

Antrag des Regierungsrates vom 30. November 2011

4858

**Beschluss des Kantonsrates
zum Postulat KR-Nr. 20/2008
betreffend Suizidprävention**

(vom

Antrag des Regierungsrates vom 30. November 2011

KR-Nr. 20/2008

4858

**Beschluss des Kantonsrates
zum Postulat KR-Nr. 20/2008
betreffend Suizidprävention**

(vom)

Der Kantonsrat,

nach Einsichtnahme in den Bericht und Antrag des Regierungsrates vom 30. November 2011,

beschliesst:

I. Das Postulat KR-Nr. 20/2008 betreffend Suizidprävention wird als erledigt abgeschlossen.

II. Mitteilung an den Regierungsrat.

Der Kantonsrat hat dem Regierungsrat am 30. November 2009 folgendes von den Kantonsrätinnen Heidi Bucher-Steinegger und Erika Ziltener, Zürich, sowie Kantonsrat Lorenz Schmid, Männedorf, am 14. Januar 2008 eingereichte Postulat zur Berichterstattung und Antragstellung überwiesen:

Der Regierungsrat wird aufgefordert, über die Suizidprävention im Kanton Zürich zu berichten, ein Suizidpräventionskonzept zu erarbeiten, zu realisieren und dessen Wirksamkeit zu überprüfen. Dem Kantonsrat ist dazu regelmässig Bericht zu erstatten.

*Bericht des Regierungsrates:***1. Ausgangslage**

Der Regierungsrat hat sich bereits in Beantwortung der Anfrage KR-Nr. 42/2001 zum Thema Suizidprävention im Kanton Zürich geäußert. Dabei hat er darauf hingewiesen, dass im Kanton Zürich ein ausgesprochen gutes und flächendeckendes Beratungs- und Unterstützungsangebot besteht, das direkt oder indirekt einen Beitrag zur Suizidprävention leistet. Das dort erwähnte Angebot, besonders aus den Bereichen des Bildungs- und Gesundheitswesens, besteht nach wie vor. In der erwähnten Anfragebeantwortung hat der Regierungsrat auch auf das Forum für Suizidforschung und Suizidprävention (FSSZ) hingewiesen. Es handelt sich um einen interdisziplinären, regionalen Verein, in dem sich Fachpersonen aus der Praxis und der Forschung zusammengeschlossen haben, um Suizidprävention zu fördern und wirksam anzugehen. Über die Kantonsgrenze hinaus ist das Forum mit ähnlichen Gruppierungen vernetzt und auch Mitgliedorganisation von Ipsilon, der Initiative zur Prävention von Suizid in der Schweiz.

Das Forum wurde beauftragt, im Hinblick auf den Bericht zum vorliegenden Postulat einen Expertenbericht zur Suizidprävention im Kanton Zürich zu erstellen und dabei folgende Fragen zu behandeln:

- Welche Massnahmen/Anstrengungen sind im Kanton Zürich zur Suizidprävention vorhanden?
- In welchen Punkten besteht ein erhebliches «Manko», insbesondere im Vergleich zu anderen Kantonen?
- Welche Massnahmen könnte der Kanton Zürich unter Berücksichtigung des Aufwandes und der zu erwartenden Wirkungen ergreifen?

Das Forum hat den Bericht mit Datum vom 25. August 2011 abgeliefert (vergleiche Anhang).

2. Ergebnisse des Expertenberichts

Ausgehend von der zahlenmässigen Bedeutung des Suizids als Todesursache und den rechtlichen Rahmenbedingungen orientiert sich der Bericht an einem Fünf-Säulen-Modell für die Suizidprävention. Diese fünf Säulen sind:

1. Methodenspezifische Prävention, d. h. die Einschränkung der Verfügbarkeit von suizidalen Mitteln, z. B. potenziell letale Medikamente und Schusswaffen.
2. Spezifische Prävention bei Risikogruppen, d. h. spezifische Präventionsmassnahmen für Zielgruppen mit einem erhöhten Suizidrisiko wie z. B. Menschen nach einem Suizidversuch und Menschen mit schweren psychischen Krankheiten.
3. Prävention zur Verhinderung von Imitationshandlungen.
4. Einbindung von Multiplikatoren, d. h. spezifische Projekte und vor allem Aus- und Weiterbildungen für Personen, die in Kontakt mit Personen mit einem erhöhten Suizidrisiko stehen.
5. Hilfe in Krisensituationen, wozu auch niederschwellige Hilfsangebote gehören.

Zur Veranschaulichung listet der Bericht mögliche Massnahmen gemäss diesem Fünf-Säulen-Modell auf.

Neben Massnahmen, die klar einer der Säulen zuzurechnen sind, weist der Bericht auf Querschnittmassnahmen hin, nämlich:

- Kombinierte Massnahmen, d. h. Massnahmen oder Projekte, die verschiedene Säulen betreffen, und
- Strategie-, Steuerungs- und Koordinationsmassnahmen, die der Steuerung und Koordination zwischen allen beteiligten Akteuren dienen.

Zusätzlich unterscheidet der Bericht zwischen direkten Massnahmen, die gezielt auf die Prävention von Suizid gerichtet sind, und indirekten Massnahmen, die allgemein auf Krisenintervention ausgerichtet sind.

Gestützt auf Hearings und Interviews bietet der Bericht sodann eine Übersicht über bestehende Aktivitäten und Projekte zur Suizidprävention im Kanton Zürich und gibt – unter Mitberücksichtigung der Situation in anderen Kantonen – Empfehlungen ab.

Vorab empfiehlt der Bericht die Schaffung einer zentralen Stelle, welche die Massnahmen und Projekte koordiniert, bzw. die Übertragung der erwähnten Aufgaben an eine bestehende Institution. Sodann wird empfohlen, nach einem Drei-Phasen-Modell (weitere) suizidpräventive Massnahmen umzusetzen.

Dabei weist der Bericht auf das 2004 vom Regierungsrat verabschiedete allgemeine Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung und den darauf aufbauenden Entwurf zu einem Rahmenkonzept zur Prävention psychischer Krankheiten im Kanton Zürich hin und führt zum weiteren Vorgehen aus: «Denkbar wäre, dass die neu geschaffene Kommission für Prävention und Gesundheitsförderung auf Grundlage des vorliegenden Berichts und in Absprache mit den beteiligten Direktionen des Regierungsrates in Zukunft ein Schwerpunktprogramm zur Suizidprävention im Kanton Zürich definiert und einen geeigneten kantonalen Träger mit der Umsetzung beauftragt» (Bericht Ziff. 8.4.3).

3. Bewertung des Expertenberichts

Wie die Verfasser selbst festhalten, handelt es sich um einen Expertenbericht und nicht um eine wissenschaftliche Studie. Ungeachtet der beiden nachfolgenden Vorbehalte liefert der Bericht zusammen mit dem 2004 verabschiedeten allgemeinen Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung und dem darauf aufbauenden Entwurf für ein Rahmenkonzept zur Prävention psychischer Krankheiten im Kanton Zürich eine zeitgemässe und im Hinblick auf die weitere Arbeit wertvolle Grundlage zur künftigen Suizidprävention.

- Der Bericht betrachtet den überwiegenden Teil der Suizide als «psychischen Unfall» und grenzt die so verstandenen «gewöhnlichen» Suizide von assistierten Suiziden ab. In der Folge werden die assistierten Suizide nicht weiter behandelt. Es ist indessen darauf hinzuweisen, dass die Abgrenzung nicht einfach ist.
- Mehr beispielhaft als nach Vollständigkeit strebend, werden die Bemühungen in den Gemeinden wiedergegeben. Diese, wie auch die vielfältigen Anstrengungen privater Organisationen und Institutionen, müssen indessen mitberücksichtigt werden.

Auch wenn die Suizidprävention als Ganzes einem direktionsübergreifenden Anliegen entspricht, ändert sich nichts daran, dass die allermeisten Massnahmen in die klare fachliche und finanzielle Zuständigkeit jeweils einer Direktion fallen. Bereits einleitend wurde im Zusammenhang mit der Beantwortung der Anfrage KR-Nr. 42/2001 auf Massnahmen der Gesundheitsdirektion und der Bildungsdirektion hingewiesen.

Im Zusammenhang mit der Sicherheitsdirektion ist auf das auch im Bericht erwähnte Problem der Zugänglichkeit zu Schusswaffen hinzuweisen. Auf Bundesebene (z. B. verschärfte Voraussetzungen für die Abgabe von Militärwaffen) und auf kantonaler Ebene (z. B. durch

regelmässige Waffensammelaktionen) wurden entsprechende Massnahmen getroffen.

Im Bereich der Baudirektion ist auf die Sicherung von Orten mit einer sehr hohen Suizidrate (sogenannte «Hotspots») hinzuweisen. Auch wenn eine Untersuchung durch das Bundesamt für Strassen (ASTRA) im Jahre 2006 im Kanton Zürich keine Brücken mit einer sehr hohen Suizidrate erkannt hat, bleibt die Massnahme von Bedeutung.

Im Bereich des (Bahn-)Verkehrs weist die Volkswirtschaftsdirektion auf eine von ihr eingeholte Stellungnahme der SBB hin. Diese erfasst alle Suizide und Suizidversuche systematisch, analysiert die Lage und prüft Massnahmen an Orten mit einer sehr hohen Suizidrate im Schienenverkehr.

4. Weiteres Vorgehen

Vor dem geschilderten Hintergrund sieht auch der Regierungsrat einen Handlungsbedarf bei einer verstärkten Koordination der zahlreichen bestehenden eigenen Massnahmen wie auch jener der Gemeinden und privater Trägerschaften. Dabei ist das Fachwissen, wie es namentlich beim Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich und beim Forum für Suizidforschung und Suizidprävention vorhanden ist, zu nutzen.

Für das weitere Vorgehen ist auf den Entwurf zu einem Rahmenkonzept zur Prävention psychischer Krankheiten im Kanton Zürich hinzuweisen. Dieser Entwurf wurde durch eine Arbeitsgruppe erstellt, die vom Zürcher Verein Psychiatrischer Chefärzte und vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich eingesetzt wurde.

Ein Vorgehen gemäss Konzeptentwurf bedeutet, dass die Suizidprävention als Schwerpunktthema im Sinne des allgemeinen Konzepts für Prävention und Gesundheitsförderung 2004 bezeichnet wird. Die nach endgültiger Verabschiedung des Rahmenkonzepts einzusetzende «Kommission Schwerpunktprogramme (KSP)» wird einen geeigneten Träger auswählen und das Programmkonzept genehmigen. Die Trägerschaft sollte dabei vorzugsweise in eine bestehende Institution integriert sein, jedoch wegen der Gefahr der Stigmatisierung und der sich daraus ergebenden Schwellenangst nicht bei einer Institution der Psychiatrie angegliedert sein.

Ein solches Programmkonzept muss auf der Grundlage des Expertenberichts namentlich auch detaillierter die zu erwartenden Kosten aufzuzeigen, da die im Bericht genannten Zahlen sehr hoch erscheinen

und die finanziellen Mittel der zuständigen Direktionen übersteigen dürften. Jedenfalls ist davon auszugehen, dass die einzelnen Direktionen über die Umsetzung der in ihre Zuständigkeit fallenden Massnahmen entscheiden und für die entsprechenden Kosten aufkommen werden.

Im Rahmen eines solchen Schwerpunktprogramms ist auch die Information des Kantonsrates und der Öffentlichkeit sicherzustellen.

Gestützt auf diesen Bericht und den Expertenbericht beantragt der Regierungsrat dem Kantonsrat, das Postulat KR-Nr. 20/2008 als erledigt abzuschreiben.

Im Namen des Regierungsrates

Die Präsidentin:	Der Staatsschreiber:
Gut-Winterberger	Husi

Anhang

SUIZIDPRÄVENTION IM KANTON ZÜRICH

Expertenbericht des Forums für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich
zum Postulat KR.-Nr. 20/2008 zuhanden des Regierungsrates des Kantons Zürich

Autoren:

Vladeta Ajdacic-Gross, Wissenschaftliche Oberassistentin PUK Zürich

Sebastian Haas, CA Erwachsenenpsychiatrie Sektor Winterthur, ipw Chefarzt

Mark Ita, Rechtsanwalt und Organisationsberater, Bern

Barbara Meister, Dozentin PHZH, Leitung Fachstelle Suchtprävention Volksschule, (Projektleitung)

Mariann Ring, Clenia Schöllli, Privatstation für Stressfolgeerkrankungen, Wissenschaftliche
Mitarbeiterin ipw (Integrierte Psychiatrie Winterthur)

Zürich, 25. August 2011

INHALT

1. Zusammenfassung	5
2. Ausgangslage	7
2.1 Zahlen und Fakten	7
2.2 Veranlassung und Auftrag	9
2.3 Forum für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich (FSSZ)	10
2.4 Vorbemerkung zum Bericht	10
3. Rechtliche Grundlagen	11
3.1 Grundrechtliche Betrachtung	11
3.1.1 Die Achtung der Menschenwürde und das Recht auf Selbstbestimmung	11
3.1.2 Die Achtung der Menschenwürde und der Anspruch auf Schutz und Hilfe	12
3.2 Staatsrechtliche Aufgabenteilung	12
3.2.1 Grundsatz	12
3.2.2 Föderalistische Aufgabenteilung in der Suizidprävention	13
3.3 Rechtsgrundlagen des Kantons Zürich für die Suizidprävention	14
3.4 Schlussfolgerung	15
4. Fachliche Grundlagen zum Suizid	16
4.1 Unser Verständnis von Suizidprävention	16
4.2 Übersicht wichtiger wissenschaftlicher Ergebnisse und Implikationen zum Suizid	16
4.3 Direkte und indirekte Suizidprävention	18
5. Stellenwert und Akteure der Suizidprävention in der Schweiz	19
5.1 Direkte Suizidprävention	19
5.1.1 Bundesebene	19
5.1.2 Kantonale Ebene	19
5.2. Indirekte Suizidprävention	20
5.2.1 Bundesebene	20
5.2.2 Kantonale Ebene	20
5.3 Unintendierte Suizidprävention	21
5.4 Fazit zur Suizidprävention in der Schweiz	21
6. Das 5-Säulenmodell der Suizidprävention	23
6.1 Die fünf Säulen	24
6.2 Die Querschnittsmassnahmen	25
7. Beispiele möglicher Massnahmen gemäss dem 5-Säulenmodell	26
7.1 Methodenspezifische Prävention (Säule 1)	26
7.2 Risikogruppenspezifische Prävention (Säule 2)	27

7.3	Prävention von Imitationshandlungen (Säule 3)	27
7.4	Einbindung von Multiplikatoren (Säule 4)	28
7.5	Inanspruchnahme von Hilfe in Krisensituationen und bei psychischen Krankheiten und Beschwerden (Säule 5)	29
7.6	Strategie-, Steuerungs- und Koordinationsmassnahmen	29
8.	Übersicht über die Situation im Kanton Zürich	31
8.1.	Welche suizidpräventiven Projekte, Angebote und/oder Massnahmen sind im Kanton Zürich vorhanden?	32
8.1.1	Ergebnis aus dem Hearing mit dem FSSZ	32
8.1.2	Ergebnis aus der schriftlichen Umfrage	33
8.1.2.1	Nennungen zu Suizidmethoden (Säule 1)	33
8.1.2.2	Nennungen zu Risikogruppen (Säule 2)	33
8.1.2.3	Nennungen zu Imitationshandlungen (Säule 3)	34
8.1.2.4	Nennungen zu Multiplikatoren (Säule 4)	34
8.1.2.5	Nennungen zu Hilfe in Krisen (Säule 5)	35
8.1.2.6	Nennungen zu Strategie-, Steuerungs- und Koordinationsmassnahmen	36
8.1.2.7	Fazit zu den im Kanton Zürich vorhandenen suizidpräventiven Projekten, Angeboten und/oder Massnahmen	36
8.2	Welche suizidpräventiven Projekte, Angebote und/oder Massnahmen sind Ihrer Ansicht nach in Ihrem Arbeitsbereich oder im Kanton Zürich erforderlich?	37
8.2.1	Ergebnis aus dem Hearing mit dem Suizidrapport Zürich und der Arbeitsgruppe Suizidprävention	37
8.2.2	Ergebnis aus der schriftlichen Umfrage	38
8.2.2.1	Nennungen zu Suizidmethoden (Säule 1)	38
8.2.2.2	Nennungen zu Risikogruppen (Säule 2)	38
8.2.2.3	Nennungen zu Imitationshandlungen (Säule 3)	39
8.2.2.4	Nennungen zu Multiplikatoren (Säule 4)	39
8.2.2.5	Nennungen zu Hilfe in Krisen (Säule 5)	40
8.2.2.6	Nennungen zu Strategie-, Steuerungs- und Koordinationsmassnahmen	41
8.2.2.7	Fazit zu den im Kanton Zürich erforderlichen suizidpräventiven Projekten, Angeboten und/oder Massnahmen	41
8.3	Bestehende Angebote zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit im Kanton Zürich	43
8.3.1	Öffentlichkeitsarbeit	43
8.3.2	Medienberichterstattung	43
8.4.	Konzepte und Berichte im Kanton Zürich	44
8.4.1	Konzept Suchtprävention im Kanton Zürich	44

8.4.2	Massnahmen aus dem Gesundheitsbericht (2000-2006)	44
8.4.3.	Rahmenkonzept zur Prävention psychischer Krankheiten im Kanton Zürich (2010-2011)	44
9.	Überblick über die Situation in anderen Kantonen	46
10.	Der Kanton Zürich im Vergleich mit anderen Kantonen: vorhandene Massnahmen und punktuelle Aktionen	49
10.1	Methodenspezifische Prävention (Säule 1)	49
10.2	Risikogruppenspezifische Prävention (Säule 2)	51
10.3	Prävention von Imitationshandlungen (Säule 3)	51
10.4	Einbindung von Multiplikatoren (Säule 4)	52
10.5	Inanspruchnahme von Hilfe in Krisensituationen und bei psychischen Krankheiten und Beschwerden (Säule 5)	53
10.6	Strategie-, Steuerungs- und Koordinationsmassnahmen	54
11.	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	55
11.1	Leitgedanken zu einer Suizidpräventionspolitik im Kanton Zürich	55
11.2	Strategie-, Steuerungs- und Koordinationsmassnahmen	55
11.3	Das 3-Phasenmodell für die Umsetzung suizidpräventiver Massnahmen	56
11.3.1	Phase 1: Wichtigste Lücken schliessen	56
11.3.2	Phase 2: Komplexe, dringende Problemlösungen und Sensibilisierung	58
11.3.3	Phase 3: Konsolidierung	59

Vorbemerkung zur Schreibweise

In diesem Bericht werden der Einfachheit und Darstellbarkeit halber männliche Bezeichnungen als Oberbegriff verwendet (Lehrer usw.); sie meinen sowohl die weiblichen Vertreterinnen als auch die männlichen Vertreter in den verschiedenen Berufen und Funktionen. Wo die Möglichkeit gegeben ist, werden neutrale Begriffe (Fachpersonen, Mitarbeitende usw.) verwendet.

