionen im Kanton Zug bietet die bis anhin jährlich wiederkehrende Veranstaltung «Netzwerk Psychische Gesundheit», die sich bewährt hat und in ähnlichem Format weitergeführt werden soll. Aktuell fehlt im Kanton Zug allerdings eine spezifisch auf das Thema Suizid zugeschnittene Vernetzungsmöglichkeit für Personen, die beruflich mit Menschen in einer Krisensituation konfrontiert sind und sich gezielt austauschen wollen.

Unter der Sammelbezeichnung «Information» ist auch die Öffentlichkeitsarbeit zu verstehen. Aktuell werden der Zuger Bevölkerung die Hilfsangebote auf einer Online-Plattform bekannt gemacht. Als Ergänzung dazu sollen sie künftig in mehreren Sprachen beworben werden. Aufgrund der Zunahme der assistierten Suizide im Kanton sollen die Zugerinnen und Zuger ausserdem besser über die Angebote der Palliative Care informiert werden.

5 Empfehlungen für die künftige Ausrichtung der Suizidprävention

Die in diesem Kapitel aufgeführten Empfehlungen für die künftige Ausrichtung der Suizidprävention im Kanton Zug leiten sich aus den im Kapitel 3 beschriebenen wissenschaftlichen Grundlagen sowie dem Handlungsbedarf (vgl. Kapitel 4), den interdisziplinäre Expertengruppen (Steuer-, Begleit- und Arbeitsgruppe) festgestellt haben, ab. Das erste Unterkapitel widmet sich der Definition der Zielgruppen, an die sich die Empfehlungen richten. Die weiteren Unterkapitel thematisieren jeweils ein spezifisches Handlungsfeld. Innerhalb jedes Handlungsfelds wird als Erstes nochmals der festgestellte Handlungsbedarf zusammengefasst und daraus ein Ziel für die künftige Ausrichtung der Suizidprävention im Kanton Zug abgeleitet. Anschliessend werden entsprechende Handlungsmöglichkeiten (Massnahmen) vorgeschlagen, die mittels Nummerierung priorisiert sind; allerdings können unter Umständen auch mehrere Massnahmen parallel umgesetzt oder kombiniert werden. Deren Realisierung obliegt Institutionen (psychiatrischen Kliniken, Institutionen der ambulanten Nachsorge, Spitälern, Schulen usw.) und Organisationen im Kanton Zug (Fach- und Beratungsstellen, Vereinen, Stiftungen usw.) sowie kantonalen Ämtern und gemeindlichen Behördenstellen. Um eine Vorstellung von möglichen Partnerorganisationen zu vermitteln, werden in den nachstehenden Unterkapiteln bei den jeweils vorgeschlagenen Massnahmen Institutionen beispielhaft aufgeführt.

5.1. Zielgruppen

Jeder Mensch kann im Laufe des Lebens mit dem Thema Suizid in Berührung kommen oder selber in eine Krise geraten. Im Sinne der universellen Prävention richten sich die nachstehend aufgeführten Empfehlungen folglich an die gesamte Zuger Bevölkerung. In den jeweiligen Handlungsfeldern werden ausserdem zielgruppenspezifische Massnahmen, die eine selektive Prävention ermöglichen, definiert.

Die Unterteilung in Zielgruppen leitet sich nach dem Lebensphasenansatz von den folgenden Lebensphasen ab:

- Kinder
- Jugendliche
- junge Erwachsene
- mittleres Erwachsenenalter
- ältere Menschen
- Betagte

Diese Einteilung berücksichtigt, dass sich im Verlauf des Lebens nicht nur die körperliche und psychische Verfassung, sondern auch die äusserlichen Rahmenbedingungen verändern. Letzteres zeigt sich beispielsweise beim Übergang von der Schule in die Berufslehre, bei Eheschliessung oder Scheidung, dem Beginn des Familienlebens oder dem Übertritt vom Berufsleben in die Rente und beim Tod Nahestehender. Solche Übergänge stellen oftmals kritische Lebensereignisse dar, die unter bestimmten Rahmenbedingungen als Belastung wahrgenommen werden können. Halten psychosoziale Belastungen über eine längere Zeit hinweg an, kann dies im Zusammenspiel mit weiteren Risikofaktoren das Risiko einer suizidalen Krise erhöhen.

Zielgruppenspezifische Massnahmen

Zusätzlich zu den Massnahmen, die sich an die gesamte Zuger Bevölkerung richten, konzentrieren sich einzelne Massnahmen auf eine oder mehrere spezifische Zielgruppen. Der Schwerpunkt liegt auf den folgenden Zielgruppen:

- Risikogruppen
- Angehörige von suizidgefährdeten Personen oder von Personen, die einen Suizidversuch verübt haben, sowie Hinterbliebene von Suizidentinnen und Suizidenten¹⁵
- Fachpersonen und Schlüsselpersonen¹⁶

Definition «Risikogruppen»

Die Definition der Risikogruppen beruht sowohl auf Daten des kantonalen Suizidmonitorings als auch auf Daten der Literatur und Erfahrungen aus der klinischen Praxis.

Risikogruppen im Kanton Zug gemäss den Daten des Suizidmonitorings¹⁷:

- Erwachsene mittleren Alters¹⁸ und ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen
- Erwachsene mittleren Alters¹⁹ und ältere Menschen in belastenden Lebenssituationen (z.B. finanzielle Krise oder Arbeitslosigkeit, eine Scheidung oder der Tod eines nahestehenden Menschen)
- betagte Menschen mit körperlichen Erkrankungen
- Personen in ambulanter psychiatrischer Behandlung
- Personen während oder nach einer stationären Behandlung in einer psychiatrischen Klinik

¹⁵ Hinterbliebene gehören gleichzeitig zu den Risikogruppen, sind allerdings hier nochmals separat aufgeführt.

¹⁶ Als Schlüsselpersonen werden im Rahmen dieses Berichts alle Personen bezeichnet, die im beruflichen oder freiberuflichen Zusammenhang mit Risikogruppen oder mit suizidgefährdeten Personen und deren Angehörigen in Kontakt stehen.

¹⁷ Im Rahmen des Suizidmonitorings werden sowohl Daten zu den nicht assistierten als auch den assistierten Suiziden erhoben.

¹⁸ Die im kantonalen Suizidmonitoring bei den nicht assistierten Suiziden stark vertretene Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen wird im Rahmen dieses Berichts unter dem Begriff «Erwachsene mittleren Alters» subsumiert.

¹⁹ Die im kantonalen Suizidmonitoring bei den nicht assistierten Suiziden stark vertretene Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen wird im Rahmen dieses Berichts unter dem Begriff «Erwachsene mittleren Alters» subsumiert.