1. ZUSAMMENFASSUNG

Der überwiegende Teil der Suizide kann als psychischer Unfall betrachtet werden. Als solche grenzen sich „gewöhnliche“ Suizide von assistierten Suiziden¹ ab.

Die Verminderung der Zahl der Suizide und Suizidversuche ist eine dringende, vielgestaltige Herausforderung. Die Prävention von Suiziden ist im Wesentlichen vergleichbar mit der Prävention von Unfällen oder Verkehrsunfällen.

Um die verschiedenen Massnahmen der Suizidprävention anschaulicher zu machen, hat sich ein 5-Säulenmodell als hilfreich erwiesen. Die fünf Säulen umfassen

1. **Methodenspezifische** Prävention
2. spezifische Prävention bei **Risikogruppen**
3. Prävention von **Imitationshandlungen**
4. Einbindung von **Multiplikatoren**
5. **Hilfe in Krisensituationen**

Ausgehend von diesen fünf Säulen lassen sich zwei Arten von Querschnittsmassnahmen unterscheiden:

- kombinierte Massnahmen (tangieren verschiedene Säulen)
- Strategie-, Steuerungs- und Koordinationsmassnahmen (tangieren Aufgabenteilung zwischen verschiedenen Akteuren)

Zudem wird unterschieden zwischen **direkten Massnahmen**, die das Thema Suizid unmittelbar adressieren, und **indirekten Massnahmen**, die breiter im Kontext der Public Mental Health² verankert sind (z.B. Versorgungsinstitutionen, niederschwellige Beratungsangebote).

Der Handlungsbedarf in Bezug auf die Suizidprävention wird in der Schweiz von immer mehr Institutionen und Akteuren wahrgenommen. Auf kantonaler Ebene am weitesten vorangeschritten ist der Kanton Zug, der als einziger eine von kantonalen Behörden getragene und mit einem umfassenden Konzept versehene Prävention kennt. In einigen Kantonen bestehen Vereine (u.a. in Zürich das Forum für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich - FSSZ) und Initiativen (Bündnisprojekte in Abwandlung des Nürnberger Bündnisses gegen Depression³), die sich in

¹ Sterbehilfe

² Psychische Gesundheit der Bevölkerung

³ Kombinierte Massnahmen unter Einbezug mehrerer Säulen nach dem Vorbild des Nürnberger Bündnisses gegen Depression, www.buendnis-depression.de. Auf Bundesebene: Lizenz für die Schweiz/Kantone

diesem Bereich engagieren. Auf Bundesebene sind nur vereinzelte Bemühungen zur Suizidprävention erkennbar.

Die Bestandesaufnahme der bestehenden Massnahmen zur Suizidprävention im Kanton Zürich zeigt folgendes Profil:

a) in Bezug auf **direkte Massnahmen**

- punktuelle Massnahmen und Projekte aufgrund der Initiative des FSSZ und einzelner weiterer Akteure
- breiter Handlungsbedarf bei der Konzeptualisierung, Entwicklung, Koordination und Institutionalisierung

b) in Bezug auf **indirekte Massnahmen**

- überdurchschnittlich gute Ausgangslage im Vergleich zu anderen Kantonen
- punktueller Handlungsbedarf in Bezug auf die Versorgung suizidaler Jugendlicher und die notfallpsychiatrische Versorgung

Für die Umsetzung der Suizidprävention im Kanton Zürich wird ein **3-Phasenmodell** zur Diskussion gestellt. Es stellt die effizientesten und einfachsten Massnahmen an den Anfang, in Phase 2 und 3 werden zunehmend komplexere und organisatorisch anspruchsvollere Massnahmen integriert. Als zentrale Struktur der strategischen und inhaltlichen Gesamtplanung und Steuerung wie der Koordination der Massnahmen wird ein **kantonales Kompetenzzentrum** oder eine entsprechende **Fachstelle** für Suizidprävention, respektive die Übertragung der erwähnten Aufgaben an eine bestehende Institution empfohlen.

Die Phasen lauten und umfassen im Einzelnen:

• **Phase 1: Wichtigste Lücken schliessen**

Einzelne methodenspezifische Massnahmen (z.B. Hotspot-Sicherung⁴), Institutionalisierung von regionalen und bezirksweisen interdisziplinären Suizidrapporten (runde Tische), Institutionalisierung von Kriseninterventionskonzepten in Schulen, Einführung von „Green Cards“⁵ als Minimalmassnahme in der Nachsorge nach Suizidversuch und stationären psychiatrischen Aufenthalten.

• **Phase 2: Komplexe, dringende Problemlösungen und Sensibilisierung**

Umfassende Nachsorge nach Austritten aus psychiatrischen Institutionen oder nach Suizidversuch; Koordination der Versorgung suizidaler Jugendlicher im Sinne einer

⁴ Sicherungsmassnahmen für Brücken, Bahnlinien usw., die für Suizidhandlungen bekannt sind

⁵ Informationskärtchen mit Adressen für den Krisenfall

Überbrückungslösung im Hinblick auf ein Kriseninterventionszentrum (KIZ) für Jugendliche; Schulung von Lehrpersonen zum Thema Suizid und Krise, Sensibilisierung und Schulung von Medienschaffenden; Projekte mit ausgewählten Risikogruppen mit zusätzlicher Stossrichtung der Sensibilisierung von Multiplikatoren und der Öffentlichkeit; statistisches Monitoring von Suiziden und Suizidversuchen im Kanton Zürich.

- **Phase 3: Konsolidierung**

Aus- und Weiterbildung für Multiplikatoren; kantonale Helpline für Fachpersonen (Coaching, Triage); kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit im Kontext der Prävention für den Kanton Zürich; Kriseninterventionszentrum (KIZ) für Jugendliche; Unterrichtsmaterialien mit den Themen psychische Gesundheit, Suizidalität, psychische Krankheiten; Monitoring der Medien.

2. AUSGANGSLAGE

2.1 Zahlen und Fakten

Suizid ist eine häufige Todesursache, die in der gleichen Grössenordnung zu den potenziell verlorenen Lebensjahren beiträgt wie Herz-Kreislauf-Krankheiten. Dies hat damit zu tun, dass der Suizid eher in jüngeren Jahren auftritt. Er macht namentlich bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen bis gegen 25% aller Todesfälle aus. Aus einer Generation stirbt letztlich ein Mensch aus 100 an Suizid.

Es wird im Allgemeinen geschätzt, dass auf einen Suizid etwa zehn Suizidversuche kommen. Die Lebenszeitprävalenz für Suizidversuche geht somit gegen 10%. Die Lebenszeitprävalenz für Suizidgedanken liegt um 50%, d.h. jeder zweite gibt in epidemiologischen Surveys an, Suizidgedanken gehabt zu haben (siehe Bericht „Gesundheit im Kanton Zürich 2000-2006“⁶, Seite 93). Bezogen auf einen 12-Monate-Zeitraum berichten je nach Alter 10-15% der Befragten über suizidale Gedanken (unveröffentlichte Daten aus der epidemiologischen Zürich-Studie von Jules Angst).

Da die Suizidzahlen jährlichen Schwankungen unterliegen, ist es üblich, die Häufigkeiten und Raten über fünf oder zehn Jahre zu mitteln. Im Kanton Zürich haben sich im Zeitraum von 1999-2008 durchschnittlich 264 Menschen pro Jahr suizidiert, 168 Männer und 96 Frauen. Durchschnittlich 55 Suizide (also etwas mehr als 20%) sind als assistierte Suizide eingetragen, davon 23 Männer und 35 Frauen. Somit betrug die Rate bei den Männern inklusive assistierte Suizide im Schnitt um 27 pro 100 000 Einwohner, bei den Frauen um 15 pro 100 000 Einwohner. Wenn assistierte Suizide ausgeschlossen werden, ergeben sich Raten um 23 (Männer) und 9 (Frauen) pro 100 000

⁶ Gesundheit im Kanton Zürich 2000-2006, Nr. 13, Februar 2007, Hrsg: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich

Einwohner (Berechnungen von Vladeta Ajdacic-Gross aufgrund der Daten der Schweizerischen Todesursachenstatistik).

Es ist bemerkenswert, dass sich die Suizidraten im Kanton Zürich in Analogie zu anderen Kantonen bzw. westlichen Ländern in den vergangenen 30 Jahren um etwa 25-30% zurückgebildet haben. Dies ist in Zusammenhang mit einer parallelen Zunahme der Verschreibungsraten von Antidepressiva gebracht worden. Vorgelagerte Prozesse - Nachfrage nach Fachpersonen, Hilfe durch Hausärzte, Psychologen oder Psychiater, Enttabuisierung der Depression (Stichworte: Stress, Burnout), Psychologisierung der Gesellschaft - dürften jedoch die ausschlaggebenden Motoren hinter dieser Entwicklung sein.

Im schweizerischen Vergleich weist der Kanton Zürich eher hohe Raten auf und ist im obersten Drittel aller Kantone zu finden (www.fssz.ch/Seiten/zahlen.html).

Die Altersverteilungen sind im Übersichtsartikel von Klein et al.⁷ dokumentiert. Die Suizidraten nehmen in Zürich wie auch in anderen Kantonen mit dem Alter zu - bei über 80-jährigen Männern liegen sie über 100 pro 100 000 und bei ebenso alten Frauen über 50 pro 100 000. Es ist aus praktischen Gründen bemerkenswert, dass die absoluten Häufigkeiten im mittleren Alter am höchsten sind. Diese Konstellation verstärkt sich noch, wenn von assistierten Suiziden abgesehen wird.

Die Suizidverteilungen nach Methoden zeigen ähnliche Muster wie die gesamtschweizerischen Daten. Suizide durch Medikamente, Erhängen und (bei Männern) Schusswaffen sind die wichtigsten Methoden. Im Vergleich mit den gesamtschweizerischen Verteilungen fällt auf, dass Vergiftungen und Ertrinken etwas häufiger sind. Markant sind auch im Kanton Zürich die Unterschiede nach Geschlecht, wie Abbildung 1 zeigt. Wenn assistierte Suizide bei den Vergiftungen abgezogen werden (Anteil bei Männern noch 11.2%, bei Frauen noch 31.5%), akzentuiert sich die Dominanz der Schusswaffen und des Erhängens bei den Männern nochmals, während bei den Frauen Vergiftungen, Erhängen und Stürze ähnlich wichtig werden. Schusswaffen spielen dagegen bei den Frauen eine untergeordnete Rolle. Die unterschiedlichen Methodenpräferenzen nach Geschlecht erklären zu einem guten Teil die geschlechtsspezifischen Unterschiede in den Raten. Die Männer bevorzugen letalere Methoden, die Frauen dagegen Vergiftungen, wo es in der überwiegenden Zahl der Fälle beim (ersten und letzten) Suizidversuch bleibt.

⁷ Klein S. D., Bischoff C., Schweitzer W.: Suicides in the Canton of Zürich (Switzerland). Swiss Med Wkly 2010; w 13102

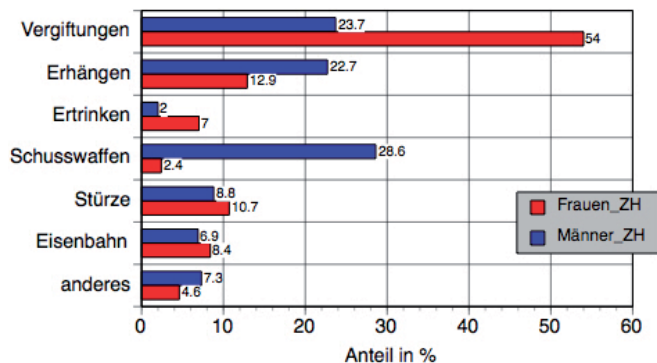


Abbildung 1: Suizide im Kanton Zürich nach Methoden und Geschlecht, 1999-2008

2.2 Veranlassung und Auftrag

Mit dem Postulat KR-Nr. 20/2008⁸ vom 14. Januar 2008 wurde der Regierungsrat durch den Kantonsrat eingeladen, über die Suizidprävention im Kanton Zürich zu berichten, ein Suizidpräventionskonzept zu erarbeiten, zu realisieren und dessen Wirksamkeit zu überprüfen. Ebenfalls ist dem Kantonsrat dazu regelmässig Bericht zu erstatten.

Die Sicherheitsdirektion wurde mit der Bearbeitung des oben erwähnten Postulats beauftragt. Dem Verein Forum für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich (FSSZ) wurde ein Mandat erteilt, einen Bericht über die Suizidprävention im Kanton Zürich zu erstellen. Die Berichterstattung steht unter der Leitung von Barbara Meister, Präsidentin des Forums und den Vorstandsmitgliedern PD Dr. phil. Vladeta Ajdacic-Gross, Dr. med. Sebastian Haas und Mariann Ring, MSc. Das Kapitel zu den rechtlichen Grundlagen trug Mark Ita bei.

Folgende Fragen sind im Bericht zu behandeln:

- Welche Massnahmen/Anstrengungen sind im Kanton Zürich zur Suizidprävention vorhanden?
- In welchen Punkten besteht ein erhebliches „Manko“, insbesondere im Vergleich zu anderen Kantonen?
- Welche Massnahmen könnte der Kanton Zürich unter Berücksichtigung des Aufwandes und der zu erwartenden Wirkungen ergreifen?

Der Bericht hat zudem das bereits bestehende Programm des FSSZ zu berücksichtigen.

⁸ Postulat von Heidi Bucher-Steinegger (Grüne, Zürich), Erika Ziltener (SP, Zürich) und Lorenz Schmid (CVP, Männedorf).

Auf eine weitere Anfrage KR.-Nr. 21/2011 vom 17. Januar 2011 von Barbara Angelsberger (FDP, Urdorf) betreffend Erfassung von Suiziden in der Kriminalstatistik des Kantons Zürich wurde vom Regierungsrat auf die Erarbeitung dieses Berichts verwiesen. Dies gilt vor allem für die Beantwortung der Frage 3: Was wird auf kantonaler Ebene in Sachen Suizidprävention unternommen? sowie der Frage 4: Wie werden Personen betreut, denen ein offensichtlicher Suizid misslungen ist? Die Frage 1 der Anfrage: Werden Suizide heute in der Kriminalstatistik detailliert erfasst? Falls ja, unter welcher Rubrik? Falls nein, warum nicht? Handelt es sich um spontane oder krankheitsbedingte Suizide? beantwortete der Regierungsrat dahingehend: Bei Suiziden werden von der Polizei zusätzlich zu der Art der Selbsttötung Angaben über Geschlecht, Alter und Nationalität registriert. Zu den Gründen, ob ein Suizid spontan oder krankheitsbedingt erfolgte, werden keine statistischen Daten erhoben.

2.3 Forum für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich (FSSZ)

Das Forum für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich (FSSZ) ist ein interdisziplinärer regionaler Verein: Fachpersonen aus der Praxis und der Forschung haben sich hier zusammengeschlossen, um Suizidprävention zu fördern und effektiv anzugehen. Zu den wichtigsten Aufgaben, die sich das FSSZ stellt, zählen die Öffentlichkeitsarbeit und das Aufzeigen der Wirksamkeit von Suizidprävention, die Suizidprävention für Jugendliche, die Initiierung von Forschungsprojekten sowie die Vernetzung von Fachleuten und Institutionen, welche mit Suizid und Suizidprävention in Berührung kommen. Das FSSZ ist über die Kantonsgrenzen hinaus mit ähnlichen Gruppierungen vernetzt und auch Mitgliedorganisation von Ipsilon, der Initiative zur Prävention von Suizid in der Schweiz.