Weitere aus Literatur und Praxis bekannte Risikogruppen:

Die nachstehende Auflistung der Risikogruppen aus Literatur und Praxis ist nicht abschliessend. Weiter ist zu berücksichtigen, dass die Zugehörigkeit zu einer spezifischen Bevölkerungs- oder Berufsgruppe nicht zwingend das Suizidrisiko erhöht; vielmehr entsteht eine suizidale Krise oftmals im Zusammenspiel mehrerer Risikofaktoren und/oder belastender Lebensereignisse:

- Personen nach einem Suizidversuch
- Menschen mit psychischen oder chronischen körperlichen Erkrankungen einschliesslich Suchterkrankungen
- Menschen in belastenden Lebenssituationen (z.B. schwierige soziale oder finanzielle Verhältnisse), darunter auch Jugendliche in belastenden Situationen (nicht erfolgreiche Berufswahl, Jugendarbeitslosigkeit, Jugendkrisen, psychische Belastung wie Stress, Probleme beim Bewältigen der Entwicklungsaufgaben von Adoleszenz und Jugend)
- ältere Menschen ohne Angehörige
- Hinterbliebene von Suizidenten
- spezifische Bevölkerungsgruppen:
 - Menschen mit Migrationshintergrund (z.B. Asylsuchende, Expats)
 - Kinder von Eltern mit einer psychischen Erkrankung
 - LGBTQ-Menschen
- spezifische Berufsgruppen:
 - landwirtschaftliche Berufe
 - medizinische und Pflegeberufe
 - Führungskräfte
 - Leistungssportler
- Strafgefangene

5.2. Prävention

Feststellung

Im Rahmen der selektiven Prävention braucht es Weiter- und Fortbildungsangebote für Fach- und Schlüsselpersonen, da diese in der Früherkennung psychischer Erkrankungen und erster Anzeichen eines Suizidrisikos eine wichtige Rolle spielen. Universelle Präventionsmassnahmen sollen Massnahmen der selektiven Prävention ergänzen, um die breite Bevölkerung darüber aufzuklären, dass jede Person mit dem Thema Suizid in Berührung kommen oder selber in eine Krise geraten kann. Insbesondere nicht assistierter und assistierter Suizid sollen in der öffentlichen Diskussion einen grösseren Platz finden.

Ziel

Zugerinnen und Zuger werden nachhaltig und wiederkehrend über psychische Erkrankungen und Suizidalität informiert. Sie werden dazu befähigt, betroffenen Menschen nach dem Prinzip «Hinschauen, ansprechen, handeln» Hilfe zu leisten sowie selber Hilfe aufzusuchen und anzunehmen.

Massnahmen

1 Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen und Suizidalität sowie Sensibilisierung und Befähigung zum Handeln durch Wissensvermittlung		
Umsetzungsvorschlag	Mögliche Partner	Erläuterungen
Umsetzung von Kampagnen zum Abbau von Scham und Stigmatisierung rund um das Thema psychische Erkrankungen und Suizidalität sowie zur Förderung des öffentlichen Diskurses	Öffentliche Verwaltung, Betroffenenorganisationen, Stiftungen (z.B. Gesundheitsförderung Schweiz)	Der Kanton Zug soll sich bevorzugt einer bestehenden nationalen Kampagne anschliessen.
Regelmässige und wiederkehrende Durchführung von Veranstaltungen und Anlässen zu nicht assistiertem und assistiertem Suizid	Fachpersonen der Psychiatrie, öffentliche Verwaltung, Betroffenenorganisationen, Kirchen und Glaubensgemeinschaften des Kantons Zug, Fachstellen des Asyl- und Migrationswesens	Beispiele für mögliche Umsetzungen: 1. Trialog-Seminare von «Trialog Schweiz» ²⁰ , die sich an Betroffene, Angehörige und interessierte Fachpersonen richten mit dem Ziel, im Rahmen eines gegenseitigen Austauschs voneinander zu lernen 2. Podiumsdiskussionen zur Aufklärung über die Themen Sterben und Abbau von Scham und Stigmatisierung rund um die Themen Alter, Älterwerden und Betagtsein 3. Sensibilisierung von Personen unterschiedlicher Religions- und Kulturgemeinschaften zum Thema Suizidalität
Regelmässige Medienberichterstattung zu psychischen Erkrankungen und Suizidalität	Fachpersonen der Psychiatrie, öffentliche Verwaltung und Betroffenenorganisationen	Medienberichte sollen positiv und wertneutral formuliert sein, mit Fokus auf den «Papageno-Effekt» ²¹ . Nach Möglichkeit sollen die Perspektiven von Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen der Psychiatrie in die Berichterstattung einfließen.

²⁰ <https://www.promentesana.ch/de/angebote/trialog-schweiz.html>, Zugriff: 14.02.2022.

²¹ «Papageno-Effekt»: Berichterstattung in den Medien über positive Krisenbewältigung kann eine präventive Wirkung erzielen.

2 Förderung der Früherkennung von psychischen Erkrankungen und Suizidalität durch Weiter- und Fortbildung von Fach- und Schlüsselpersonen

Allgemeines

Im Rahmen der bestehenden Weiter- und Fortbildungen sind jeweils aktuelle Erkenntnisse zu Risikogruppen im Kanton Zug aus dem laufenden kantonalen Suizidmonitoring und Suizidversuchsmonitoring zu berücksichtigen. Ein besonderes Augenmerk gilt der aktuellen Häufung nicht assistierter Suizide in der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen, insbesondere auch im Zusammenhang mit Belastungen am Arbeitsplatz, dem Verlust des Arbeitsplatzes und Arbeitslosigkeit sowie weiteren Risikofaktoren. Als Referierende kommen Psychiaterinnen und Psychiater, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Fachpersonen von Beratungsstellen infrage. Bei Bedarf können Mitarbeitende weiterer Vereine oder Organisationen (z.B. der Dargebotenen Hand) einbezogen werden.

Umsetzungsvorschlag

Fortbildungen zum Thema Früherkennung von Suizidalität für nicht medizinische Fach- und Schlüsselpersonen aus den Bereichen Bildung (z.B. Lehrpersonen, Berufsbildnerinnen und Berufsbildner, Jugendarbeitende usw.), Arbeit (z.B. Führungskräfte, HR-Fachkräfte, Mitarbeitende des Regionalen Arbeitsvermittlungszentrums (RAV) usw.) und Soziales (Mitarbeitende der Sozialdienste der Gemeinden, Schulsozialarbeitende, Mitarbeitende von Kirchen, Fachpersonen aus dem Asylwesen usw.)

Fortbildungen zum Thema Früherkennung von Suizidalität für medizinische Fachpersonen (z.B. Hausärztinnen und Hausärzte, Spitex, Psychologinnen und Psychologen usw.), beispielsweise im Rahmen der Qualitätszirkel der Hausärztinnen und Hausärzte und im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen für Fachpersonen der Spitex.

Für die Anwendung in Hausarztpraxen wird ein simpler Kurztest oder ein Screeningverfahren für psychische Störungen entwickelt und eingeführt.

Mögliche Partner

Zentrale Plattform zur Information über Fortbildungen

Koordination des Fortbildungsangebots durch Institutionen der Gesundheitsversorgung sowie Erarbeitung des Screeningverfahrens durch eine Fachgruppe Psychiatrie in Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten

3

Aufklärung über Schutz- und Risikofaktoren im Zusammenhang mit Suizidalität

Umsetzungsvorschlag	Mögliche Partner	Erläuterungen
Altersgerechte Aufklärung zu psychischem Wohlbefinden, zur Selbstwahrnehmung und Selbstregulation sowie zu den Schwerpunktthemen Problembewältigung, Resilienzförderung, Stress, Einsamkeit, Schlaf, Tod, Suizid, Sucht, Gewalt, Sexualität, Mobbing, Liebe usw. im Schulunterricht von der Kindergartenstufe bis zum Berufseinstieg im Rahmen des Lehrplans 21 oder ergänzend dazu	Amt für Gesundheit, Pädagogische Hochschulen, didaktische Zentren, gemeindliche und kantonale Schulen, schulische Dienste	Weiterführung und Stärkung des bestehenden Angebots und Dienstleistungen für Schulen, Lehrpersonen und schulische Dienste (Unterrichtsmaterialien, Workshops, Programme wie z.B. «MindMatters» ²² , Lehrpersonen-Fortbildungen und Elternabende). Im Rahmen aller Tätigkeiten werden Schülerinnen und Schüler, Lehrpersonen und Eltern jeweils auf die regionalen Hilfsangebote aufmerksam gemacht.
Aufklärung von Eltern und Erziehungsberechtigten von Schülerinnen und Schülern zu den Schutz- und Risikofaktoren im Zusammenhang mit Suizidalität durch Informationsveranstaltungen im Rahmen der Elternarbeit	Koordinationsstelle Elternbildung (KEB) des Amtes für Mittelschulen, Fachstellen	Weiterführung und Stärkung des bestehenden Angebots und Dienstleistungen für Eltern und Erziehungsberechtigte, die diese in ihren Aufgaben unterstützen
Aufklärung von älteren Menschen und Betagten zu Schutz- und Risikofaktoren im Zusammenhang mit Suizid im Rahmen von Themennachmittagen im Altersheim für Bewohnerinnen und Bewohner sowie aufsuchend bei den Menschen zu Hause	Alters- und Pflegeheime des Kantons Zug, Spitex, Betroffenenorganisationen	Der Schwerpunkt soll auf ältere Menschen ohne Angehörige oder nahe Bezugspersonen gelegt werden.

²² «MindMatters» ist ein erprobtes und wissenschaftlich fundiertes Programm von RADIX Schweizerische Gesundheitsstiftung zur Förderung der psychischen Gesundheit von Schülerinnen und Schülern aller Stufen (Zyklen I, II und III) sowie im Übergang von Ausbildung und Beruf. Es fördert gezielt die Lebenskompetenzen und bezieht die gesamte Schule ein (Settingansatz). <https://www.mindmatters.ch/>, Zugriff: 14.02.2022.

4

Vermittlung von Handlungskompetenzen

Umsetzungsvorschlag	Mögliche Partner	Erläuterungen
Wiederkehrende Vermittlung von Verhaltensregeln resp. Handlungsanleitungen mittels einfacher Bildbotschaften oder Erklärvideos an die Zuger Bevölkerung zu den Themen «Hilfe aufsuchen, Hilfe annehmen und Hilfe leisten»	Öffentliche Verwaltung, Betroffenenorganisationen, Stiftungen	Bereits bestehende Angebote anderer Partnerorganisationen und/oder Kantone sollen genutzt oder in Zusammenarbeit mit ihnen initiiert werden.
Förderung der Zivilcourage durch die Förderung und Durchführung von «Ensa»-Kursen ²³ in der Zuger Bevölkerung, in Unternehmen im Rahmen von betriebsinternen Kursen sowie in der öffentlichen Verwaltung	Unternehmen und Betriebe des Kantons Zug, öffentliche Verwaltung	«Ensa»-Kurse können beispielsweise im Rahmen von Massnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements implementiert oder ähnlich wie betriebsinterne Nothelferkurse angeboten werden.

²³ «Ensa»-Kurse von Pro Mente Sana befähigten Personen im Rahmen von Erste-Hilfe-Kursen für psychische Gesundheit, auf Menschen, die von psychischen Problemen betroffen sind, zuzugehen und Erste Hilfe zu leisten. <https://ensa.swiss/de/>, Zugriff: 14.02.2022.



5.3. Hilfe in Krisen

Feststellung

Bei den niederschweligen Hilfsangeboten für Menschen in einer Krisensituation besteht insbesondere ausserhalb der regulären Öffnungszeiten Optimierungsbedarf. Auch tagsüber soll die Triage verbessert werden. Ausserdem soll für Betroffene, Angehörige und Hinterbliebene nach einem Suizid oder Suizidversuch eine angemessene, gut koordinierte Betreuung sichergestellt werden.

Ziel

Menschen in belastenden Lebenssituationen oder in einer akuten suizidalen Krise erhalten zu jeder Zeit schnellen und einfachen Zugang zu niederschweligen Hilfsangeboten. Personen, die beruflich mit Menschen in einer Krisensituation konfrontiert sind, kennen die jeweiligen Anlaufstellen und erhalten rund um die Uhr die nötige Hilfe und Unterstützung bei der Krisenintervention.

Massnahmen

1 Optimierung des psychiatrischen und somatischen Angebots in Krisensituationen		
Umsetzungsvorschlag	Mögliche Partner	Erläuterungen
<p>Prüfung verschiedener Lösungsansätze zur Optimierung des psychiatrischen und somatischen Angebots im Rahmen eines eigenständigen Projekts mit anschließender Umsetzung. Folgende Lösungsansätze sind im Rahmen des Projekts zu berücksichtigen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Optimierung des psychiatrischen und somatischen Notfalldienstes (z.B. ambulant und stationär übergreifender Notfalldienst für alle Altersgruppen (Kinder, Jugendliche und Erwachsene) oder psychiatrischer Notfalldienst im akutsomatischen Spital sowie psychologischer Konsiliardienst usw.) – Aufbau einer niederschweligen Triagestelle (z.B. vorübergehende Ansiedlung der Triagestelle in der Notfallpraxis der Ärzte-Gesellschaft Zug (AGZG) im Zuger Kantonsspital) – Aufbau eines Kriseninterventionszentrums (KIZ) (z.B. Überführung der Triagestelle in das KIZ sowie Integration einer Tagesklinik, des Notfalldienstes und des Konsiliardienstes) – Optimierung der Zusammenarbeit zwischen den Institutionen und Behörden (z.B. Einführung eines Pikettdienstes der KESB) 	<p>Öffentliche Verwaltung, Institutionen und Fachpersonen der Psychiatrie, Somatik und des Sozialen</p>	<p>Im Rahmen des Projekts sollen Möglichkeiten der kantonsübergreifenden Zusammenarbeit und regionale Lösungen sowie die Nutzung bereits bestehender Strukturen für die Umsetzung geprüft werden.</p>