2.4 Vorbemerkungen zum Bericht

Der Bericht ist das Produkt eines Expertenteams und keine wissenschaftliche Studie. Er widerspiegelt den heutigen Wissensstand über Suizid und Suizidprävention in der Schweiz. Die Situation der Suizidprävention im Kanton Zürich und in anderen Kantonen wird in einer zusammenfassenden Gesamtsicht dargestellt. Ziel ist es, ein möglichst umfassendes Bild zu zeichnen. Das schliesst jedoch nicht aus, dass vereinzelte Aktivitäten und Angebote unserer Aufmerksamkeit entgangen sein können. Der Bericht konzentriert sich auf die Kantonebene, die Bemühungen in den Gemeinden werden nicht speziell berücksichtigt.

3. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Die Frage, die sich aus rechtlicher Sicht stellt, ist: Was darf, muss und kann der Staat tun, um Suizide zu verhindern? Neben der Frage, was grundsätzlich die Aufgabe des Staats hier sei, stellt sich die Frage nach der staatsrechtlichen Zuständigkeit für diese Aufgaben im föderalen Staatsaufbau. Was sind die allfälligen Aufgaben des Bundes und der Kantone in der Suizidprävention, und namentlich jene des Kantons Zürich?

Die nachstehenden Ausführungen beantworten die Fragen in Form eines zusammenfassenden Überblicks über die geltenden Rechtsgrundlagen.

3.1 Grundrechtliche Betrachtung

3.1.1 Die Achtung der Menschenwürde und das Recht auf Selbstbestimmung

Gehen wir von der Bundesverfassung (BV) aus, hat der Staat den Zweck und die Aufgabe, die gemeinsame Wohlfahrt zu fördern und die natürlichen und sozialen Grundbedingungen dafür zu sichern (Art. 2 BV). Eine Kernaufgabe des schweizerischen Rechtsstaats ist dabei, die Grundrechte zu gewährleisten. Dazu gehören an erster Stelle der Schutz der menschlichen Würde, des Lebens und der persönlichen Freiheit (vgl. Art. 7 und 10 BV). Darauf fusst das Recht auf persönliche Selbstbestimmung, das auch die Freiheit einer Person beinhaltet, sich das Leben zu nehmen.

Das Prinzip des Rechtsstaats verlangt, dass jedes staatliche Handeln, ob eingreifend oder leistend, einer Grundlage im Recht bedarf, verhältnismässig zu sein und im öffentlichen Interesse zu stehen hat (vgl. Art. 5 BV). Das gilt für die Beschränkung der Grundrechte, z.B. Eingriff in die persönliche Freiheit, wie auch für staatliche Hilfe und Unterstützung, z.B. bei Suizidprävention.

Diese Grundsätze gelten für die ganze Schweiz und sind auch in der Verfassung des Kantons Zürich verankert (vgl. Art. 2, 9 und 10 KV ZH).

Der staatliche Schutz des Lebens, wie er im Schweizerischen Strafgesetz umgesetzt ist, umfasst die Strafverfolgung der Fremdtötung, nicht aber jene der Selbsttötung oder des Versuchs dazu. Er lässt sogar die „Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord“ zu, wenn sie nicht aus „selbstsüchtigen Beweggründen“ erfolgt (Art. 115 StGB)⁹.

⁹ Vgl. Erläuternder Bericht zur Änderung des Strafgesetzbuches und des Militärstrafgesetzes betreffend die organisierte Suizidhilfe, Eidg. Justiz- und Polizeidepartement EJPD, Oktober 2009

Zusammengefasst lässt sich feststellen, dass der Staat die Verpflichtung hat, das Recht einer Person zu achten und zu schützen, sich aus freiem Willen zu töten. Er hat keine Berechtigung, diese Handlung zu verhindern. Vorbehalten sind Massnahmen zum Schutz Dritter.

Entsprechend finden sich in der schweizerischen Rechtsordnung keine gesetzlichen Bestimmungen, welche die Verhinderung von Suiziden explizit zum Gegenstand haben.

Der Schutz der Menschenwürde und des Rechts auf Selbstbestimmung bildet eine Schranke der staatlichen Suizidprävention.

3.1.2 Die Achtung der Menschenwürde und der Anspruch auf Schutz und Hilfe

Der Schutz des Rechts auf Selbstbestimmung setzt aber voraus, dass die Fähigkeit und die Bedingungen zur freien Selbstbestimmung vorliegen. Fehlen diese Bedingungen wegen einer Notlage oder Bedrängung, oder ist die Urteilsfähigkeit einer Person z.B. wegen einer Krankheit eingeschränkt, dann gebietet dieser Zustand den Schutz vor Schaden, auch vor selbstzugefügttem Schaden. Dieser Grundsatz kommt namentlich in den folgenden Grundrechten zum Ausdruck: Kinder und Jugendliche haben Anspruch auf besonderen Schutz ihrer Unversehrtheit (Art. 11 BV) und Menschen in Not haben Anspruch auf Hilfe und Betreuung und auf die Mittel, die für ein menschenwürdiges Leben und Dasein unerlässlich sind (Art. 12 BV). Das Grundrecht auf Leben und persönliche Freiheit beinhaltet das Recht auf körperliche und geistige Unversehrtheit (Art. 10 BV).

Auch wenn diese Grundrechte für sich noch keine verfassungsrechtliche Staatsaufgabe begründen, so liefern sie doch die Legitimation, eine zu schaffen und dort eine Hilfe anzubieten, wo es möglich und sinnvoll ist, die Würde und das Leben von Menschen zu schützen.

3.2 Staatsrechtliche Aufgabenteilung

3.2.1 Grundsatz

Welche Aufgabe zur Staatsaufgabe wird, bestimmt der Verfassungsgeber in einem politischen Aushandlungsprozess. Und wie eine bestimmte Staatsaufgabe wahrgenommen wird und welche Mittel zur Verfügung gestellt werden, bestimmt der Gesetzgeber. Diese verfassungsrechtlichen Grundsätze gelten beim Bund wie bei den Kantonen.

Die Bundesverfassung hat die Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen wie folgt geregelt: „Die Kantone sind souverän, soweit ihre Souveränität nicht durch die Bundesverfassung beschränkt ist; sie üben alle Rechte aus, die nicht dem Bund übertragen sind“ (Art. 3 BV). D.h. der Bund erfüllt alle Aufgaben, welche ihm die Bundesverfassung explizit zuweist (Art. 42 BV) und alle anderen Aufgaben fallen in die hoheitliche Verantwortung der Kantone (Art. 43 BV).

Grundsätzlich handelt der Bund subsidiär zu den Kantonen (Art. 5a und 43 BV), d.h. er wird nur tätig, wenn die Aufgabe, die Kraft der Kantone überschreitet.

3.2.2 Föderalistische Aufgabenteilung in der Suizidprävention

Der umfassende Bericht des Bundesamts für Gesundheit über Suizid und Suizidprävention in der Schweiz vom April 2005¹⁰ sowie der vorliegende Bericht machen deutlich, dass Suizide, suizidales Verhalten und Suizidversuche in der Schweiz nicht nur individuelle Handlungen und Schicksale sind, sondern ein bedeutendes gesellschaftliches Problem der öffentlichen Gesundheit mit einer eigenen Epidemiologie. Dieses Phänomen wahrzunehmen, zu verstehen, anzuerkennen und schliesslich zu verhüten, wird damit zu einer gesellschaftlichen Aufgabe, d.h. einer öffentlichen Aufgabe des Staats - sofern es sich beim Suizid nicht um einen wohlüberlegten, selbstbestimmten und in Würde entschiedenen Akt handelt, der vom Grundrecht der persönlichen Freiheit geschützt ist.

Das Bundesamt für Gesundheit hat zur Erstellung des oben erwähnten Berichts von der Universität Bern ein Rechtsgutachten zu den Verfassungs- und Gesetzesgrundlagen des Bund in der Suizidprävention¹¹ erarbeiten lassen. Das Gutachten kommt zum Schluss, dass die Suizidprävention nach geltendem Recht nicht unter die hoheitliche Verantwortung des Bundes fällt: „Dem Bund fehlt im Bereich der Suizidprävention eine umfassende Gesetzgebungskompetenz. Es ist ihm daher verwehrt, den Rechtsbereich abschliessend zu regeln. Jedoch lassen diverse Kompetenzbestimmungen die Anordnung von Massnahmen mit suizidpräventiver Wirkung zu.“

Der Bund hat im Gesundheitswesen bestimmte in Art. 118 BV abschliessend aufgeführte Aufgaben zum Schutze der Gesundheit, so u.a. „die Bekämpfung übertragbarer, stark verbreiteter oder bösartiger Krankheiten von Menschen und Tieren“.

Suizid ist an sich keine Krankheit, sondern eine menschliche Handlung, welche weder die Gesellschaft als Ganzes noch die Gesundheit anderer Menschen im Sinne dieser Bestimmung gefährdet. Auch die krankhaften Zustände, wie Depressionen, welche erwiesenermassen zu

¹⁰ Bundesamt für Gesundheit, Suizid und Suizidprävention in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats Widmer (02.3251), April 2005

¹¹ Tschannen P., Buchli M.: Verfassungs- und Gesetzesgrundlagen im Bereich der Suizidprävention

Suiziden oder Versuchen dazu führen können und deren gezielte Behandlung nachweisbar suizidpräventiv wirken, gelten nicht als Krankheiten, deren Versorgung und Verhütung in den hoheitlichen Aufgabenbereich des Bundes fallen würden.

Damit fehlt dem Bund der verfassungsrechtliche Auftrag, eine bundesgesetzliche Grundlage für eine umfassende Suizidprävention zu schaffen bzw. für Massnahmen zur Verhütung psychischer Krankheiten, die zu Suiziden führen.

Die Suizidprävention ist entsprechend der Subsidiaritätsregel somit eine Aufgabe, die unter der hoheitlichen Verantwortung der Kantone steht.

3.3 Rechtsgrundlagen des Kantons Zürich für die Suizidprävention

Die Prävention von Suiziden und von Suizidversuchen ist, unter Vorbehalt der unter 3.1.1 gemachten Ausführungen, eine sozial- und gesundheitspolitische Aufgabe, für welche der Kanton Zürich eine Verantwortung trägt und auch bereits über eine genügende Rechtsgrundlage für deren Wahrnehmung verfügt.

Die Verfassung des Kantons Zürich überträgt in Art. 113 dem Kanton und den Gemeinden die Aufgabe, für eine ausreichende und wirtschaftlich tragbare Gesundheitsversorgung zu sorgen sowie die Gesundheitsvorsorge zu fördern.¹²

Der Kantonsrat des Kantons Zürich hat am 2. April 2007 ein Gesundheitsgesetz¹³ mit einem breiten Geltungsbereich erlassen: Das Gesetz „bezweckt den Schutz und die Förderung der menschlichen Gesundheit in ihren biologischen, psychologischen und sozialen Dimensionen“.

Es regelt in § 46 die Prävention und Gesundheitsförderung auf eine Weise, welche auch die Prävention von Krankheiten ermöglicht, welche zu Suiziden führen können:

¹ Der Kanton und die Gemeinden unterstützen Massnahmen zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung (Gesundheitsförderung) und zur Verhütung, Früherkennung und Früherfassung von Krankheiten (Prävention).

² Sie können eigene Massnahmen treffen oder Massnahmen Dritter bis zu 100 Prozent subventionieren.“

¹² Art. 113 Verfassung des Kantons Zürich vom 27.2.2005

¹³ Gesundheitsgesetz vom 2. April 2007, LS 810.1

Darüber hinaus verfügen die Behörden des Kantons Zürich eine Reihe von Kompetenzen im Bereiche der sozialen Fürsorge bis hin zu Massnahmen der fürsorgerischen Freiheitsentziehung gemäss Art. 397 a-f ZGB.

3.4 Schlussfolgerung

Der Kanton Zürich darf gestützt auf die geltenden Rechtsgrundlagen Massnahmen zur Suizidprävention vorsehen und durchführen. Er ist aufgrund seiner verfassungsrechtlichen Verantwortung für die Gesundheitsversorgung und -vorsorge auch dazu verpflichtet. Schranken der Massnahmen sind die Persönlichkeitsrechte und das Recht auf Selbstbestimmung der Bürger.

4. FACHLICHE GRUNDLAGEN ZUM SUIZID

4.1 Unser Verständnis von Suizidprävention

Suizide sind weitgehend vergleichbar mit Unfällen:

- Wer einen Suizidversuch überlebt hat, wird in neun von zehn Fällen nicht durch vollendeten Suizid aus dem Leben scheiden - ein Suizid ist, vereinfacht gesagt, das Ergebnis eines psychischen Unfalls.
- „Gewöhnliche“ Suizide haben mit assistierten Suiziden bezüglich Charakteristika, Risikofaktoren oder Prävention wenig gemeinsam. Dennoch erscheinen beide Phänomene in der gleichen Statistik und werden auch in der Diskussion zumeist nicht klar auseinandergehalten. Bilanzsuizide als Mittelding zwischen „gewöhnlichen“ und assistierten Suiziden spielen mit einem geschätzten Anteil von 5% eine untergeordnete Rolle. In diesem Bericht werden ausschliesslich „gewöhnliche“ Suizide thematisiert.
- Suizide im Sinne von psychischen Unfällen ereignen sich vor dem Hintergrund von Krisensituationen oder schweren chronischen Belastungen; besonders gefährdet sind somit impulsive Menschen (Kurzschlussuizide in Krisensituationen) sowie Menschen mit belastenden psychischen Symptomen aufgrund einer Krise und mit psychischen Störungen.
- Die Suizidprävention funktioniert in Analogie zur Unfallprävention: verschiedene technische Massnahmen sowie Aufklärungs- und Ausbildungsmassnahmen gehen Hand in Hand.
- Die Erfolgchancen der Suizidprävention sind vergleichbar mit jenen der Unfallprävention.
- Nachdem in den vergangenen Jahrzehnten keine namhafte direkte Suizidprävention in Gang gekommen ist und nachdem nach wie vor eine deutliche Unterversorgung bei psychischen Krisen und Störungen im ambulanten Bereich besteht, könnten durch geeignete Massnahmen die aktuellen Suizidraten halbiert oder sogar gedrittelt werden.
- Bei der Suizidprävention ist im Gegensatz zur Unfallprävention der politische Wille zum rationalen Handeln wenig vorhanden - eine Neuorientierung bei Politikern, Verantwortlichen in den Verwaltungen und bei Fachpersonen ist notwendig.

4.2 Übersicht wichtiger wissenschaftlicher Ergebnisse und Implikationen zum Suizid

- Suizid ist nicht gleich Suizid - Suizide lassen sich heuristisch in verschiedene Typen unterteilen: Kurzschlussuizide, Suizide aufgrund anhaltenden oder wiederkehrenden Leidensdrucks (zumeist wegen psychischer Beschwerden), Suizide aufgrund chronischer Suizidalität, Bilanzsuizide.
- Suizidprävention ist nicht gleich Suizidprävention - die Prävention begegnet je nach Suizidtyp anderen Herausforderungen und enthält andere Möglichkeiten; bei Kurzschlussuiziden stehen

das Gewinnen von Zeit und die Beseitigung von Suizidmitteln im Vordergrund, bei Suizidalität aufgrund des Leidensdrucks hingegen die Betreuung und Behandlung sowie soziale Kontakte.

- Entgegen häufigen Vorurteilen ist Suizid selten die Folge eines zielgerichteten und unabwendbaren Verhaltens, sondern in der überwiegenden Zahl der Fälle zurückzuführen auf impulsive oder ambivalente Entscheidungsprozesse. Es geht um Gratwanderungen zwischen Leben und Tod resp. um das Abwägen von Gründen zum Leben und Gründen zum Sterben.
- Der Einfluss von äusseren, zufälligen, passageren Faktoren ist häufig massgeblich; diese Faktoren lassen sich durch präventive Massnahmen gut angehen.
- Aufgeschobene Suizide sind zumeist auch aufgehobene Suizide.
- Gelegenheiten beeinflussen Verhalten und Entscheidungen; beim Suizid hat die Verfügbarkeit von Mitteln einen massgeblichen Einfluss auf die Methodenwahl und die Suizidhäufigkeit, insbesondere bei Kurzschlusshandlungen in Krisensituationen und Suiziden aufgrund des Leidensdrucks.
- Gelegenheiten im indirekten Sinne beeinflussen auch den Suizid als Imitationsverhalten vor allem bei Jugendlichen und bei impulsiven Handlungen; Stichwort „Werther-Effekt“.
- Die suizidalen Gedanken und Impulse fokussieren nicht auf eine unendliche Zahl von Kontexten und Modalitäten, sondern auf eine, allenfalls wenige Modalitäten; zur Modalität gehört nicht nur die Wahl des Mittels, sondern auch der Zeitpunkt, die Umgebung, das Vorgehen usw.
- Wird eine Modalität durch Präventionsmassnahmen eingeschränkt oder durch therapeutische Massnahmen inaktiviert, ist das Umsteigen auf alternative Modalitäten (Substitution) oft nicht unmittelbar möglich und umsetzbar; daher ist die Substitution immer nur partiell.
- Umgekehrt eröffnen neue Modalitäten - z.B. aktuelle Suizidmethoden wie Kohlegrillsuizide¹⁴ oder durch Medien bekannt gemachte Hotspots - neue Projektionsflächen für Suizidphantasien; diese sprechen neue Menschengruppen an und führen zu erhöhten Suizidhäufigkeiten.
- Die meisten Menschen mit Suizidabsichten suchen und haben vorgängig Kontakt mit Fachpersonen wie Hausärzten und anderen Multiplikatoren; diese sind wichtige Ansprechpersonen in der Suizidprävention.
- Untersuchungen mit Hausärzten zeigen, dass die Suizidalität nur bei einem Teil der nachmaligen Suizidenten dem Hausarzt bekannt war, wiederum nur ein Teil davon aktuell abgefragt wurde, und wiederum nur ein Teil davon adäquat behandelt wurde; d.h.: selbst bei Fachpersonen besteht ein grosser Nachholbedarf an Wissen und Handlungskompetenz; die Aus- und Weiterbildung von Multiplikatoren und deren Einsatz in ihrem Berufsfeld ist für die Früherkennung und Frühintervention unerlässlich.
- In der wissenschaftlichen Literatur sind eine Reihe von Risikogruppen und Risikophasen identifiziert worden; präventive Massnahmen, u.a. die Einbindung von Multiplikatoren,

¹⁴ Tod durch Kohlenmonoxidvergiftung durch verschwelende Holzkohle in geschlossenen Räumen

unterscheiden sich je nach Adressat und Kontext.