2 Verbesserung der Koordination der Betreuung nach einem Suizidversuch oder Suizid

Umsetzungsvorschlag	Mögliche Partner	Erläuterungen
<p>Koordinierte Beratung und Betreuung von Betroffenen, Angehörigen und Hinterbliebenen durch Kliniken, ambulante Fachpersonen und weitere Fachstellen unmittelbar nach einem Suizid oder Suizidversuch. Als spezifische Therapie für Betroffene wird ASSIP²⁴ vorgeschlagen.</p>	<p>Institutionen und Fachpersonen der Psychiatrie und Akutsomatik</p>	<p>Die Koordination der Betreuung nach einem Suizidversuch oder Suizid soll durch die Kliniken sichergestellt werden. Dazu sollen genügend Psychiaterinnen und Psychiater sowie Psychologinnen und Psychologen zu ASSIP-Therapeutinnen und -Therapeuten ausgebildet werden, um einen niederschweligen Zugang zu dieser wirksamen Behandlung zu ermöglichen.</p>
<p>Aktiver Einbezug von Selbsthilfegruppen für Betroffene und Angehörige</p>	<p>Institutionen und Fachpersonen der Psychiatrie und Akutsomatik</p>	<p>Selbsthilfe- und Interessengruppen sollen nach einem Suizidversuch oder Suizid stärker eingebunden werden. Folglich sollen die Kliniken Betroffene und Angehörige auf bestehende Angebote wie Selbsthilfe- und Interessengruppen (z.B. Verein Equilibrium, Nebelmeer, Verein Refugium, Angebote der Selbsthilfe Zug usw.) sowie «Recovery»-Angebote²⁵ für Betroffene hinweisen und entsprechende Informationsmaterialien abgeben.</p>
<p>Nach einem Kliniksuzid oder einem Suizid kurz nach Klinikaustritt soll eine Verantwortungsperson der Klinik ein gemeinsames, ausführliches Gespräch mit den Hinterbliebenen und mit der Fachperson der ambulanten Nachsorge führen.</p>	<p>Institutionen und Fachpersonen der Psychiatrie und Akutsomatik</p>	<p>Für die Anliegen der Hinterbliebenen soll genügend Zeit eingeräumt und im Rahmen des Gesprächs auf Unterstützungsangebote hingewiesen werden.</p>

Umsetzungsvorschlag	Mögliche Partner	Erläuterungen
Aufbau einer regionalen Selbsthilfegruppe bzw. einer fachlich angeleiteten Interessengruppe für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene aus der Zentralschweiz, die einen Elternteil durch Suizid verloren haben	Ambulante Psychiatrie, Vereine und Fachstellen wie zum Beispiel Verein Trauernetz oder Selbsthilfe Zug	In der Zentralschweiz soll eine Nebelmeer-Gruppe für Betroffene, die einen Elternteil durch Suizid verloren haben, aufgebaut werden.
Aktiver Einbezug von Seelsorgerinnen und Seelsorgern in der niederschweligen Begleitung von Hinterbliebenen von Suizidentinnen und Suizidenten	Strafverfolgungsbehörde, Kirchen des Kantons Zug	Die Zuger Polizei soll an Einsätzen bei Bedarf einen Flyer mit wichtigen Anlaufstellen und Tipps für Menschen in Krisensituationen oder Hinterbliebene von Suizidentinnen und Suizidenten (z.B. Hinweis auf Online-Plattform) abgeben (vgl. Massnahme 3 des Kapitels 5.6). Neben dem Hilfsangebot soll insbesondere auf die Trauerbegleitung durch Seelsorgerinnen und Seelsorger hingewiesen werden.

24 Das «Attempted Suicide Short Intervention Program», auch ASSIP genannt, ist eine in Bern entwickelte Kurztherapie für Personen (sowohl Erwachsene als auch Kinder und Jugendliche), die kürzlich einen Suizidversuch verübt haben, um das Risiko weiterer Suizidversuche zu reduzieren. Die zwei Jahre dauernde Kurztherapie umfasst drei Sitzungen, gefolgt von regelmässigem Briefkontakt. <https://www.upd.ch/de/zuweiser-und-fachpersonen/update-partner-newsletter-fuer-zuweisende/update-partner-november-2018/assip-kurztherapie-suizid.php>, Zugriff: 14.02.2022.

25 «Recovery» baut auf der Erkenntnis auf, dass Gesundung von schwerer psychischer Erkrankung möglich ist. Pro Mente Sana bietet in diesem Zusammenhang entsprechende «Recovery»-Angebote an. <https://www.promentesana.ch/selbstbestimmt-genesen/angebote-zur-genesung>, Zugriff: 14.02.2022.

3 Einführung von Tools zur besseren Einschätzung und Evaluation des Risikos bei Suizidgefährdung und zur Vereinfachung der Triage

Umsetzungsvorschlag	Mögliche Partner	Erläuterungen
Einführung eines «peristationären Suizidalitäts-Scores» für Fachpersonen der somatischen und psychiatrischen Grundversorgung zur Evaluation des Suizidrisikos	Institutionen und Fachpersonen der Psychiatrie und Akutsomatik	Bereits bestehende Instrumente zur Evaluation des Suizidrisikos sollen implementiert werden. Weiter soll die Suizidrisikoabschätzung auch bei somatischen Patienten mit erhöhtem Suizidrisiko (z.B. Krebs, chronischer Schmerz, Asthma, Epilepsie usw.) mittels Bezug von psychiatrischen Fachpersonen durchgeführt werden. Die Umsetzung soll, falls möglich, mit Massnahme 1 des Handlungsfelds «Hilfe in Krisen» koordiniert werden.
Erarbeitung von Entscheidungsflussdiagrammen für Personen, die beruflich mit Menschen in einer Krisensituation konfrontiert sind	Institutionen und Fachpersonen der Psychiatrie und Somatik	Für Hausärztinnen und Hausärzte soll in Zusammenarbeit mit Psychiaterinnen und Psychiatern ein Entscheidungsflussdiagramm für die Verwendung in Arztpraxen erarbeitet werden. Das Flussdiagramm soll neben Handlungsempfehlungen wichtige Anlaufstellen während und ausserhalb der regulären Öffnungszeiten aufführen. Die Umsetzung soll, falls möglich, mit Massnahme 1 des Handlungsfelds «Hilfe in Krisen» koordiniert werden.
Erarbeitung eines übergeordneten Leitfadens für das Bildungswesen zum Umgang mit Suizidalität	Öffentliche Verwaltung (zuständige Direktionen)	Für die Implementierung im Kanton Zug sollen bereits bestehende Leitfäden für Schulen (z.B. aus dem Kanton Zürich) berücksichtigt werden.

5.4. Nachsorge²⁶ nach Klinikaustritt

Feststellung

In der kritischen Phase des Übertritts suizidgefährdeter Personen vom stationären in das ambulante Angebot besteht Optimierungsbedarf.

Ziel

Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen sind bei Klinikaustritt vollumfänglich informiert und erhalten die nötige Hilfe und Unterstützung. Zu diesem Zweck werden nachbehandelnde Institutionen und Organisationen sowie Angehörige frühzeitig in die Austrittsplanung involviert.