- Die Kontaktsuche und -aufnahme gestaltet sich bei einzelnen Gruppen schwieriger als bei anderen, insbesondere bei Jugendlichen und jungen Menschen sowie bei älteren Männern; hier sind bei der einen Gruppe unkomplizierte niederschwellige Angebote für Hilfe und Beratung notwendig, bei der anderen Gruppe indirekte Zugänge (z.B. über die Spitex).
- Das Wissen um Symptome und deren Einschätzung sowie die Hilfsmöglichkeiten in der Öffentlichkeit sind beim Suizid wie auch allgemein bei psychischen Beschwerden und Krankheiten stark von Vorurteilen und Stigmatisierung geprägt; bewusstseinsbildende Massnahmen in der Bevölkerung bewirken Synergien.
- Die statistische Erfassung von Suiziden und ein regelmässiges Monitoring der Suizidversuche sind Voraussetzung für ein rechtzeitiges Erkennen von Trends suizidalen Verhaltens und von Risikogruppen.
- Eine Koordination und Vernetzung von Präventions- und Interventionsbemühungen ist notwendig.

4.3 Direkte und indirekte Suizidprävention

In der Prävention stehen verschiedene Typologien zur Diskussion, auf die hier nicht weiter eingegangen wird (Prävention, Intervention, Postvention; primäre, sekundäre, tertiäre Prävention; universelle, spezifische, indizierte Prävention). Im Bezug auf die Suizidprävention ist die Unterscheidung zwischen direkter und indirekter Prävention zentral:

- **direkte** Massnahmen sind gezielt auf die Prävention von Suiziden gerichtet (z.B. Hinterlassenen- oder Verwitweten-Projekte; alle methodenspezifischen Projekte)
- **indirekte** Massnahmen sind auf Krisenintervention allgemein ausgerichtet (z.B. Kriseninterventionszentren, Aus- und Weiterbildungen zur psychischen Gesundheit, „Die Dargebotene Hand“).

5. STELLENWERT UND AKTEURE DER SUIZIDPRÄVENTION IN DER SCHWEIZ

Um die Übersicht über den Stellenwert und die Akteure der Suizidprävention zu systematisieren, soll im Folgenden auf die Unterscheidung zwischen direkter und indirekter Suizidprävention zurückgegriffen werden. Zur direkten Prävention zählen wie erwähnt Bemühungen, die gezielt auf die Verhütung von Suiziden ausgerichtet sind. Dazu gehören beispielsweise methodenspezifische Massnahmen, Flyer zum Thema Suizid oder auch das Projekt für Verwitwete des FSSZ. Zur indirekten Prävention gehören Anstrengungen, bei denen die Suizide nicht im Mittelpunkt stehen, aber konkret mitberücksichtigt werden (z.B. Versorgungseinrichtungen, niederschwellige Hilfsangebote usw.). Im Weiteren wird kurz auf das Phänomen der unintendierten Suizidprävention hingewiesen, wo Massnahmen oder Entwicklungen in anderen Bereichen unbeabsichtigterweise zu einer Reduktion des Suizidrisikos beigetragen haben.

Die Gliederungsebenen umfassen die Bundesebene und die Kantone. Die Ausgangslage im Kanton Zürich wird im Kapitel 8 thematisiert.

5.1 Direkte Suizidprävention

5.1.1 Bundesebene

Die Schweiz gehört zu jenen entwickelten Ländern, die über keine koordinierte Suizidprävention und entsprechend auch über keine Suizidpräventionsprogramme verfügen. Der einzige schweizweite Akteur ist Ipsilon, der Dachverband der regionalen und lokalen Vereine im Kontext der Suizidprävention.

Das BAG hat in der Erfüllung eines parlamentarischen Vorstosses von Nationalrat Hans Widmer den Bericht „Suizid und Suizidprävention in der Schweiz“¹⁵ erarbeitet. Der Bericht kommt zum Schluss, dass das Angebot an spezifischen präventiven Massnahmen in der Schweiz sehr beschränkt ist und sich auf wenige regionale Zentren verteilt. „Um eine Reduktion der Suizide und Suizidversuche zu erreichen, muss die Prävention in der Schweiz verstärkt werden“, so die Forderung des Berichts.

5.1.2 Kantonale Ebene

Zug ist der einzige Schweizer Kanton, der über ein Suizidpräventionskonzept verfügt und die

¹⁵ Bundesamt für Gesundheit: Suizid und Suizidprävention in der Schweiz. Bericht in Erfüllung des Postulates Widmer (02.3251), April 2005

Massnahmen koordiniert. Daneben verfügt der Kanton Freiburg über eine Koordinationsstelle in Zusammenarbeit mit dem Verein „Suizidprävention Freiburg“. Auf regionaler und kantonaler Ebene sind mehrere Vereine und Organisationen aktiv, die auf idealistischer Basis Projekte und Aktionen zur Suizidprävention durchführen (siehe Kapitel 9 und 10).

Ebenfalls kantonal oder regional organisiert sind Hinterbliebenenvereine und Selbsthilfegruppen, die Angehörigen nach einem erfolgten Suizid Unterstützung bieten: „Regenbogen“, „Nebelmeer“, „Refugium“ und andere mehr.

5.2 Indirekte Suizidprävention

5.2.1 Bundesebene

Die offensichtlichste suizidrelevante Massnahme des Bundes besteht darin, die Lizenzen für die kantonalen Bündnisprojekte („Bündnis gegen Depression“)¹⁶ kostenfrei abzugeben und die aktiven Kantone zu regelmässigen Koordinationssitzungen einzuladen. Darüber hinaus nehmen verschiedene gesetzliche Regelungen auf Bundesebene bezüglich Suchtmitteln und Alkohol (Kurzschluss-suizide) und Finanzierungsregelungen der ambulanten Psychotherapie usw. mehr oder weniger mitintendiert Einfluss auf die Suizide. Unter den Organisationen des Bundes ist insbesondere die Armee im Hinblick auf zwei jüngere Massnahmen hervorzuheben: Selektion der Rekruten aufgrund psychiatrischer Screenings, Aufhebung der Munitionsabgabe nach Hause und weitere Massnahmen zur Schusswaffensicherheit.

Eine Reihe von landesweit tätigen Organisationen bietet niederschwellige Hilfe und Unterstützung, u.a. auch bei psychischen Problemen und Suizidalität: „Die Dargebotene Hand“, „Telefon 147“ der Pro Juventute usw. Dasselbe gilt für die Seelsorgearbeit der Landeskirchen.

5.2.2 Kantonale Ebene

In der Schweiz sind verschiedene Kantone über die Bündnisprojekte indirekt in der Suizidprävention engagiert, wobei die Umsetzung des Nürnberger Bündniskonzepts¹⁷ unterschiedlich weit geht.

Ebenfalls involviert sind im Weiteren alle in den kantonal organisierten Gesundheitsdiensten tätigen Institutionen und Akteure, die sich mit der Früherkennung und Behandlung von psychischen

¹⁶ <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/03923/index.html?lang=de>, vgl. auch Fussnote 3

¹⁷ www.buendnis-depression.de

Störungen und Krisen befassen. Während im stationären Bereich tendenziell eine Überversorgung besteht, wirken sich die Probleme der ambulanten Versorgung wie z.B. die ungenügende psychiatrische Ausbildung der allgemeinpraktizierenden Ärzteschaft unmittelbar auf die Suizide aus.

Neben den Gesundheitsdiensten sind eine Reihe weiterer Beratungsdienste zu nennen: schulpsychologische Dienste, Jugend- und Familienberatungen usw.

5.3 Unintendierte Suizidprävention

Wie alle Prävention profitiert auch die Suizidprävention von Massnahmen, die zu unintendierten Effekten führen. Zur Illustration seien drei positive Effekte hervorgehoben:

- der flächendeckende Schwimmunterricht hat Suizide durch Ertrinken unwahrscheinlich gemacht
- die Einführung des Katalysators hat zu einer drastischen Abnahme der Suizide durch Autoabgase geführt
- die Armeeerformen haben via Verkleinerung des Heeres zu einer Reduktion der abgegebenen Schusswaffen und in der Folge zur Abnahme der Schusswaffensuizide insbesondere in den jüngeren Altersgruppen geführt

5.4 Fazit zur Suizidprävention in der Schweiz

Direkte und indirekte Prävention

Mit Ausnahme des Kantons Zug fehlen in der Schweiz direkte Massnahmen in der Suizidprävention weitgehend. Bestehende direkte Massnahmen beruhen vor allem auf der Initiative einzelner Fachleute wie Thomas Reisch (Prävention von Brückensuiziden) und einzelner lokaler Vereine wie dem FSSZ, in denen sich mit dem Thema befasste Fachleute engagieren und punktuelle Projekte lancieren. Hingegen tragen entsprechend der Entwicklung des Gesundheits-, Schul- und Sozialwesens viele Institutionen und Akteure indirekt zur Suizidprävention bei. Nicht intendierte Suizidprävention verdeutlicht schliesslich, wie leicht die Wahrscheinlichkeit für Suizide durch Massnahmen - in diesem Fall vor allem technische Massnahmen - beeinflusst werden kann.

Wahrnehmung und Verständnis von Suizidprävention

Die Wahrnehmung der Suizidprävention in grossen Teilen der Öffentlichkeit sowie unter Gesundheitsfachleuten und Gesundheitsbehörden, die wenig im Thema verankert sind, ist vor allem auf indirekte Massnahmen gerichtet. Suizid wird als Konsequenz psychischer Störungen und Krisensituationen betrachtet, sodass Suizidprävention zunächst auf Früherkennung und

Intervention (z.B. durch Kriseninterventionszentren, therapeutische Massnahmen) eingegrenzt wird. In Erweiterungen dieser Perspektive kommen die Sensibilisierung und Information der Öffentlichkeit über psychische Störungen, Inanspruchnahme von Hilfe usw. hinzu, wie sie etwa durch Bündnisprojekte intendiert werden. Eine nochmalige Erweiterung der Perspektive und damit der Einschluss auch jüngerer Lebensalter macht das Thema für die Gesundheitsförderung zugänglich. Dass Suizide massgeblich situationsabhängig erfolgen und die Prävention auch direkte Massnahmen einschliessen sollte, ist nur ungenügend in die Wahrnehmung der Fachleute und erst recht der Öffentlichkeit eingeflossen. Die Diskussion um die Waffenschutzinitiative („Für den Schutz vor Waffengewalt“) hat hier möglicherweise ein schrittweises Umdenken eingeleitet.

Perspektive der Präventionssäulen

Wird die Frage der Wahrnehmung aus der Perspektive der fünf Säulen des Suizidpräventionsmodells (Kapitel 6) betrachtet, so dominiert offensichtlich die Perspektive der Säule 5 (Inanspruchnahme von Hilfe in Krisensituationen und bei psychischen Krankheiten und Beschwerden). Die übrigen Säulen der Suizidprävention sind lediglich punktuell verankert. Bei den Suizidmethoden ist die Bedeutung der Schusswaffen und der Hotspots, vor allem von Brücken, präsent. Bei den Multiplikatoren gilt dies für die Aus- und Weiterbildung von Ärzten.

6. Das 5-Säulenmodell der Suizidprävention

Die Vision der Suizidprävention besteht darin, Menschenleben zu retten, auch wenn dies niemals in allen Fällen möglich sein wird. Als konkrete Zielparameter gelten eine Reduktion der Suizide und/oder der Suizidversuche in einer bestimmten Region oder Bevölkerungsgruppe. Hierzu bedarf es aus Public Mental Health-Sicht regelhaft transsektorieller Anstrengungen d.h. neben privater Initiative sind das Gesundheitswesen und einige weitere Sektoren der öffentlichen Hand tangiert (u.a. der Sicherheits-, Bau- und Bildungssektor). Um diesen Grundsatz und die damit verbundenen Massnahmen schematisch zu verbildlichen, schlagen wir das nachfolgend beschriebene 5-Säulenmodell der Suizidprävention vor (siehe Abbildung 2).

Die Beschreibung der Situation im Kanton Zürich (Kapitel 8), der Vergleich mit anderen Kantonen (Kapitel 10) und die Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Kapitel 11) sind nach diesem Modell der fünf Säulen strukturiert. Die Situation in anderen Kantonen (Kapitel 9) wurde ursprünglich ebenfalls nach dem Prinzip des 5-Säulenmodells erfragt.

Das 5-Säulenmodell der Suizidprävention

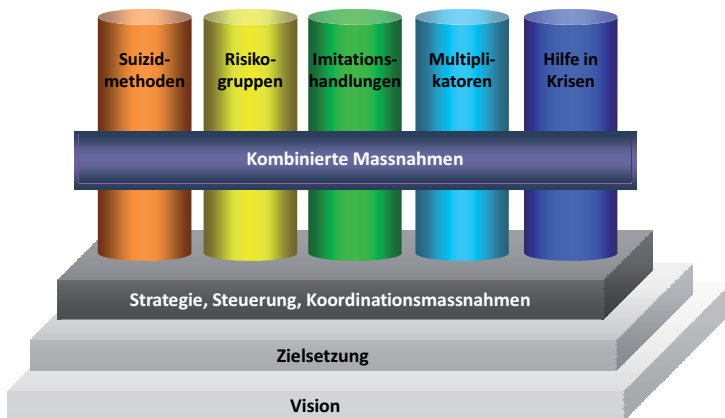


Abbildung 2: 5-Säulenmodell der Suizidprävention

Der Sockel des Modells wird durch drei fundamentale Prozess-Ebenen der Suizidprävention gebildet. Auf der Grundlage der **Vision** (Leben retten) bedarf es einer konkreten **Zielsetzung** (z.B. Reduktion der Suizidraten) und einer **Strategie**, wie die gesetzten Ziele erreicht werden können. Die wichtigsten Massnahmen in Gestalt von **5 Säulen** auf dem beschriebenen Fundament haben eine pragmatische Ausrichtung: Kurzschlusshandlungen und Nachahmungseffekte verhindern, die Krisenspitzen brechen sowie Wege zur Inanspruchnahme von Hilfe bahnen! Es geht also darum, betroffenen Menschen zu helfen, kritische Phasen und Situationen zu überstehen, bzw. im wörtlichen Sinne „zu überleben“. Ähnlich wie bei der Prävention von Unfällen bzw. Verkehrsunfällen bestehen Dutzende von möglichen Massnahmen. Sie lassen sich jedoch auf die fünf Säulen herunterbrechen. Jede Säule steht somit für ein Bündel von Massnahmen.

6.1 Die fünf Säulen

Suizidmethoden: Die **Säule 1** umfasst Massnahmen der methodenspezifischen Prävention d.h. die Einschränkung der Verfügbarkeit von suizidalen Mitteln (z.B. potentiell letale Medikamente, Schusswaffen, Hotspots usw.)

Risikogruppen: Die **Säule 2** beinhaltet Massnahmen zur Prävention für Risikogruppen d.h. spezifische Präventionsmassnahmen für Zielgruppen mit einem erhöhten Suizidrisiko wie z.B. Menschen mit Suizidversuch, Menschen mit schweren psychischen Krankheiten, Sucht- und Persönlichkeitsstörungen, Menschen nach Partnerverlust (Verwitwung, Kinder, Eltern), Menschen mit schweren chronischen Erkrankungen, Menschen nach Entlassung aus einer psychiatrischen Klinik, aus der Haft, aus einem Arbeitsverhältnis usw.).

Imitationshandlungen: Die **Säule 3** fasst Massnahmen zur Prävention von Imitationshandlungen (Medien und „Werther-Effekt“, Suizide unter Jugendlichen) zusammen.

Multiplikatoren: Die **Säule 4** bündelt Massnahmen zur Einbindung von Multiplikatoren: spezifische Projekte und vor allem Aus- und Weiterbildungen für Ärzte, Psychologen, Pflegeberufe, Apotheker, Pfarrer, Bestatter, Vorgesetzte, Feuerwehrleute, Sanitäter, Polizei, Lehrpersonen, Lehrlingsausbildner, Jugendarbeiter, Sozialarbeitende, Gefängnispersonal, Sportcoaches, Journalisten, Medienschaffende usw.

Hilfe in Krisen: Die Massnahmen der **Säule 5** beziehen sich auf die Inanspruchnahme von Hilfe in Krisensituationen und bei psychischen Krankheiten und Beschwerden (Sensibilisierung der Bevölkerung, Mental Health Literacy, Bündnis-Projekte, niederschwellige Hilfsangebote wie z.B. „Die Dargebotene Hand“, Kriseninterventionszentren usw.).