Massnahmen

1	Erarbeitung einer Standardvorgehensweise in Psychiatrie und Akutsomatik für die Behandlung von stationären Patientinnen und Patienten nach Suizidversuch und Nachsorge nach Klinikaustritt	
Umsetzungsvorschlag	Mögliche Partner	Erläuterungen
Erarbeitung einer einheitlichen SOP. ²⁷ Neben einem einheitlichen Teil sollen in der SOP auch somatik- bzw. psychiatrie-spezifische Standardvorgehensweisen definiert werden.	Institutionen der Psychiatrie und Akutsomatik	Die SOP soll sich, wenn sinnvoll, am Beispiel des Kantons Zürich orientieren. Für eine erfolgreiche Umsetzung der SOP bedarf es einer guten Einführung und kontinuierlichen Sensibilisierung der relevanten Fachpersonen: Die SOP soll entsprechend in die Fort- und Weiterbildungen für Ärzte und Pflegefachpersonal integriert werden.

²⁶ Unter dem Begriff «Nachsorge» wird im Rahmen dieses Berichts vorwiegend die psychiatrische und/oder somatische Behandlung oder Betreuung von Betroffenen und deren Angehörigen sowie die weitere Betreuung im Rahmen von Hilfs- und Unterstützungsangeboten verstanden. Die Betreuung von Hinterbliebenen von Suizidentinnen und Suizidenten wird nicht unter dem Begriff «Nachsorge» subsumiert, sondern im Handlungsfeld «Hilfe in Krisen» thematisiert.

²⁷ «SOP» bedeutet im Englischen «Standard Operating Procedure». Es handelt sich hierbei um ein Dokument, das eine Standardvorgehensweise beschreibt.

2

Einführung einer «Behandler/innenkonferenz» sowie einer «Brückenhilfe» zur institutionsübergreifenden Koordination der Nachsorge nach Klinikaustritt

Umsetzungsvorschlag	Mögliche Partner	Erläuterungen
Austritts- und Nachsorgeplanung in der psychiatrischen Klinik von stationären und ambulanten Therapeutinnen und Therapeuten mit Patientinnen und Patienten und Angehörigen mit entsprechender Finanzierung	Institutionen und Fachpersonen der Psychiatrie	Die «Behandler/innenkonferenz» soll in erster Linie von den behandelnden Fachpersonen des stationären Bereichs und der ambulanten Nachsorge geführt werden. Die Teilnahme ambulanter Gesundheitsfachpersonen ist über das KVG nicht finanziert und muss über gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) gedeckt werden (analog Kanton Zürich). Bezugspersonen (z.B. Lehrpersonen, Ausbildungsverantwortliche, Arbeitgeber, Sozialdienste der Gemeinden usw.) werden über den klinikinternen Sozialdienst kontaktiert. Im Bedarfsfall können sie jedoch für das Rundtischgespräch beigezogen werden.
Durchführung einer «Brückenhilfe» während und kurz nach Klinikaufenthalt durch Klinikmitarbeitende sowie durch Fachpersonen der ambulanten Nachsorge	Institutionen und Fachpersonen der Psychiatrie und Spitex (Psychiatrie und Somatik), Sozialdienste	Die betroffene Person soll in ihrem privaten Lebensumfeld besucht und Probleme mit der Alltagsbewältigung sollen besprochen werden. Suizidmöglichkeiten sollen reduziert werden (vgl. Kapitel 5.5).
Koordination der Nachsorge in der Akutsomatik, z.B. durch einen Liaisondienst im Kantonsspital oder durch eine aufsuchende Psychiaterin oder einen aufsuchenden Psychiater	Institutionen und Fachpersonen der Psychiatrie und Akutsomatik	Die Umsetzung ist mit Massnahme 1 im Handlungsfeld «Hilfe in Krisen» zu koordinieren.

3

Entwicklung und Implementierung von Unterstützungsangeboten für Betroffene und Angehörige während und nach einem Klinikaufenthalt

Umsetzungsvorschlag	Mögliche Partner	Erläuterungen
Vermehrter Einsatz von Peers ²⁸ im Kliniksetting sowohl beim Aufnahmegespräch als auch bei der weiteren Behandlung während des Klinikaufenthalts	Institutionen und Fachpersonen der Psychiatrie	Die Peer-Arbeit soll gestärkt werden. Die dafür nötigen Rahmenbedingungen und den Umfang legen die jeweiligen Kliniken fest. Ob der Einsatz bzw. die Angliederung von Peers nach dem Klinikaufenthalt im Bereich der ambulanten Nachsorge machbar ist, muss geprüft werden.
Durchführung regelmässiger Informationsveranstaltungen für Angehörige durch die Kliniken	Institutionen und Fachpersonen der Psychiatrie	Das Veranstaltungsangebot wird durch die jeweiligen Kliniken festgelegt.
Vermittlung von Selbsthilfegruppen und weiteren bestehenden Angeboten für Betroffene und Angehörige	Institutionen und Fachpersonen der Psychiatrie	Selbsthilfe- und Interessengruppen sollen während und nach Klinikaustritt stärker eingebunden werden. Folglich sollen die Kliniken Betroffene und Angehörige auf bestehende Angebote wie Selbsthilfe- und Interessengruppen (z.B. Verein Equilibrium, Nebelmeer, Verein Refugium, Angebote der Selbsthilfe Zug usw.) sowie «Recovery»-Angebote ²⁹ für Betroffene hinweisen und entsprechende Informationsmaterialien abgeben. Diese müssen regelmässig aktualisiert werden.

²⁸ Der englische Begriff «peer» bezeichnet Menschen, die selbst genesen sind und nun ihre eigenen Erfahrungen nutzen, um anderen Betroffenen zu helfen.

²⁹ «Recovery» baut auf der Erkenntnis auf, dass Gesundung von schwerer psychischer Erkrankung möglich ist. Pro Mente Sana bietet in diesem Zusammenhang entsprechende «Recovery»-Angebote an. <https://www.promentesana.ch/selbstbestimmt-genesen/angebote-zur-genesung>, Zugriff: 14.02.2022.

5.5. Strukturelles

Feststellung

Erkenntnisse aus dem kantonalen Suizidmonitoring deuten darauf hin, dass der Zugang zu Suizidmitteln und -methoden insbesondere bei suizidgefährdeten Personen in psychiatrischer Behandlung erschwert werden soll, und zwar sowohl im Kliniksetting als auch in deren Lebensumfeld. Ausserdem zeigt sich trotz der Umsetzung von baulichen Massnahmen weiterhin eine Häufung von Suiziden an Hotspots im Kanton Zug. Anstelle von weiteren baulichen Massnahmen sollen neue technologische Massnahmen geprüft werden.

Ziel

Die Verfügbarkeit von Suizidmitteln sowie der Zugang zu Suizid-Hotspots sind eingeschränkt.

Massnahmen

1

Einschränkung der Verfügbarkeit von Suizidmitteln und des Zugangs zu Suizidmethoden im klinischen Setting durch extern geleitete Risikoanalysen

Umsetzungsvorschlag

Mögliche Partner

Erläuterungen

Analysen durch spezialisierte Firmen und Umsetzung empfohlener Massnahmen

Institutionen und Fachpersonen der Psychiatrie

Der Zeitpunkt der Durchführung einer extern geleiteten Risikoanalyse soll durch die Kliniken bestimmt werden.

2

Einschränkung der Verfügbarkeit von Suizidmitteln und des Zugangs zu Suizidmethoden nach Klinikaustritt sowie während ambulanter Behandlung durch Prüfung des Umfelds suizidgefährdeter Personen

Umsetzungsvorschlag	Mögliche Partner	Erläuterungen
Prüfung des Arbeitsplatzes und Instruktion von Bezugspersonen im Arbeitsumfeld	Niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater	Die Prüfung des Arbeitsplatzes auf mögliche Suizidmethoden durch die behandelnde Psychiaterin oder den behandelnden Psychiater soll auf freiwilliger Basis und in Absprache mit der betroffenen Person erfolgen. Es soll damit sichergestellt werden, dass ein für die suizidgefährdete Person sicherer Arbeitsplatz vorhanden ist und das Umfeld entsprechend instruiert ist.
Prüfung der Wohnsituation und Instruktion von Angehörigen im Rahmen der «Brückenhilfe» ³⁰	Spitex (Psychiatrie und Somatik)	Im Rahmen der «Brückenhilfe» sollen mögliche Suizidmittel oder -methoden im privaten Lebensumfeld identifiziert und in Absprache mit der suizidgefährdeten Person minimiert werden. Angehörige sollen, falls erwünscht, über mögliche Gefahren im Zusammenhang mit der Verfügbarkeit von Suizidmitteln und des Zugangs zu Suizidmethoden im unmittelbaren Umfeld der betroffenen Person instruiert werden.

³⁰ Die im Handlungsfeld «Nachsorge nach Klinikaustritt» beschriebene «Brückenhilfe» wird in der Broschüre «Suizidprävention bei Klinikaustritten – Empfehlungen für Gesundheitsfachpersonen» näher beschrieben. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention/suizidpraevention-psychiatriische-versorgung.html>, Zugriff: 14.02.2022.

3 Prüfung neuer innovativer technologischer Massnahmen als Alternative zu baulichen Massnahmen zur Reduktion der Bahnsuizide und Suizide durch Sprung von Gebäuden oder Brücken

Umsetzungsvorschlag	Mögliche Partner	Erläuterungen
Vergabe eines Forschungsauftrags an eine Forschungsinstitution	Öffentliche Verwaltung (zuständige Direktion)	Es soll eine Machbarkeitsstudie zu neuen innovativen technologischen Massnahmen zur Reduktion der Bahnsuizide und Suizide durch Sprung von Gebäuden oder Brücken durchgeführt werden. Das Forschungsprojekt soll in drei Phasen erfolgen: Analysephase, Entwicklungsphase und Umsetzungsphase.

4 Reduktion der Anzahl der in Privathaushalten gelagerten Waffen

Umsetzungsvorschlag	Mögliche Partner	Erläuterungen
Weiterführung der freiwilligen Waffenrückgaben durch die Zuger Polizei	Strafverfolgungsbehörde	Die freiwilligen Waffenrückgaben erfolgen gemäss Art. 31a des Bundesgesetzes über Waffen, Waffenzubehör und Munition (Waffengesetz, WG) / SR 514.54, vom 20. Juni 1997 (Stand 1. September 2020).

5

Reduktion von in Privathaushalten gelagerten Medikamenten

Umsetzungsvorschlag	Mögliche Partner	Erläuterungen
Weiterführung der Aktion zur Rückgabe von nicht gebrauchten oder abgelaufenen Medikamenten in Zuger Apotheken, Arztpraxen und Drogerien	Öffentliche Verwaltung, Zuger Apotheken, Arztpraxen und Drogerien	Die Umsetzung soll sich auf die Erkenntnisse bereits durchgeführter Aktionen stützen. Es soll gewährleistet sein, dass die Medikamentenrückgabe anonym und kostenfrei erfolgt.
Ermöglichung der Einzelabgabe von Medikamenten	Öffentliche Verwaltung (zuständige Direktion)	Für die Umsetzung ist eine Gesetzesanpassung auf Bundesebene nötig.

5.6. Monitoring und Information

Feststellung

Eine systematische Erfassung von Suiziden dient als wichtiges Instrument zur Verlaufsbeobachtung der Suizide im Kanton Zug und zur Identifikation von Risikogruppen, neuen Suizid-Hotspots und häufig verwendeten Suizidmethoden. Das Monitoring soll folglich auch auf Suizidversuche ausgedehnt werden.

Im Kanton Zug fehlt eine Vernetzungsmöglichkeit für Personen, die beruflich oft mit Suiziden oder Suizidversuchen sowie mit Menschen in einer Krisensituation konfrontiert sind.

Die Zuger Bevölkerung soll über wichtige Anlaufstellen und Hilfsangebote informiert werden.

Ziele

Ein umfassendes kantonales Monitoringsystem sowie Erkenntnisse aus der Forschung dienen als Wissensgrundlage für die Evaluation und für die strategische und politische Steuerung der Massnahmen zur Suizidprävention.

Unter den Umsetzungspartnern werden die Wissensvermittlung und der Erfahrungsaustausch gefördert, um die Massnahmen auf operativer Ebene zu koordinieren und bei Bedarf weiter zu optimieren.

Den Zugerinnen und Zugern werden Anlaufstellen und Hilfsangebote zum Thema psychische Erkrankungen und Suizidalität im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit bekannt gemacht.

Empfohlene Massnahmen

1	Systematische Erfassung von Suiziden und Suizidversuchen (Monitoring)	
Umsetzungsvorschlag	Mögliche Partner	Erläuterungen
Definition von Risikogruppen sowie von Suizid-Hotspots und häufig verwendeten Suizidmitteln oder -methoden aufgrund der Daten des kantonalen Monitorings. Formulierung zielgruppenspezifischer Präventionsmassnahmen für das Handlungsfeld «Prävention» und «Strukturelles» aufgrund der Erkenntnisse des Monitorings	Öffentliche Verwaltung (zuständige Direktion)	Das bestehende kantonale Suizidmonitoring soll weitergeführt werden. Ergänzend sollen die Grundlagen für ein kantonales Suizidversuchsmonitoring geschaffen werden.
2	Einführung eines spezifischen Netzwerks für Personen, die beruflich oft mit Suiziden oder Suizidversuchen sowie mit Menschen in einer Krisensituation konfrontiert sind, um Erfahrungen auszutauschen und Vorfälle zu besprechen	
Umsetzungsvorschlag	Mögliche Partner	Erläuterungen
Einführung eines «Suizidrapports» nach dem Beispiel einer Interventionsgruppe	Öffentliche Verwaltung (zuständige Direktion)	Der Aufbau eines Vernetzungsgremiums mit entsprechender Struktur und Finanzierung soll geprüft werden. Als Alternative soll der «Suizidrapport» nach dem Zürcher Beispiel aufgebaut werden.
Einführung eines interdisziplinären Qualitätszirkels für Hausärztinnen und Hausärzte und Psychiaterinnen und Psychiater	Institutionen und Fachpersonen der Psychiatrie und Somatik	Die Rahmenbedingungen des interdisziplinären Qualitätszirkels sollen von den Beteiligten bestimmt werden.