6.2 Die Querschnittsmassnahmen

Ausgehend von den fünf Säulen lassen sich nun **zwei Arten von Querschnittsmassnahmen** (auf dem Modell symbolisiert durch den Querbalken/Quersockel) unterscheiden:

Kombinierte Massnahmen: Es gibt Massnahmen oder Projekte, die verschiedene Säulen tangieren oder sogar Querschnitts-Themen über alle Säulen sind. Public Mental Health-Kampagnen¹⁸ wie z.B. das „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ zielen mit ihren Aktionsprogrammen auf mehrere Säulen der Suizidprävention, d.h. mehrere Massnahmen (z.B. Schulung von Hausärzten, Sensibilisierung der Öffentlichkeit) werden aufeinander abgestimmt.

Strategie-, Steuerungs- und Koordinationsmassnahmen: Jegliche Suizidprävention bedarf einer soliden Steuerung und Koordination. Hierunter verstehen wir die Aufgabenteilung zwischen allen beteiligten Akteuren sowie die Planung und Steuerung einer kohärenten (kantonalen) Suizidpräventionsstrategie (z.B. Kompetenzzentrum oder Fachstelle).

¹⁸ Aufklärungskampagnen über psychische Gesundheit für die Bevölkerung

7. Beispiele möglicher Massnahmen gemäss dem 5-Säulenmodell

Dieses Kapitel liefert zur Illustration des 5-Säulenmodells eine Übersicht über verschiedene Massnahmen. Die Auswahl orientiert sich an den für den Kanton Zürich dokumentierten Massnahmen (Kapitel 8). Im Kapitel 11, Schlussfolgerungen und Empfehlungen, werden dann die spezifisch ausgewählten Massnahmen aufgeführt.

7.1 Methodenspezifische Prävention (Säule 1)

Meistens ist die Absicht, sich das Leben zu nehmen, ambivalent. Ob eine suizidale Absicht realisiert wird, hängt oft von so banalen Dingen wie der Verfügbarkeit der Mittel ab. Deshalb richten sich bestehende oder potenzielle Präventionsmassnahmen auf die Eliminierung von Suizidmethoden oder den erschwerten Zugang dazu aus. Eine in diesem Sinne vor Jahren erfolgreich vollzogene Massnahme ist die Entgiftung von Kochgas. Ein weiteres Beispiel einer - allerdings verpassten - Massnahme war in der Waffenschutzinitiative im vergangenen Frühling angelegt.

Vor allem bei Kurzschlusshandlungen können Suizide verhindert werden, wenn der Suizidwillige sein bevorzugtes Mittel zum Suizid nicht vorfindet oder auf Hindernisse bei der Beschaffung stösst (keine Waffe zu Hause, die bevorzugte Brücke mit Fangnetzen gesichert). Ist die Tötungsmethode nicht anwendbar, weichen die Betroffenen in der Regel nicht kurzfristig auf eine andere Methode aus. Wie der Begriff Kurzschlusshandlung deutlich macht, ist die dadurch gewonnene Zeit von Bedeutung, weil sie den suizidwilligen Menschen wieder „zur Vernunft“ bringen kann (Kurzschluss-handlungen geschehen wie in Trance).

Eine Untersuchung aus dem Jahre 2006, die durch das Bundesamt für Strassenverkehr ASTRA durchgeführt wurde, identifizierte schweizweit alle Brücken, die eine sehr hohe Suizidrate aufwiesen. Insgesamt wurden 23 Brücken ermittelt, an denen mehr als 0,5 Suizide pro Jahr verübt wurden. Der Kanton Zürich weist keine solche Brücke auf.

Massnahme
Evaluation und Monitoring von Hotspots für Suizide durch Stürze und Eisenbahn ¹⁹ ²⁰
Sicherung von identifizierten Hotspots
Rückrufkampagnen für Waffen und Sicherheitsmassnahmen zum Schutz vor Waffen

¹⁹ Im Rahmen der gesamtschweizerischen Evaluation, die durch Thomas Reisch durchgeführt wurde, werden auch Zahlen aus dem Kanton Zürich vorliegen. Diese beruhen auf Daten der Polizeistatistik und sind, wie der Abgleich mit Daten aus der Todesursachenstatistik gezeigt hat, unvollständig.

²⁰ Der bekannteste Hotspot in Zürich ist der Bahnhof Stadelhofen. Sicherheitsmassnahmen sind keine bekannt.

technische und infrastrukturelle Erleichterungen der Deponierung von Dienstwaffen
periodische Rückrufkampagnen für Waffen und Munition in Privatbesitz
Rückrufaktionen für nicht mehr benötigte oder abgelaufene Medikamente in Zusammenarbeit mit Hausärzten, Apotheken, Spitex
Statistisches Monitoring der Suizide, der Suizidversuche und von selbstverletzendem Verhalten

7.2 Risikogruppenspezifische Prävention (Säule 2)

Hier richtet sich der Präventionsansatz an jene Menschen, die ein erhöhtes Risiko zum Suizid aufweisen (siehe 6.1). Dabei wird nach vorbeugenden Faktoren bezüglich Verhalten und Verhältnisse der unterschiedlichen Risikogruppen gesucht, um ihre momentane kritische Lebenssituation heil zu überstehen und zu verbessern.

Jede Risikogruppe verlangt nach einem eigenen spezifischen Zugang und benötigt eigens für sie zugeschnittene Projekte, Programme und Angebote. Die Arbeit mit Risikogruppen ist meist verbunden mit der Sensibilisierung und Weiterbildung von Multiplikatoren, die sich im Umfeld der Risikogruppen bewegen oder mit ihnen arbeiten.

Massnahme
Unterstützung von Selbsthilfegruppen (Hinterlassene, Angehörige, Partner nach Suizid)
Nachsorge nach Suizidversuch
Nachsorge nach Entlassung aus psychiatrischer Institution
Green Cards ²¹ (siehe 11.3.1-Ad 4)
Intervention und Nachsorge nach kritischen Lebensereignissen (Verwitmung, Trennung usw.)
spezifische Projekte für einzelne Risikogruppen (z.B. Menschen mit Suizidversuch, mit Suchtstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Menschen nach Partnerverlust usw.)
Informationsmaterial, Aufklärung für einzelne Risikogruppen

7.3 Prävention von Imitationshandlungen (Säule 3)

In der Prävention von Imitationshandlungen spielen die Medien und ihre Berichterstattung eine ganz entscheidende Rolle. Es wird oft unterschätzt, dass Menschen in Situationen von psychischer Labilität durch unprofessionelle, drastische Medienberichte in ihrer Einstellung zum Suizid und einer allfälligen Suizidabsicht konkret bestärkt werden. Problematisch sind emotionalisierende, mythologisierende und reisserische Berichte. Je mehr Aufmerksamkeit diesen Berichten

²¹ Informationskärtchen mit Adressen für den Krisenfall

zugesprochen wird (Titelseite, prominente Person, Nennung der Suizidmethode und des Suizidortes), desto höher ist das Risiko der Nachahmung gegeben.

Es gibt aber auch den umgekehrten Effekt: Berichte über positive Krisenbewältigung in den Medien können präventiv wirken.²² Dieser Effekt wird auch „Papageno-Effekt“ genannt. Neben dem Gefahrenpotential des negativen Imitationseffekts kann es also auch einen suizidpräventiven Effekt medialer Berichterstattung geben - die Hypothese lautet, dass Medienberichte nicht nur Suizide auslösen, sondern auch Suizide verhindern können. Diesen positiven Effekt auf die Bevölkerung durch die Suizidberichterstattung entsprechend herauszuarbeiten, ist eine journalistische Herausforderung und für die Suizidprävention von Bedeutung.

Massnahme
Schulung von Medienfachleuten zum Thema Berichterstattung über Suizide
Verbreitung der Medienguidelines
Monitoring der Berichterstattung über Suizide
Schulung von Institutionen (Schulen usw.) für die Fachpersonen Kommunikation von Suiziden

7.4 Einbindung von Multiplikatoren (Säule 4)

Um bestehende Settings für direkte Suizidprävention nutzen zu können, ist eine Schulung von Fachleuten als Multiplikatoren nötig, die in Aus- und Weiterbildung, sozialen Institutionen, Gefängnissen, im Arbeits- und Freizeitbereich von Jugendlichen und von Männern und Frauen jeden Alters zu tun haben. Das sind im einzelnen Ärzte, Psychologen, Pflegeberufe, Apotheker, Pfarrer, Bestatter, Vorgesetzte, Feuerwehrleute, Sanitäter, Polizisten, Lehrer, Lehrlingsausbildner, Jugendarbeiter, Sozialarbeiter, Gefängnispersonal, Sportcoaches, Journalisten, Medienschaffende usw. Diese Berufsgruppen für Suizidentstehung und deren Früherkennung und Frühintervention zu sensibilisieren, ist eine erfolgsversprechende Massnahme. Sie hat in anderen Problemfeldern wie etwa in der Sucht- und Gewaltprävention ihre Wirksamkeit gezeigt. Einer besonderen Beachtung bedürfen dabei die Fachpersonen aus dem Medienbereich.

Massnahme
Guidelines für Betreuung und Unterstützung von unmittelbar beruflich Betroffenen (Lokomotivführer, Polizei- und Feuerwehrmitarbeitende usw.)
Helpline für Fachpersonen und Multiplikatoren
Ausbildungsmodule und Weiterbildungsmodule für verschiedene Multiplikatoren
Erarbeitung von Kriseninterventionsplänen und Frühinterventionskonzepten (Schulen)

²² Harsieber R.: Wie Medien Selbstmorde fördern oder verhindern, 5.10. 2010

7.5 Inanspruchnahme von Hilfe in Krisensituationen und bei psychischen Krankheiten und Beschwerden (Säule 5)

Menschen in akuten Krisensituationen haben kaum mehr die Kraft, sich an Hilfsstellen zu wenden. Dieses Faktum wird verstärkt, wenn die Erreichbarkeit der Hilfe für den Betroffenen mit Schwierigkeiten verbunden ist oder keine klare Zuständigkeit ersichtlich ist. Auch Angehörige wissen oft nicht, wo sie sich kurzfristig beraten lassen können und Hilfe erhalten. Die Bewältigung von Krisen und die Verhinderung von Kurzschlusshandlungen setzen dementsprechend ein niederschwelliges unkompliziertes Hilfs- und Beratungsangebot voraus. Die Voraussetzung für dessen Benutzung ist, dass die Bevölkerung für das Angebot sensibilisiert wird, um es in Krisensituationen zu nutzen.

Massnahme
Kriseninterventionszentren (KIZ) für Jugendliche und Erwachsene
Öffentlichkeitsarbeit (Aufklärung, Information, Entstigmatisierung, periodische Kampagnen)
Unterrichtsmaterialien zur psychischen Gesundheit für die Schulen, ergänzt durch die Themen psychische Krankheiten und Suizidalität und Suizidprävention
Einbezug bestehender Beratungsstellen (Jugend, Sucht, Alter) in die Suizidprävention
Entwicklung und Umsetzung gemeindebezogener Aktionen zur psychischen Gesundheit (Beispiel Richterswil: „Glücksfall Leben“)

7.6 Strategie-, Steuerungs- und Koordinationsmassnahmen

Verschiedenste Berufszweige (Psychiatrie, Psychologie, Ärztliche Grundversorger, Seelsorge, Pädagogik, Sanität, Polizei, Feuerwehr usw.) und deren Funktionen sind wichtige Teilhaber einer indirekten Suizidprävention. Das kantonale Gesundheitsversorgungssystem, bestehend aus Notfalldiensten, Beratungs- und Betreuungsangeboten im stationären wie im ambulanten Bereich, ist somit für die Suizidprävention von immenser Bedeutung. Durch eine verbesserte interprofessionelle Vernetzung der beteiligten Berufsgruppen mit einer zweck- und zielgerichteten Koordination der Handlungsabläufe zwischen den verschiedenen Institutionen sowie des Angebots von spezifischem Fachwissen aus der klinischen und epidemiologischen Suizidforschung können die Bereiche der indirekten Suizidprävention für die direkte Suizidprävention optimaler genutzt werden. Zusätzlich bedarf es einer übergeordneten aktiven Steuerung und Koordination, um eine kantonale Strategie zur Suizidprävention wirksam umzusetzen.

Massnahme
Suizidrapport
Kompetenzzentrum oder Fachstelle

8. ÜBERSICHT ÜBER DIE SITUATION IM KANTON ZÜRICH

Dieses Kapitel beinhaltet in einem ersten Teil (8.1) eine Übersicht über die bestehenden Aktivitäten, Bemühungen und Projekte zur Suizidprävention im Kanton Zürich. Der zweite Teil (8.2) zeigt diejenigen Massnahmen auf, die als erforderlich bezeichnet wurden. Im dritten Teil des Kapitels (8.3) wird von den Autoren eine Einschätzung der Öffentlichkeits- und Medienarbeit im Kanton Zürich gemacht. Unter 8.4 beleuchten wir Konzepte und Berichte des Kantons Zürich, die indirekt mit der Suizidprävention zu tun haben oder Suizid explizit berücksichtigen (Rahmenkonzept zur Prävention psychischer Krankheiten).

Die Übersicht der bestehenden Angebote im ersten Teil (8.1) ist neben den uns bekannten Aktivitäten des FSSZ, durch Hearings, Interviews mit Experten und mittels einer schriftlichen Umfrage ermittelt worden. Ebenso der zweite Teil (8.2) mit den Aussagen über die erforderlichen oder wünschbaren Angebote und Massnahmen im Kanton Zürich.

Experten

Hearings mit Fachpersonen aus der Praxis (Jugendberatung, „Die Dargebotene Hand“, Städtischer Gesundheitsdienst usw.).

Interviews

Persönliche Gespräche mit einzelnen Fachpersonen verschiedener Berufsgruppen und einer Betroffenen (Seelsorger, Psychiater, Lehrperson, Mutter eines verstorbenen Jugendlichen, Kantonalen Beauftragter für Suchtprävention und Gesundheitsförderung).

Schriftliche Umfrage

Es wurden 220 Institutionen und Verbände angeschrieben in den Bereichen Ärzteschaft, Psychiatrie, Psychologie Psychiatrische Einrichtungen, Sozialpsychiatrie, Schulen, Jugendberatung, Suchtpräventionsstellen, Beratungsangebote, verschiedene Fachstellen, Blaulicht, Gefängnisse und religiöse Gemeinschaften. Die Umfrage erstreckte sich im Zeitraum von November bis Dezember 2010. Mit dem Rücklauf von 81 ausgefüllten Fragebogen (37%) war sie ein bemerkenswerter Erfolg.

Den Experten, den Fachleuten und den Organisationen wurden folgenden drei Fragen zur Suizidprävention im Kanton Zürich gestellt:

Frage 1

Welche suizidpräventiven Projekte, Angebote und/oder Massnahmen gibt es in Ihrem Arbeitsbereich oder in Ihrem weiteren Umkreis?

Frage 2

Welche suizidpräventiven Projekte, Angebote und/oder Massnahmen sind Ihrer Ansicht nach im Kanton Zürich erforderlich?

Frage 3

Welche suizidpräventiven Projekte, Angebote und/oder Massnahmen sind Ihrer Ansicht nach in Ihrem Arbeitsbereich erforderlich?

8.1 Welche suizidpräventiven Projekte, Angebote und/oder Massnahmen sind im Kanton Zürich vorhanden? (zur Frage 1)

Die aufgeführten direkten und indirekten Angebote und Massnahmen im Kanton Zürich dürfen nicht als vollständig betrachtet werden. Die Auflistung sagt nichts über die Qualität aus.

8.1.1 Ergebnis aus dem Hearing mit dem FSSZ

In Zürich engagiert sich das Forum für Suizidprävention und Suizidforschung (FSSZ) für eine direkte Suizidprävention. Der Verein bietet Fachleuten eine Plattform zum Austausch und zur Projektentwicklung. Die Verbindung von Forschung, Projektarbeit und Konzeptarbeit macht das FSSZ zu einer Institution, die vor allem die Eigenschaften eines Think Tanks hat.

Die Angebote und Aktivitäten des FSSZ für Risikogruppen (Säule 2), Multiplikatoren (Säule 4), Hilfe in Krisen (Säule 5) und die Koordination von Versorgungsangeboten sind:

- Flyer für Jugendliche: „Geh nicht, bevor du gelebt hast“; Flyer für Erwachsene: „Sackgasse“
- Broschüren: „Suizidprävention im Schulfeld“; „Den Kindern helfen“ (wie sprechen wir mit Kindern über einen Suizid in der Familie)
- www.feelok.ch für Jugendliche und Lehrpersonen. Das internetbasierte Programm wurde mit dem Thema Suizidalität ergänzt
- Projekt für die Risikogruppe der Verwitweten: nach Verlust des Partners entwickelt jeder zweite Mann und jede vierte Frau Suizidgedanken
- Suizidrapporte Stadt Zürich und Winterthur
Die Suizidrapporte sind regionale interdisziplinäre Vernetzungs- und Austauschgremien. Diese finden drei- bis sechsmonatlich statt und erlauben unter Wahrung der Schweigepflicht und

Verzicht auf ein Protokoll den vertraulichen Dialog zwischen Vertretern aller von Thema Suizidalität betroffener professioneller Institutionen. Beteiligte sind u.a. Psychiater, Notfallärzte, Psychologen und Seelsorger daneben Vertreter der Notfallstationen, der Polizei, Feuerwehr, des Rettungsdienstes, des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes sowie Fachleute aus der Jugendhilfe, dem Bildungs- und Alterswesen. Hier werden Absprachen getroffen für eine möglichst reibungslose Zusammenarbeit der verschiedenen Hilfs- und Dienstleistungsstellen bei einer akuten Suizidgefährdung oder einem Suizidversuch. Dank der Suizidrapporte werden auch die Lücken der Suizidverhütung in verschiedenen Bereichen sichtbar wie z.B. in den Notfalldiensten, bei Notfallplatzierungen oder bei der Sicherung von Hotspots.

8.1.2 Ergebnis aus der schriftlichen Umfrage

Die wichtigsten Projekte, Angebote und Massnahmen, die in der schriftlichen Umfrage zur Suizidprävention im Kanton Zürich genannt worden sind, werden im Folgenden gemäss dem 5-Säulenmodell präsentiert.

Für den Bericht sind vor allem die direkten Angebote und Massnahmen zur Suizidprävention im Kanton Zürich von Bedeutung. Deshalb sind hier möglichst viele der erwähnten direkten Angebote und Massnahmen aufgeführt.

8.1.2.1 Nennungen zu Suizidmethoden (Säule 1)

Direkte Angebote/Massnahmen

Indirekte Angebote/Massnahmen

Keine Nennungen (wie z.B. Sicherung von Hotspots usw.).

8.1.2.2 Nennungen zu Risikogruppen (Säule 2)

Direkte Angebote/Massnahmen

Für Hinterbliebene

- „Nebelmeer“ ist eine geführte Selbsthilfegruppe für junge Menschen, die einen Elternteil durch Suizid verloren haben (www.nebelmeer.net)
- „Refugium“ ist eine geführte Selbsthilfegruppe für erwachsene Hinterbliebene nach Suizid (www.verein-refugium.ch)
- Angebote der Fachstelle Kirche und Jugend vom evang.-ref. Stadtverband Zürich

Für Menschen in belastenden Berufen (Blaulicht)

- Betriebsinterne Anlaufstellen zur Beratungen von Mitarbeitenden (Abt. Betriebs- und Polizeipsychologie der Kantonspolizei; ebenso Stadtpolizei; Schutz und Rettung)
- Beratung von Angehörigen und Umgang mit suicidalen Patienten (Angebote VASK Zürich - Vereinigung für Angehörige von Schizophrenie- und Psychischkranken)

Für die gefährdete Schülerschaft

- Anlauf- und Beratungsmöglichkeiten als Angebote in verschiedenen Berufs- und Mittelschulen
- Vorstellen von niederschweligen Beratungsangeboten (z.B. „Tel.147“), Schulsozialarbeit und Jugendberatungen in diversen Oberstufenschulen

Für suicidalgefährdete Ärzte

- Anlaufstelle „ReMed“, Unterstützungsnetzwerk für Ärztinnen und Ärzte, Schweiz

Indirekte Angebote/Massnahmen

Als indirekte Angebote, die sich an eine spezielle Zielgruppe wenden, wurden genannt: die Fachstelle Alter und Arbeit und die Sozialberatung der Pro Senectute Kanton Zürich; die Intensivberatung für Lehrpersonen mit Burnout der Pädagogischen Hochschule Zürich; die Angebote für Jugendliche mit starkem Suchtmittelkonsum der Stellen für Suchtprävention im Kanton Zürich; diverse Fachstellen wie z.B. Fachstelle für interkulturelle Suchtprävention, Beratungsstelle für Homosexualität usw.

8.1.2.3 Nennungen zu Imitationshandlungen (Säule 3)

Direkte Angebote/Massnahmen

Indirekte Angebote/Massnahmen

Keine Nennungen - bis auf den Hinweis aus dem Bereich Schule, der die Broschüre „Richtlinien für Schulen bei einem Suizid“ nennt.

8.1.2.4 Nennungen zu Multiplikatoren (Säule 4)

Direkte Angebote/Massnahmen

- Projekt „Suizid und Krise“: Interne Fortbildungen zum kompetenten Beobachter für Mitarbeitende der Universität Zürich und der ETH durch die Psychologische Beratungsstelle für Studierende
- Jährliche Kursausreibungen zum Thema Suizidalität für Schulleitungen und Lehrpersonen der PHZH

- Weiterbildungsangebote im Zusammenhang mit Frühintervention für Berufs- und Mittelschulen
- Weiterbildung betreffend Suizidalität von betreuenden Fachpersonen Stadtärztlicher Dienst
- Personalschulung Interessensgemeinschaft für Sozialpsychiatrie Zürich
- Interne Weiterbildungen in diversen psychiatrischen Einrichtungen
- Angebot Interdisziplinäre Weiterbildungen (Seelsorger, Transport- und Notfallsanitäter, Polizei, Feuerwehr durch ref. Landeskirche)

Indirekte Angebote/Massnahmen

Folgende indirekte Angebote wurden beispielsweise angegeben: Elternbildungsveranstaltungen mit den Themen Pubertät, Krise usw.; Weiterbildungsangebote für Ausbildungsverantwortliche; Coaching; Gruppensupervisionen zum Umgang mit schwierigen Jugendlichen; Gesundheitsfördernde Schulen mit der zusätzlichen Weiterbildung zur Kontaktlehrperson in Gesundheitsförderung und Prävention. Diverse Weiterbildungen und Projekte zur psychischen Gesundheit für verschiedene Berufsgruppen.

8.1.2.5 Nennungen zu Hilfe in Krisen (Säule 5)

Direkte Angebote/Massnahmen

- Kriseninterventionszentren Zürich und Winterthur; Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste
- Niederschwellige Sprechstunde und aufsuchende Hilfe (einzige psychiatrische Institution in Zürich mit mobilem Team), Psychiatrisch-Psychologischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst
- Gute Diagnostik bei Jugendlichen/Erwachsenen mit psychischen Störungen sind Antworten von diversen psychiatrischen Einrichtungen
- Instrumente zur Suizidalitäts-Einschätzung (z.B. PRISM-S wird im Rahmen von Therapiesprächen angewendet)
- Notfallpsychiatrischer Hintergrunddienst für Hausärzte (Bezirk Winterthur)
- Kriseninterventionspläne an Berufs- und Mittelschulen
- Handlungsanleitungen „Was tun bei suizidalem Verhalten?“ für Oberstufenschulen der Stadt Zürich (ist im Entstehen) vom Gesundheitsdienst der Stadt Zürich

Indirekte Angebote/Massnahmen

In den Antworten wurden genannt: Schulpsychologischer Dienst; Frühinterventionskonzepte an Schulen ohne spezifisches Wissen zu Suizidalität; Jugendberatungsstellen, die „Krisenintervention mit suizidpräventivem Charakter“ aufführen; niederschwellige Beratungsstelle der Jugendseelsorge. Sexualpädagogische und suchtpreventive Angebote.

8.1.2.6. Nennungen zu Strategie-, Steuerungs- und Koordinationsmassnahmen

Direkte Angebote/Massnahmen

- Suizidrapporte Zürich und Winterthur und Arbeitsgruppe Suizidprävention²³ des FSSZ

Indirekte Angebote/Massnahmen

Hier wurden aus dem Bereich der Psychologie epidemiologische Arbeiten genannt.

8.1.2.7 Fazit zu den im Kanton Zürich vorhandenen suizidpräventiven Projekten, Angeboten und/oder Massnahmen

Direkte Angebote/Massnahmen

Wie durch die Befragung sichtbar wird, setzen sich im Kanton Zürich zwei private Organisationen ausschliesslich für eine direkte Suizidprävention im öffentlichen Raum ein. Das FSSZ legt seine Schwerpunkte auf die Öffentlichkeits- und Vernetzungsarbeit und einzelne Projekte. Der Verein Refugium (schweizweit) auf die Hinterbliebenenarbeit (Risikogruppen). Beide Vereine haben minimale personelle und finanzielle Ressourcen zur Verfügung und die Vereinsmitglieder engagieren sich ehrenamtlich. Es kann somit keine systematische, kontinuierliche Suizidprävention betrieben werden.

Im grösseren Umkreis sind es die Notfall- und medizinisch-psychiatrischen Dienste, die angeben, durch spezifische Aus- und Weiterbildungen ihres Personals und mit einer guten Diagnostik die Suizidthematik professionell miteinzubeziehen.

In den weiteren medizinischen, psychosozialen, psychologischen, sozialpädagogischen und pädagogischen Institutionen und bei themenspezifischen Fachstellen sowie im Strafvollzug ist die Suizidproblematik eines von vielen Themen, das aktuell werden kann und bewältigt werden muss. Vereinzelt werden spezifische Weiterbildungen angeboten oder einzelne Projekte vor allem im Beratungsbereich ins Leben gerufen. Doch in der Regel hängen suizidpräventive Aktivitäten weitgehend von der Weitsicht und dem bestehenden Engagement einzelner Menschen in den Institutionen ab. Da kaum personelle, zeitliche und finanzielle Ressourcen zur Verfügung stehen oder budgetiert werden, bleibt es oft bei spontanen Aktionen, die langfristig nicht in die bestehenden Strukturen implementiert werden.

In Schulen bestehen zum Teil Frühinterventionskonzepte, die Suizidprävention in den meisten Fällen nur am Rande miteinbeziehen. Für das Erkennen von Suizidgefährdungen und für

²³ Arbeitsgruppe bestehend aus Mitgliedern des Forums für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich (Vertreter aus der Praxis wie Jugendberatung, Dargebotene Hand, Kriseninterventionszentrum usw.)

konkrete Notfallsituationen bei Suizidversuchen und Suizid wird für die städtischen Schulen vom Gesundheitsdienst der Stadt Zürich ein Leitfaden entwickelt. Viele Berufs- und Mittelschulen geben an, schuleigene Anlaufstellen oder Beratungsangebote für ihre Schülerschaft anzubieten und sich der Problematik bewusst zu sein.

Gemäss dem 5-Säulenmodell bestehen im Kanton Zürich Angebote für die Risikogruppen Hinterbliebene und Verwitwete, punktuelle Angebote für Multiplikatoren sowie einige Aktivitäten zur Bekanntmachung von Hilfsstellen für Menschen in Krisensituationen mit dem Fokus auf Suizidgefährdungen. Die Säulen Suizidmethoden und Imitationshandlungen werden nicht genannt. Im Bereich der Vernetzung des Versorgungssystems bezüglich Suizid bestehen die zwei Suizidrapporte für die Städte Zürich und Winterthur.

Indirekte Angebote/Massnahmen

Der Kanton Zürich hat eine überdurchschnittlich gute Versorgung im Bereich psychische Gesundheit.

8.2 Welche suizidpräventiven Projekte, Angebote und/oder Massnahmen sind Ihrer Ansicht nach in Ihrem Arbeitsbereich oder im Kanton Zürich erforderlich? (Zu Frage 2 und 3)

8.2.1 Ergebnis aus dem Hearing mit dem Suizidrapport Zürich und der Arbeitsgruppe Suizidprävention

Der *Suizidrapport Zürich* formuliert die folgenden Anliegen für direkte Massnahmen. Im Vorfeld von offensichtlicher Suizidgefahr oder von Suizid(-versuchen) zeigt sich ein Wildwuchs von Angeboten, die im realen Einzelfall nicht immer befriedigend sind. Das Problem zeigt sich weniger in der Quantität von Leistungen und Leistungserbringungen, sondern eher in

- der mangelhaften Vernetzung und Koordination
- dem Mangel an 24 h-Angeboten mit niederschwelligem Zugang
- der Fokussierung auf partielle Lösungen an Stelle ganzheitlicher Betrachtung
- der sehr teuren, aber nicht auf Nachhaltigkeit ausgerichteten Notfallintervention

Durch die *AG Suizidprävention* (Fachleute aus der Praxis wie Jugendberatung, Kriseninterventionszentrum, „Die Dargebotene Hand“ usw.) sind die folgenden am häufigsten genannten Anliegen für direkte Massnahmen formuliert worden:

- das bestehende Angebot sollte Erreichbarkeit gewährleisten

- es gibt viele Angebote, doch Bevölkerung wie Fachleute wissen oft nicht, bei wem sie sich bei der Suizidgefährdung eines Angehörigen oder Klienten Hilfe holen können (Suizid steht nirgends im Namen einer Fachstelle)
- es braucht eine Notfallsprechstunde für Schulen, Fachstellen, Eltern usw., die Kurzberatung und Triage machen kann (24-h-Dienst)
- effizientere Zuweisungen wären zeit- und kostensparend
- suizidgefährdete Jugendliche fallen durch die Maschen; das Kriseninterventionszentrum Zürich greift erst ab 18 Jahren; Jugendliche brauchen eine niederschwellige unkomplizierte Anlaufstelle
- der Anschluss an die längerfristige Versorgungskette ist bei Notfällen oft nicht gewährleistet

8.2.2 Ergebnis aus der schriftlichen Umfrage

8.2.2.1 Nennungen zu Suizidmethoden (Säule 1)

Direkte Angebote/Massnahmen

- Hotspots sichern
- An Hotspots Hinweise auf Telefonnummern von Anlaufstellen
- Waffenschutzinitiative; Waffenverbote

Die Nennungen stammen aus den Bereichen: Psychiatrie, Jugendberatung, Suchtpräventionsstellen, Beratungsangebote.

Indirekte Angebote/Massnahmen

Keine Nennungen.

8.2.2.2 Nennungen zu Risikogruppen (Säule 2)

Direkte Angebote/Massnahmen

- Unterstützungsangebote für Schulabgänger, Lehrlinge, volljährige Jugendliche bei Arbeitslosigkeit bzw. Stellenabbau
- altersspezifische Angebote/Massnahmen insbesondere für das höhere Lebensalter
- Massnahmen für sozial isolierte ältere Menschen
- Suizidprävention im Alter
- Flyer für Jugendliche mit Notfallnummern/Information
- Leitfaden für Schulleitungen und Lehrpersonen für den adäquaten Umgang mit einem Suizidereignis
- Förderung von präventiven Hausbesuchen durch Kanton und Gemeinde; usw.

Die Nennungen stammen aus den Bereichen: Psychiatrie, Psychologie, Sozialpsychiatrie, Schule, Beratungsangebote, verschiedene Fachstellen, Blaulicht.

Indirekte Angeboten/Massnahmen

- störungsspezifische Massnahmen für psychische Störungen wie Schizophrenie, Trauma, Angststörungen, Substanzabhängigkeit
- Projekte gegen Homophobie
- Angebote, Weiterbildung für Therapeuten und Schulsozialarbeiterinnen usw. zum Thema Homosexualität; usw.

Die Nennungen stammen aus den Bereichen: Psychologie, Beratungsangebote, verschiedene Fachstellen.

8.2.2.3 Nennungen zu Imitationshandlungen (Säule 3)

Direkte Angebote/Massnahmen

Indirekte Angebote/Massnahmen

Keine Nennungen.

8.2.2.4 Nennungen zu Multiplikatoren (Säule 4)

Direkte Angebote/Massnahmen

- Befähigung zur Handhabung von Suizidgefährdeten für Hausärzte, Spezialärzte, Somatiker, Lehrpersonen, Vorgesetzte, neue Mitarbeitende, Treffpunktmitarbeitende, Berater, Elternbildnern und Peers
- Institutionalisierte Diskussionen zum Thema Suizidalität
- Indikatorenliste zur Früherkennung von Suizidalität
- Thematik im Schulunterricht durch Fachpersonen einbringen
- Elternbildungsangebote Suizidprävention
- Konzept, wie und was nach Suizidfall unternommen werden muss; gute, flächendeckende Information an Schulen; Elternabende
- Leitfaden für psychosoziale Beratung von Suizidalen bzw. suizidgefährdeten Klienten; usw.

Die Nennungen stammen aus den Bereichen: Psychiatrie, Psychiatrische Einrichtungen, Sozialpsychiatrie, Schule, Jugendberatung, Suchtpräventionsstellen, Beratungsangebote, verschiedene Fachstellen.

Indirekte Angebote/Massnahmen

- öffentliche Veranstaltungen zum Thema „Umgang mit Krisen im Jugendalter“

- Diskussionsforen betreffend Resilienz und konkreter Umsetzung im Arbeitsfeld
- Stärkung des Umfelds gefährdeter Personen
- Zusammenarbeit mit Arbeitgebern und Schulen

Die Nennungen stammen aus den Bereichen: Psychiatrie, Psychiatrische Einrichtungen, Sozialpsychiatrie, Schule, Jugendberatung, verschiedene Fachstellen.

8.2.2.5 Nennungen zu Hilfe in Krisen (Säule 5)

Direkte Angebote/Massnahmen

- enttabuisierende Informationskampagne für Allgemeinbevölkerung mit Info über Anlaufstellen/Angebote
- niederschwelliger und hochverfügbarer Zugang zu jugendpsychiatrischer Behandlung; auch sofort verfügbare Plätze für Jugendliche (Nachtklinik, Akutstationen, betreute Wohngruppen usw.)
- stationäres Kriseninterventionszentrum für Jugendliche
- unkomplizierter Zugang zu Notfallpsychiater und Polizei (brauchbare Telefonnummern)
- Koordinations- und Beratungsstelle (nicht nur Bürozeiten) für suizidgefährdete Personen (Triage, Beratung, Organisation von Selbsthilfegruppen usw.)
- mehr psychiatrische Praxen im Landbereich bewilligen
- Nottelefon, niederschwellige Sofortberatungsangebote (Telefon, Helpline, Internet, Twitter, usw.)
- Fachstelle mit Profis im Suizidbereich
- Adressliste von Angeboten; unbürokratische, jederzeit verfügbare Angebote

Die Nennungen stammen aus den Bereichen: Ärzteschaft, Psychiatrie, Psychologie, Sozialpsychiatrie, Schule, Jugendberatung, Suchtpräventionsstellen, verschiedene Fachstellen, Blaulicht.