3

Führung einer zentral gesteuerten und periodisch aktualisierten Informationsplattform zu den Hilfsangeboten im Bereich psychische Erkrankungen und Suizidalität sowie zum Thema Palliative Care im Kanton Zug und Koordination der regelmässigen Öffentlichkeitsarbeit

Umsetzungsvorschlag	Mögliche Partner	Erläuterungen
Einrichten einer auf die jeweiligen Zielgruppen abgestimmten Online-Plattform mit Erstinformationen, Fachstellen und Hilfsangeboten in mehreren Sprachen	Öffentliche Verwaltung (zuständige Direktion)	<p>Die Plattform sollte einer nationalen Plattform angegliedert sein, ansonsten als kantonale Online-Plattform geführt werden. Sie informiert über Hilfsangebote und Anlaufstellen, gibt Tipps für Betroffene und Angehörige und listet Informationen für Fachpersonen auf.</p> <p>Die Plattform und ihr Angebot werden der Bevölkerung im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit mittels Werbung an öffentlichen Stellen (z.B. in Kino und Presse und auf Plakaten usw.) bekannt gemacht.</p> <p>Für Fachpersonen (z.B. Fach- und Beratungsstellen, Arztpraxen, soziale Einrichtungen usw.) sollen zudem mehrsprachige Informationsmaterialien zur Verfügung stehen, die sie an die jeweiligen Zielgruppen abgeben können.</p>

4

Durchführung von wiederkehrenden Veranstaltungen zur Wissensvermittlung und Information über aktuelle Entwicklungen und Angebote im Bereich psychische Erkrankungen und Suizidalität

Umsetzungsvorschlag	Mögliche Partner	Erläuterungen
Weiterführung eines Forums für den Informationsaustausch für Fachpersonen des Kantons Zug	Öffentliche Verwaltung (zuständige Direktion)	Fachpersonen sollen jährlich eine Gelegenheit für fachlichen Austausch erhalten.
Durchführung von Informationsveranstaltungen für die allgemeine Bevölkerung zu den aktuellen Kenntnissen aus dem Monitoring und zum Themenbereich psychische Erkrankungen und Suizidalität	Öffentliche Verwaltung (zuständige Direktion)	Die Umsetzung soll dann erfolgen, wenn sich aus dem kantonalen Monitoring neue Hinweise auf Risikogruppen und/oder Suizidmethoden und -mittel ergeben.



Rahmenbedingungen für die Umsetzung der Empfehlungen

6.1. Umsetzung von Massnahmen

Die in Kapitel 5 aufgeführten Massnahmen sollen weiter konkretisiert und Kriterien für den Erfolg definiert werden: Messbare Leistungs- und/oder Wirkungsziele sowie der Umfang der zu erbringenden Leistung sollen in Leistungs- oder Subventionsvereinbarungen mit den verantwortlichen Partnerorganisationen festgehalten werden. Betreffen Massnahmen die kantonale Verwaltung, sollen sie im Leistungsauftrag des jeweiligen Amtes mit den entsprechenden Leistungszielen aufgeführt werden. Einige Massnahmen werden bereits im Rahmen der regulären Tätigkeit durch Partnerorganisationen realisiert und sind entsprechend weiterzuführen. Sollten sich aus den genannten Massnahmen eigenständige Projekte ergeben, muss das Anforderungsprofil öffentlich ausgeschrieben werden, sodass sich Drittorganisationen dafür bewerben können, oder es kann ein Auftrag an andere Dritte vergeben werden. Bei interdisziplinären bzw. institutionsübergreifenden Projekten ist der Einsatz von Arbeitsgruppen zu prüfen und bei Bedarf zu initiieren. Insbesondere soll, falls sinnvoll, die kantonsübergreifende Zusammenarbeit gefördert werden, und überregionale Lösungen sollen angestrebt werden.

6.2. Finanzierungsmodelle

Für die im Rahmen dieses Berichts vorgeschlagenen Massnahmen stehen folgende Finanzierungsmöglichkeiten offen:

- Eigenmittel der Umsetzungspartner
- Finanzierung durch Drittmittel (z.B. finanzielle Mittel der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, Beiträge aus dem Lotteriefonds, weitere Stiftungen usw.)
- Finanzierung durch Kantonsbeiträge im Rahmen von Subventions- und Leistungsvereinbarungen, kantonalen Beschlüssen sowie Entschädigung nach Aufwand bei projektbezogenen Tätigkeiten im Auftrag des Kantons
- Finanzierung von medizinischen Leistungen durch die üblichen Finanzierungsquellen (Sozialversicherungen, staatlicher Finanzierungsanteil und Patientenbeiträge)
- kantonale Finanzierungsbeiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen für die nicht gedeckten Kosten bei Massnahmen, die nicht vollumfänglich über KVG-Leistungen finanziert werden können

- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., & Turecki, G. (2004).** Psychiatric Diagnoses in 3275 Suicides: A Meta-Analysis. *BMC Psychiatry*, 4(1), S. 37–42.
- Begré, S., & Rička, R. (2010).** Erkennen, behandeln und verhüten von Depressionen in der Grundversorgung. *Schweizerische Ärztezeitung*, 91(8), S. 312–316.
- Düwell, M., Hübenthal, C., & Werner, M. H. (2006).** In *Handbuch Ethik* (2. Ausg., S. 541–548). Stuttgart: J.B. Metzler.
- Ebel, H., & Beichert, K. (2002).** Depressive Störungen bei Patienten der Allgemeinmedizin: Früherkennung und therapeutische Ansätze. *Deutsches Ärzteblatt*(3), S. 129–134.
- Goldacre, M., Seagroatt, V., & Hawton, K. (1993).** Suicide after Discharge from Psychiatric Inpatient Care. *The Lancet*, 342(8866), S. 283–286.
- Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997).** Suicide as an Outcome for Mental Disorders: A Meta-Analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 170(3), S. 205–228.
- Hemmer, A., Meier, P., & Reisch, T. (2017).** Comparing Different Suicide Prevention Measures at Bridges and Buildings: Lessons We Have Learned from a National Survey in Switzerland. *PLoS One*, 12(1).
- Kouichi, Y., Chikako, K., & Kazuhisa, M. (2008).** Suicidal Risk Factors and Completed Suicide: Meta-Analyses Based on Psychological Autopsy Studies. *Environ Health Prev Med.*, 13(5), S. 243–56.
- Lönnqvist, J. (2000).** Psychiatric Aspects of Suicidal Behaviour: Depression. In *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (S. 107–120). Chichester New York: John Wiley & Sons, Ltd.
- Manike, K., & Kraft, E. (2020).** Bedürfnisse von Angehörigen mit psychisch erkrankten suizidalen Personen in ihrem Umfeld: Empfehlungen zur Unterstützung der Angehörigen für Kliniken und Fachpersonen im Bereich der stationären Psychiatrie. im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit.
- Peter, C., & Tuch, A. (2019).** Suizidgedanken und Suizidversuche in der Schweizer Bevölkerung (Obsan Bulletin 7/2019 Ausg.). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Reisch, T., Steffen, T., Habenstein, A., & Tschanzer, W. (2013).** Change in Suicide Rates in Switzerland Before and After Firearm Restriction Resulting From the 2003 «Army XXI» Reform. *Am J Psychiatry*, 170(9), S. 977–984.
- Stiftung Deutsche Depressionshilfe. (2016).** Suizidprävention: Eine globale Herausforderung.
- Van Orden, K., Witte, T., Cukrowicz, K., Braithwaite, S., Selby, E., & Joiner, T. (2010).** The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review*, 117(2), S. 575–600.
- von Greyerz, S., & Keller-Guglielmetti, E. (2005).** Suizid und Suizidprävention in der Schweiz: Bericht in Erfüllung des Postulates Widmer (02.3251). Bundesamt für Gesundheit.
- Walter, E., Duetz Schmucki, M., Bürli, C., Amstad, F., Haas, A., Schibli, D., & Kaufmann, M. (2016).** Suizidprävention in der Schweiz: Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan. Bundesamt für Gesundheit.

Steuergruppe (Projektsteuerungs- und Projektführungsebene)

Projektsteuerung	Organisation	Funktion	Name
	Gesundheitsdirektion	Auftraggeber	Martin Pfister

Projektführung und -ausführung	Organisation	Funktion	Name
	Amt für Gesundheit	Auftragnehmer	Rudolf Hauri
	Triaplust AG, Klinik Zugersee	Projektleiter	Josef Jenewein
	KMG – Kompetenz mentale Gesundheit GmbH	Projektbüro	Axel Ropohl
	Amt für Gesundheit	Projektbüro	Marina Ernst

Begleitgruppe (strategisch-fachliche Ebene)	Organisation	Name
	Abteilung Soziale Dienste Asyl, Kantonales Sozialamt	Thomas Roth
	Amt für Berufsbildung, Kanton Zug	Roger Augsburg
	Amt für Gesundheit, Kanton Zug	Rudolf Hauri
	Amt für Sport, Kanton Zug	Sarah Müller
	Ärztegesellschaft des Kantons Zug (AGZG) / niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater des Kantons Zug	Kamila Dudová-Nakazi
	Assoziierte Zuger Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (aZP)	Maria Kapossy
	EQUILIBRIUM	Markus Zwicky
	IPSILON	Jörg Weisshaupt
	Kantonsschule Menzingen	Roland Mühlemann
	Klinik Meissenberg AG	Andrei Khomenko
	Klinik Meissenberg AG	July Greve
	Konferenz Abteilungsleiter Soziales und Gesundheit der Gemeinden des Kantons Zug	Catherine Wehrli
	LBBZ Schluechthof	Martin Abt
	Rektorenkonferenz der gemeindlichen Schulen	Daniel Müller
	Schulpsychologischer Dienst, Kanton Zug	Beat Unternährer
	Suizidprävention Kanton Zürich: Arbeitsgruppe des Teilprojekts «Nachsorge nach Suizidversuchen»	Alphons Schnyder
	Triaplus AG	Regula Blattmann
	Zuger Gesellschaft für Hausarztmedizin ZUGHAM	Regula Kaufmann
	Zuger Kantonsspital AG	Matthias Winistörfer

Arbeitsgruppe (fachliche Ebene)	Organisation	Name
	Abteilung Soziales, Gemeinde Oberägeri	Sara Niederberger
	Amt für Gesundheit, Kanton Zug	Olivier Favre
	Amt für Gesundheit, Kanton Zug	Max Stutz
	Amt für Gesundheit, Kanton Zug	Hanspeter Kläy
	BildungsNetz Zug	Jacqueline Kaufmann
	Care Team, Kanton Zug	Anna-Maria Schärer
	eff-zett das fachzentrum	Michèle Bossi
	Kantonsschule Menzingen KSM	Petra Zwicky
	Klinik Meissenberg AG	Natascha Vollmeier
	KMG – Kompetenz mentale Gesundheit GmbH	Axel Ropohl
	LBBZ Schluechthof	Claudia Künzi-Schnyder
	Leuchtturm, Diakonie & Soziales	Paola Keiser
	Palliativ Zug	Rita Fasler
	Punkto Eltern, Kinder & Jugendliche	Gabriela Müller
	Spitex Kanton Zug	Lars Huneke
	Stiftung Phönix Zug	Maja Napieralski
	Triangel Beratung	Denise Ghilardi
	Triangel Beratung	Sonya Albrecht
	Triaplus AG, APP / KJP	Bettina Völkle
	Triaplus AG, Klinik Zugersee	Monica Sattler
	Zuger Kantonsspital AG	Susi Stäubli
	Zuger Polizei	Samuel Lozano

Verantwortliche

Dr. Rudolf Hauri
Prof. Josef Jenewein
Dr. Axel Ropohl
Marina Ernst

Im Auftrag von Regierungsrat Martin Pfister,
Gesundheitsdirektor des Kantons Zug

Zur Kenntnis genommen:

Regierungsrat
SOVOKO

Unter Mitwirkung von:

Begleitgruppe gemäss Anhang des Berichts
Arbeitsgruppe gemäss Anhang des Berichts

Projektsteuergruppe:

Dr. Rudolf Hauri, Amt für Gesundheit
Prof. Josef Jenewein, Triaplus AG, Klinik Zugersee
Dr. Axel Ropohl, KMG – Kompetenz mentale
Gesundheit GmbH
Marina Ernst, Amt für Gesundheit

Kontakt:

Amt für Gesundheit
Aegeristrasse 56
6300 Zug
Telefon +41 41 728 39 39
gesund@zg.ch
www.zg.ch/gesund

Download:

– [https://www.zg.ch/behoerden/
gesundheitsdirektion/amt-fuer-gesundheit](https://www.zg.ch/behoerden/gesundheitsdirektion/amt-fuer-gesundheit)

31. März 2022

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:
Interkantonaler Vergleich der Suizidraten,
Seite 15

Abbildung 2:
Übersicht über die Suizidzahlen des Kantons
Zug, 2008–2019, Seite 17

Abbildung 3:
Verteilung der nicht assistierten Suizide nach
Methode, 2008–2019, Seite 19

Bildnachweise

Titelseite: Pure Julia (Unsplash)
Seite 5: Oliver Hihn (Unsplash)
Seite 22: Cole Keister (Unsplash)
Seite 35: Conner Bowe (Unsplash)
Seite 52: Kai Pilger (Unsplash)