Indirekte Angebote/Massnahmen

- Gesundheitsfördernde Projekte auch im Schulbereich
- Infos/Plakate für niederschwellige Angebote
- Unterstützung der Lehrerschaft (Entlastung für Zusatz Tätigkeiten: Gespräch, Telefonate usw.)
- Angebote durch externe Stelle: flächendeckende Sexualpädagogik auf allen Schulstufen
- spezielle Projekte im Bereich Mental Health/Depression/Krise (analog Kt. Zug)
- Projekte, welche die positive Denkweise eines Menschen schulen; usw.

Die Nennungen stammen aus den Bereichen: Ärzteschaft, Schule, Jugendberatung, Suchtpräventionsstellen, Religionsgemeinschaften.

8.2.2.6 Nennungen zu Strategie-, Steuerungs- und Koordinationsmassnahmen

Direkte Angebote/Massnahmen

- Koordination/Koordinationsstelle aller Angebote und Massnahmen, die darüber informiert, wo was stattfindet, die Zusammenarbeit unterstützt und neue, innovative Projekte fördert
- Lehrpersonen müssen die Ämter kennen, die zusätzlich unterstützend helfen, Adress- und Telefonlisten
- Optimieren der Koordination und des Informationsflusses unter den Beteiligten
- kontinuierliche Vernetzung zwischen den Institutionen oder Jugendhilfen
- Suizidpräventionskonzept soll sichtbar machen, wo Lücken sind, welche neuen Angebote entwickelt werden sollten und wo Synergien genutzt werden können
- Einbezug suizidpräventiver Angebote in bestehende Strukturen und Aktivitäten im Bereich psychischer Gesundheit/Intervention und Gewaltprävention
- ein vernetztes Angebot soll in allen Bezirken des Kanton Zürich zur Verfügung stehen

Die Nennungen stammen aus den Bereichen: Psychiatrie, Psychiatrische Einrichtungen, Sozialpsychiatrie, Schule, Suchtpräventionsstellen, Beratungsangebote, verschiedene Fachstellen, Religionsgemeinschaften.

Indirekte Angebote/Massnahmen

- ideeller und finanzieller Support
- wissenschaftliche Grundlagen im Zusammenhang mit Sucht, Suizid, Depression

Die Nennungen stammen aus den Bereichen: Psychologie, Psychiatrische Einrichtungen, Beratungsangebote, verschiedene Fachstellen.

8.2.2.7 Fazit zu den im Kanton Zürich *erforderlichen* suizidpräventiven Projekten, Angeboten und/oder Massnahmen

Aus fast allen Versorgungsrichtungen wie Psychiatrie, Sozialpsychiatrie, psychosoziale Beratung und aus dem Bildungswesen kommen Hinweise über Mängel im Bereich Inanspruchnahme von Hilfe (Säule 4). Die Nennungen kreisen um ein unkompliziertes, niederschwelliges und jederzeit erreichbares Beratungs- und Auskunftsangebot für Angehörige und Fachpersonen, z.B. Kurzberatungen bei Unsicherheiten, Nachfragen zu Projekten, Vermittlung adäquater Angebote, Auskünfte über freie Kapazitäten in der bestehenden Versorgungskette (stationär wie ambulant) usw.

Der Notwendigkeit von Koordination und Vernetzung der Notfallangebote, Hilfsangebote, Projekte und Informationen in allen Bezirken des Kantons sowie der Notwendigkeit einer Gesamtplanung

von Aktivitäten wird von den meisten Organisationen und Institutionen eine hohe Priorität zugemessen (Kompetenzzentrum/Fachstelle). Für Angebote und Massnahmen im Bereich Risikogruppen stehen die Gruppe der alten isolierten Menschen und die Gruppe der Jugendlichen bei den Nennungen im Vordergrund. Es werden Angebotsdefizite für gefährdete Jugendliche im psychiatrischen Bereich (ambulant wie stationär) wie auch niederschwellige nicht psychiatrisierende Anlaufstellen von den verschiedensten Berufsgruppen aufgeführt. Auch eine vermehrte Aufklärung über Suizidalität in der Schule wird gefordert. Im Bereich der Multiplikatoren werden vor allem Schulungen für Hausärzte, Spezialärzte und Lehrpersonen in Früherkennung und Frühintervention sowie spezifischere Kenntnisse beim Vorgehen im Notfall gewünscht. Ein Manko der Weiterbildung und Unterstützung von Schulen wird auffallend häufig von der Psychiatrie genannt.

Die Sicherung von den für Suizid am häufigsten benutzten Hochhäusern, Brücken und Bahngleisen wird als zukünftig notwendige Massnahme von einigen Institutionen erwähnt, Medienarbeit und Prävention von Imitationshandlungen jedoch kaum. Unseres Erachtens ist der direkte Einfluss der Medien für Imitationshandlungen vielen Institutionen und Organisationen bewusst, doch ist das Thema in ihrem Arbeitsfeld nicht prioritär.

8.3. Bestehende Angebote zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit im Kanton Zürich

8.3.1 Öffentlichkeitsarbeit

Ausser dem beschränkten Angebot des FSSZ bestehend aus dem Flyer „Geh nicht, bevor du gelebt hast“ für Jugendliche, einem Flyer für Erwachsene, Informationen für Seelsorger betreffend Verwitwete sowie Informationen für Schulen ist kein Dokumentationsmaterial für die breite Öffentlichkeit oder spezifische Risikogruppen vorhanden, das kontinuierlich eingesetzt werden könnte.

Der 10. September als Welt-Suizid-Präventionstag wird von privaten Organisationen unterschiedlich genutzt, um die Öffentlichkeit durch Aktionen oder Medienmitteilungen auf die Suizidproblematik aufmerksam zu machen. In Zürich findet jeweils eine öffentliche Gedenkveranstaltung für Angehörige statt.

Die Öffentlichkeitsarbeit erschöpft sich im Kanton Zürich in vereinzelt privaten Aktionen mit wenig Nachhaltigkeit.

8.3.2 Medienberichterstattung

In den letzten Jahren ist das Interesse an Fachartikeln über Suizid und an Medienberichten über Präventionsmöglichkeiten leicht angestiegen. Suizid ist nicht mehr nur ein Thema, wenn sich gerade ein Suizid ereignet hat. Im Zusammenhang mit der Abstimmung über die Schusswaffeninitiative war Suizidprävention jedoch kein ausschlaggebender oder überzeugender Grund für ein Ja der Bevölkerung.

Medienberichte über Suizide, z.B. der Suizid des 12-jährigen Schülers aus Bonstetten, zeigen oft das fehlende Wissen der Medien über eine verantwortungsvolle Berichterstattung auf. Es fehlt die Sensibilität dafür, wie ein Suizid kommuniziert werden kann, ohne Nachahmungseffekt zu provozieren (z.B. Bilder des Suizidortes mit Kerzen).

Der Dachverband zur Suizidverhütung Ipsilon hat einen Leitfaden für Medienschaffende „Medien und Suizid“ erarbeitet und herausgegeben. Die Umfrage unter Medienschaffenden nach dessen Bekanntheit zeigt, dass der Guide nicht bekannt ist, obwohl Ipsilon im Jahr 2007 mit einer Kampagne darauf aufmerksam gemacht hat.

Führt man sich die hohe Suizidrate von Jugendlichen und Männern vor Augen, ist die geringe Verantwortung der Medien dem Thema gegenüber um so bedauerlicher. Medien könnten eine zentrale Rolle im Generieren einer sensibleren Einstellung der Bevölkerung gegenüber Suiziden und Suizidgefährdungen spielen

8.4 Konzepte und Bericht im Kanton Zürich

Von den folgenden aktuellen Konzepten des Kantons Zürich wird ein indirekter Einfluss auf die Suizidprävention erwartet, da z.B. Sucht und psychische Belastungen mit Suizidereignissen einen Zusammenhang aufweisen können.

8.4.1 Konzept Suchtprävention im Kanton Zürich

Der Kanton Zürich verfügt über eine engmaschige Versorgungsstruktur im Bereich der Suchtprävention. Kantonale Fachstellen zur Suchtprävention wie regionale Stellen initiieren Massnahmen zur Suchtprävention in verschiedenen Settings im Kanton Zürich. Das Suchtpräventionskonzept²⁴ vom Oktober 1991 definiert die Suchtprävention im Kanton Zürich.

8.4.2 Massnahmen aus dem Gesundheitsbericht (2000-2006)

Aufgrund der Daten verschiedener Aspekte von Gesundheit empfiehlt der Gesundheitsbericht²⁵ Massnahmen in den Bereichen Übergewicht, psychische Krankheiten, Suchtmittelkonsum, Männer mittleren Alters (35-65), Personen mit Migrationshintergrund und Schule.

8.4.3 Rahmenkonzept zur Prävention psychischer Krankheiten im Kanton Zürich (2010-2011)

Das Rahmenkonzept orientiert sich am allgemeinen Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung²⁶, das der Regierungsrat 2004 verabschiedet hat. Erarbeitet wurde der Bericht von einer kleinen, aber fachlich und institutionell breit abgestützten Arbeitsgruppe. Eingesetzt wurde sie vom Zürcher Verein Psychiatrischer Chefärzte und dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin Zürich. Die Reaktionen in der Vernehmlassung zum Rahmenkonzept im Herbst 2010 fielen grossmehrheitlich positiv aus. Die Arbeitsgruppe ist zur Zeit an der Überarbeitung des

²⁴ Suchtprävention Nr. 1 Okt. 1991, Hrsg.: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich

²⁵ Gesundheit aus der Sicht der Zürcherinnen und Zürcher, Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007, Hrsg.: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich

²⁶ Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich Nr. 11, Sept. 2004, Hrsg.: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich

Berichts - mit der Endversion kann im Herbst 2011 gerechnet werden. Das Rahmenkonzept wird nach Annahme durch die Auftraggeber der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich zur Verabschiedung unterbreitet. Das Rahmenkonzept legt den Schwerpunkt auf die Primärprävention. Diese zielt darauf ab, Störungen oder Krankheiten gar nicht erst entstehen lassen. Das Konzept legt fest, welchen Grundsätzen und Regeln Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Bereich der psychischen Gesundheit genügen müssen, wenn sie vom Kanton mitfinanziert werden sollen. Neben bekannten Leitlinien wie Empowerment und Selbstverantwortung, Partizipation, Vernetzung, Kooperation und Netzwerkbildung, Chancengleichheit und Nachhaltigkeit wird der Sensibilisierung und Entstigmatisierung grosses Gewicht beigemessen. Dies, weil Menschen mit psychischen Krankheiten bis heute stärker ausgegrenzt werden als körperlich Erkrankte. Diesem Aspekt kommt bei dem gesellschaftlichen Umgang mit dem Phänomen der Suizidalität besondere Bedeutung zu.

Das Konzept will Schwerpunktprogramme fördern, die sich durch eine gewisse thematische Breite auszeichnen. In der Regel richten sie sich an verschiedene Zielgruppen und umfassen mehrere Lebensbereiche und Interventionsarten. Die Programme sollen geografisch umfassend sein und entweder den ganzen Kanton Zürich oder mehrere Regionen abdecken.

Bereits im allgemeinen Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung von 2004 wurden die Gremien bestimmt, welche für die Umsetzung des Konzepts zuständig sind. Die Kommission Prävention und Gesundheitsförderung wählt die Programme aus, die Kommission Schwerpunktprogramme bestimmt die Träger, begleitet diese fachlich und kontrolliert sie. Der nächste Schritt zur Umsetzung des Konzepts ist die Einsetzung dieser Kommissionen. Davor muss, wie erwähnt, die definitive Fassung des Konzepts von der Gesundheitsdirektion verabschiedet und publiziert werden.

Denkbar wäre, dass die neu geschaffene Kommission für Prävention und Gesundheitsförderung auf Grundlage des vorliegenden Berichts und in Absprache mit den beteiligten Direktionen des Regierungsrates in Zukunft ein Schwerpunktprogramm zur Suizidprävention im Kanton Zürich definiert und einen geeigneten kantonalen Träger mit der Umsetzung beauftragt.

9. ÜBERBLICK ÜBER DIE SITUATION IN ANDEREN KANTONEN

Die Detailinformationen zur Situation in den Kantonen wurden zunächst durch zur Verfügung stehende Unterlagen zusammengeführt. Diese Basis wurde durch zwei Umfragen abgestützt und erweitert. Die erste Umfrage ging via Ipsilon an die im Verband zusammengeschlossenen kantonalen Vereine und Organisationen. Die zweite Umfrage, ausgehend von Dr. Sebastian Haas, erfolgte über den schweizerischen Verband Psychiatrischer Chefärzte und Leiter ambulanter psychiatrischer Dienste. Die Informationen sind in den Tabellen a und b zusammengefasst.

Zug ist, wie erwähnt, der einzige Schweizer Kanton, der über ein Suizidpräventionskonzept verfügt und verschiedene Massnahmen unternimmt und koordiniert. Diese Massnahmen umfassen alle Säulen der Prävention (Kapitel 6). Dem gegenüber bestehen andernorts lediglich punktuelle Aktionen: Das Bereitstellen von Informationsmaterialien, Weiterbildungsangebote für eine Auswahl von Fachpersonen und Multiplikatoren, die Sicherung von Brücken usw. Permanente Unterstützungsangebote werden vom Verein „Suizidprävention Freiburg“ angestrebt bzw. sind im Kanton Jura durch den Verein „Resiste“ ins Leben gerufen worden.

Tabelle a: Übersicht kantonale Institutionen und Initiativen zur Suizidprävention (passive Informationen aus vorhandenen Unterlagen)

Institution / Initiative	Charakterisierung	Schwerpunkte	Bemerkungen
AG Suizid Netz Aargau	Verein unter Beteiligung verschiedener öffentlicher Institutionen	- Öffentlichkeitsarbeit - Medienarbeit - Beratung - Schulung	punktuelle Aktionen
GE Stop Suicide	Verein, Finanzierung über Stiftung	- Öffentlichkeitsarbeit - Interventionen in Schulen - Internetforum - Aktionen	systematische Öffentlichkeitsarbeit
GR, LU, TG, AI, OW Verschiedene Bündnisprojekte ²⁷		- Öffentlichkeitsarbeit - Intervention in Schulen	
Ober-VS Netzwerk Krise und Suizid	Arbeitsgruppe & Netzwerk	- Vernetzung - Weiterbildung - Öffentlichkeitsarbeit	Systematisches Konzept; unklar, wie weit realisiert

²⁷ Kombinierte Massnahmen unter Einbezug mehrerer Säulen nach dem Vorbild des Nürnberger Bündnisses gegen Depression. Auf Bundesebene: Lizenz für die Schweiz/Kantone

Tabelle b: Übersicht kantonale Institutionen und Initiativen zur Suizidprävention (direkte Mitteilungen)

Institution / Initiative	Charakterisierung	Schwerpunkte	Bemerkungen
AR Bündnis gegen Depression	Bündnisprojekt mit verschiedenen Subprojekten	- zu Suizid: Brücken-Hotspots - Öffentlichkeitsarbeit	punktueller Aktionen
BE Bündnis gegen Depression	Bündnisprojekt mit verschiedenen Subprojekten	- zu Suizid: KIKOLO (Brücken) - Öffentlichkeitsarbeit am 10.9. (Welt-Suizid-Präventionstag) - Flyer über Anlaufstellen in Krisen - Koordinationsplattform zu Depression und Krisen	punktueller Aktionen
BS Kampagne „Psychische Gesundheit Basel-Stadt“ des GD BS	Sensibilisierungskampagne ohne direkten Einbezug des Suizids	- Sensibilisierung der Öffentlichkeit - Weiterbildungen für Multiplikatoren	
FR Association Prévention du Suicide à Fribourg (PréSuiFri) / Verein Suizidprävention Kt. FR Freiburger Netzwerk für Psychische Gesundheit (FNPG)	Verein, subventioniert	- Flyer - Aufbau eines permanenten Telefonangebots - „Helpline StopSuicide“ - Aus- und Weiterbildung	punktueller Aktionen und Aufbau einer permanenten Telefonberatung
JU L'Association interjurassienne de prévention du suicide Résiste	Verein, kantonale gefördert	- Vernetzung - Weiterbildung - Guidelines für Fachpersonen - Öffentlichkeitsarbeit - Gesprächsmöglichkeiten für suizidale Menschen - Anlaufstelle (Rund-um-die-Uhr-Telefon) für Angehörige und für Fachpersonen	Untersuchung zu Hotspots/ Suizidorten, punktueller Aktionen und Aufbau einer permanenten Dienstleistung
LU Bündnis gegen Depression	Bündnisprojekt mit verschiedenen Subprojekten	- zu Suizid: Brücken-Hotspots, - Öffentlichkeitsarbeit	
SO Bündnis gegen Depression	Bündnisprojekt seit 2.2011		
SZ Konzept psychische Gesundheit 2010-2020	Papier	- Wanderausstellung - Flyer „Des Lebens müde“, an Schulen verteilt - Evaluation von Massnahmen, auch im Bereich Suizid	
TG Bündnis gegen Depression	Bündnisprojekt mit verschiedenen Subprojekten	- zu Suizid: Schulung MA - psychiatr. Dienste (TG)	
UR SPD und AGSPUR	Informations-	- psychiatrische Themen,	

(Arbeitsgemeinschaft Sozialpsychiatrie Uri)	veranstaltungen	u.a. auch Suizid und Suizidprävention	
ZG Konzept Früherkennung und Suizidprävention im Kanton Zug 2010-2015 Konzept Psychische Gesundheit im Kanton Zug 2007 – 2012 Bündnis gegen Depression	koordiniertes Präventionsprogramm, kantonale gefördert, vernetzt	<ul style="list-style-type: none"> - Öffentlichkeitsarbeit: Information und Enttabuisierung - Aus- und Weiterbildung von Lehr- und Erziehungspersonen - Broschüren - Internet und Suizid Schulung für Medienfachleute - Richtlinien für kantonale und gemeindliche Schulen - Schulung der Hausärzte - Nachsorgeprogramm für Menschen nach Suizidversuch - Selbsthilfeorganisationen für Hinterbliebene von Suizidopfern (Verein Regenbogen, Nebelmeer) - Sicherungsmassnahmen Bahnstrecke Oberwil - Brückensicherung (Lorzentobelbrücken) - Monitoring der Suizide und Suizidversuche im Kanton Zug - Entrümpelungsaktion Hausapotheken - Suizid und Waffen 	systematisches Aktionskonzept

Zusätzliche zur Verfügung stehende Dokumente: Fussnote 28

²⁸ BE Versorgungsplanung 2011-2014; Antwort BeGes (Berner Stiftung Gesundheitsförderung);
FR Rahmenplan Gesundheitsförderung und Prävention; SZ Konzept psychische Gesundheit 2010-2020

10. Der Kanton Zürich im Vergleich mit anderen Kantonen: vorhandene Massnahmen und punktuelle Aktionen

Um eine Standortbestimmung suizidpräventiver Massnahmen vornehmen zu können, wird im Folgenden in Form einer Listenaufstellung der Kanton Zürich mit anderen Kantonen verglichen. Wir unterscheiden die Massnahmen wiederum nach dem 5-Säulenmodell.

10.1 Methodenspezifische Prävention (Säule 1)

Massnahme	Einzelne Kantone	Zürich
Evaluation und Monitoring von Hotspots für Suizide durch Stürze von Brücken, Plattformen und Hochhäusern ²⁹	Evaluation durch Thomas Reisch im Rahmen des ASTRA-Projekts 2006 (Brücken) und eines laufenden Forschungsprojekts	Zusammenstellung von Daten 2001-10 durch Kapo Zürich umfasst 165 Fälle und bleibt zu vervollständigen (Vergleich 2001-8 mit der Todesursachenstatistik: 124 versus 210 Fälle); Orte mit Häufungen (Suizidjahr): <ul style="list-style-type: none"> • Aussichtsturm Bachtel (01, 03, 04, 06, 07) • Aussichtsturm Uetliberg (03, 03, 04, 06, 07) • Aussichtsturm Eschenberg³⁰ (01, 05, 07, 10) • Aussichtsturm Egg³¹ (09, 09, 09) Brücken: keine Auffälligkeiten Spitäler: wiederholte vereinzelte Nennungen
Sicherung von Hotspots für Suizide durch Stürze	BE: Kornhausbrücke; Münsterplattform LU: Rotbachbrücke ZG: Lorzentobelbrücken ³² AR: Brücke bei Stein	
Sicherungen für Suizide durch	Verschiedene: bei psychia-	bei psychiatrischen Einrich-

²⁹ Im Rahmen der gesamtschweizerischen Evaluation, die durch Thomas Reisch durchgeführt wurde, werden auch Zahlen aus dem Kanton Zürich vorliegen. Diese beruhen auf Daten der Polizeistatistik und sind, wie der Abgleich mit Daten aus der Todesursachenstatistik gezeigt hat, unvollständig.

³⁰ Beim Eschenbergturm betreibt eine freikirchliche Gruppe während der Weihnachtszeit eine sogenannte Turmwache (NB: die Weihnachtszeit ist eigentlich die Phase mit den tiefsten Suizidhäufigkeiten im Jahresverlauf).

³¹ Hierbei handelt es sich um einen neu erstellten Turm; die Häufung von drei Suiziden dürfte auf einen Medieneffekt zurückzuführen sein.

³² Die Sicherungsmassnahmen enthalten Hinweistafeln (Nottelefon) an den Brückeneingängen, Zugangssperren an den Brückenseiten und Absperrungen wie Plexiglaswände entlang der Brückengeländer.

Stürze aus Spitalgebäuden	trischen Einrichtungen AG: KS Baden	tungen
Evaluation, Monitoring und Sicherung von Hotspots für Suizide durch Eisenbahn ³³	ZG: Bahnstrecke Oberwil (in Nähe von psychiatrischen Einrichtungen)	
Sammelaktionen für Waffen und Munition in Privatbesitz	verschiedene Kantone: 2009; einzelne mit Wiederholung: 2010 (ZG)	Kt. ZH: ab 2009, Stadt ZH: 2011
Weitere Sicherheitsmassnahmen zum Schutz vor Waffen ³⁴	ZG: Merkblätter zur Aufbewahrung von Schusswaffen und zum Zusammenhang Waffen/Suizid; Aufruf an Ärzteschaft betr. Nachfrage Waffenbesitz bei Suizidgefährdeten	
Rückrufaktionen für nicht mehr benötigte oder abgelaufene Medikamente in Zusammenarbeit mit Hausärzten, Apotheken	ZG (in Planung)	
Monitoring der Suizide nach Methoden aufgrund der Todesursachenstatistik, der Polizeistatistik und weiterer Datenquellen	BS/BL: Forschungsprojekt in 90-er Jahren LU: Forschungsprojekt ZG: Evaluation zu Präventionskonzept, laufende Aktualisierung	
Monitoring der Suizidversuche	BE/BS: Forschungsprojekte in 1990er- und 2000er-Jahren ZG (ab 2011)	

³³ Der bekannteste Hotspot in Zürich ist der Bahnhof Stadelhofen. Sicherheitsmassnahmen sind keine bekannt. Im Weiteren stehen typischerweise Eisenbahnabschnitte in der Nähe von psychiatrischen Einrichtungen im Fokus.

³⁴ Verschiedene Massnahmen auf Bundesebene: Umrüsten auf Halbautomat mit Einzelschussperre bei Abgabe Sturmgewehr nach Ende Dienstpflicht, keine Abgabe von Taschenmunition mehr durch VBS, freiwillige Lagerung der Dienstwaffe im Zeughaus (seit 1.1.2010), Psy-Test bei Aushebung und im Dienst, nachträglicher Einzug der Armee-Waffe.

10.2 Risikogruppenspezifische Prävention (Säule 2)

Massnahme	Einzelne Kantone	Zürich
Unterstützung von Selbsthilfegruppen (Angehörige, Partner nach Suizid)	Nebelmeer, Refugium, Regenbogen	Nebelmeer, Refugium, Regenbogen
Nachsorge nach Suizidversuch	ZG (in Pilotphase)	
Nachsorge nach Entlassung aus stationärer psychiatrischer Behandlung	SG: Case Management im Angebot einzelner Kliniken	Case Management ipw ³⁵ , z.T. abgedeckt durch Kompass-Projekt der Stadt ZH ³⁶
Green Cards	PUK Bern (Initiative K. Michel); ev. einzelne weitere Spitäler	Krisenpass ipw, Verwitweten-Projekt des FSSZ
Schwerpunkt psychologische Ausbildung und Betreuung von Menschen in exponierten Berufen und Tätigkeiten (z.B. Lokomotivführer ³⁷ , Ärzte ³⁸ , Polizisten)	verschiedene	Beispiele Betriebsinterne Anlaufstellen: Abt. Betriebs- und Polizeipsychologie der Kantonspolizei / Stadtpolizei / Schutz und Rettung
spezifische Projekte für einzelne Risikogruppen	nicht bekannt	Verwitweten-Projekt des FSSZ
Gewaltprävention, Mobbingprävention, Suchtprävention	verschiedene Kantone	verschiedene Gewalt- und Suchtpräventionsprojekte für Jugendliche

10.3 Prävention von Imitationshandlungen (Säule 3)

Massnahme	Einzelne Kantone	Zürich
Schulung von Medienfachleuten zum Thema Berichterstattung über Suizid	ZG (Entwicklung von Schulungsunterlagen) BE: Kurzschulung (BeGes ³⁹)	
Verbreitung von Medienguidelines ⁴⁰	nicht bekannt	
Monitoring der Berichterstattung über Suizide	BE: im Rahmen eines Forschungsprojektes	

³⁵ Integrierte Psychiatrie Winterthur

³⁶ Case Management für Menschen mit komplexen gesundheitlichen und psychosozialen Belastungen

³⁷ SBB: Nachbetreuung von Lokführern nach Personenunfall

³⁸ FMH: ReMed-Beratung

³⁹ Berner Gesundheit, Stiftung für Gesundheitsförderung und Suchtfragen

⁴⁰ Guidelines von Ipsilon

10.4 Einbindung von Multiplikatoren (Säule 4)

Massnahme	Einzelne Kantone	Zürich
Helpline für Fachpersonen und Multiplikatoren	FR (in Planung) JU (Fachpersonen, Hinterbliebene)	
Beratung von Schulen	diverse Kantone	Beratung für Schulleiter und Lehrpersonen, (PHZH)
Ausbildungsmodulare für verschiedene Multiplikatoren	Certificate of Advanced Studies (CAS) Berner FH in „Suizidprävention“ ab 2012	
Weiterbildungsangebote für verschiedene Multiplikatoren (direkte Massnahmen) ⁴¹	FR (Gesundheitsfachleute) ZG (Lehrpersonen, Hausärzte) AG: Kurs 65+ (Suizidnetz AG) BE: "Ausweg-los!" Schüler OS / Lehrlinge Früherkennung Suizidalität - Interventionen	Punktuellen WB-Angebote für Lehrpersonen (PHZH), Seelsorger (Evang. Landeskirche), Psychiatriefachleute, Gesundheitsfachleute UNI/ETH Projekt Suizid und Krise
Weiterbildungsangebote für verschiedene Multiplikatoren (indirekte Massnahmen) ⁴²	diverse Kantone: WB für Kontaktlehrpersonen	Weiterbildung von Kontaktlehrpersonen in Gesundheitsförderung und Prävention in Volksschulen, Mittelschulen, Berufsschulen
Informationsangebote für verschiedene Multiplikatoren (indirekte Massnahmen) ⁴³	verschiedene Publikationen	verschiedene Publikationen (z.B. Suizid im Schulfeld, ph akzente, PHZH)
Erarbeitung von Kriseninterventionsleitfäden und -plänen für Schulen ⁴⁴	ZG, UR, BE, AG, weitere Kantone	Kriseninterventionspläne an einzelnen Schulen vorhanden (v.a. Stadt Zürich); Homepage „Was tun bei suizidalem Verhalten?“ für die Schulen der Stadt ZH ab Herbst 2011 (Schulgesundheitsdienste Stadt Zürich)
Erarbeitung von Kriseninterventionsleitfäden und -plänen für andere Institutionen	nicht bekannt	nicht bekannt

⁴¹ Auf Bundesebene: FMH-Kampagne „Krise und Suizid“ und interaktives FMH-Lernprogramm „Depression und Suizid“

⁴² Auf Bundesebene: FMH-Fortbildungsmodulare „Früherkennung Suizidalität bei postpartaler DE“ (für Hebammen und Pflegepersonen); „Wenn Älterwerden zur Last wird“

⁴³ Auf Bundesebene: Verschiedene Publikationen (z.B. Ärztezeitung)

⁴⁴ Leitfaden von K. Michel (nach einem Schülersuizid); Kriseninterventionen - ein Leitfaden für Schulen, 2005 (EDK); KrisenKompass (Berner Schulverlag)

10.5 Inanspruchnahme von Hilfe in Krisensituationen und bei psychischen Krankheiten und Beschwerden (Säule 5)

Massnahme	Einzelne Kantone	Zürich
Tel. 143 / Tel. 147 / SMS-Seelsorge ⁴⁵		
Online-Tools für Jugendliche (www.tschau.ch, www.feelok.ch) ⁴⁶	punktueller Einführung in Schulen	punktueller Einführung in Schulen
Kriseninterventionszentren	Bern, Basel, Zug (in Planung), St. Gallen	Kriseninterventionszentrum Zürich, Winterthur
Kriseninterventionszentren für Jugendliche	GE: Lits de Crise für 16-18-jährige (HUG)	
Niederschwellige Betreuungsangebote für Kinder und Jugendliche	KJPD	Schlupfhuus (nicht für Suizidgefährdete), KJPD
Öffentlichkeitsarbeit (Aufklärung, Information, Entstigmatisierung), periodische Kampagnen; Aktionen zum Welt-Suizid-Präventionstag (10.9.)	Flyer, Aktionen: Verschiedene Kantone mit Bündnisprojekten oder Suizidpräventionsvereinen	diverse Aktionen zum Welt-Suizid-Präventionstag (10.9.)
Öffentlichkeitsarbeit (Aufklärung, Information, Entstigmatisierung) für Jugendliche	Flyer, Aktionen: Verschiedene Kantone mit Bündnisprojekten oder Suizidpräventionsvereinen; punktueller Aktionen wie Animationstheater BE: „Ausweg-los!“ Schüler OS/Lehrlinge Früherkennung Suizidalität (Sensibilisierung)	FSSZ-Flyer für Jugendliche; punktueller Aktionen an Schulen
Unterrichtsmaterialien zur psychischer Gesundheit in der Schule ⁴⁷	punktueller Anwendung von Mind Matters	
Unterrichtsmaterialien zu Suizidalität und Suizidprävention ⁴⁸		
Einbezug bestehender Beratungsstellen (Jugend, Sucht, Alter) in die Suizidprävention	nicht bekannt	Schulsozialarbeit, Jugendberatung, Beratungsangebote durch VASK ⁴⁹ , Pro Mente Sana, Opferberatungsstellen usw.
Entwicklung aufsuchender	nicht bekannt	Niederschwellige Sprech-

⁴⁵ schweizweit

⁴⁶ (deutsch-)schweizweit; die Entwicklung des Moduls „Suizidalität“ auf feelok.ch geht auf eine Initiative des FSSZ zurück.

⁴⁷ schweizweit: Mind Matters; Schwarze Schatten (für Jugendliche - Berner Schulverlag)

⁴⁸ zur Trauerverarbeitung in der Schule, Peter Jehli, KrisenKompass

⁴⁹ Vereinigung Angehöriger von Schizophrenie- und Psychischkranken

Beratungsangebote für ältere Menschen in Zusammenarbeit mit verschiedenen Diensten und der Pro Senectute		stunde und aufsuchende Hilfe des psychiatrisch-psychologischen Dienstes / Stadtärztlicher Dienst
Entwicklung und Umsetzung gemeindebezogener Aktionen zur psychischen Gesundheit		„Glücksfall Leben“ - verschiedene Aktionen 2004 in der Gemeinde Richterswil

10.6 Strategie-, Steuerungs- und Koordinationsmassnahmen

Massnahme	Einzelne Kantone	Zürich
Suizidrapport	SG	Stadt Zürich, Stadt Winterthur
Bündnis gegen Depression ⁵⁰	Verschiedene Kantone mit Teilprogrammen	
Rahmenkonzepte psychische Gesundheit	ZG, SZ, FR, BE, ev. weitere	Rahmenkonzept Prävention psychischer Krankheiten

⁵⁰ Vgl. Fussnote 27

11. SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

11.1 Leitgedanken zu einer Suizidpräventionspolitik im Kanton Zürich

Suizidprävention umfasst viele verschiedene direkte und indirekte Massnahmen. Ähnlich wie in der Unfallprävention oder im Verkehr sind viele kleinere und grössere Schritte notwendig, um die Zahl der Todesfälle zu senken.

Die Übersicht der bisherigen Aktivitäten im Kanton Zürich sowie in den übrigen Schweizer Kantonen hat gezeigt, dass mit Ausnahme des Kantons Zug sporadische, von Fachleuten initiierte Bemühungen überwiegen. Insbesondere bestehen grosse Lücken bezüglich der direkten Präventionsmassnahmen, während bei indirekten Massnahmen vor allem punktueller Handlungsbedarf besteht.

Suizidprävention ist ein klassisches „Querschnittsthema“, das verschiedene Trägerschaften und Berufsgruppen anspricht. Kantonsintern liegt die Zuständigkeit für die Umsetzung der Massnahmen bei verschiedenen Direktionen. Die Koordination und der Wissenstransfer unter den verschiedenen Akteuren aber auch die Steuerung der Massnahmen und Projekte sind wichtig für eine nachhaltige Prävention. Es wird deshalb die Schaffung einer zentralen Stelle, respektive die Übertragung der erwähnten Aufgaben an eine bestehende Institution empfohlen.

Um den Aufbau der Suizidprävention in übersichtliche Bahnen zu lenken, wird ein 3-Phasenmodell für die Umsetzung vorgeschlagen. Es stellt die effizientesten und einfachsten Massnahmen an den Anfang, um in Phase 2 und 3 dann auch komplexere und organisatorisch anspruchsvollere Massnahmen zu integrieren. Es werden Massnahmen aus allen fünf Säulen berücksichtigt. Die Phasen im Einzelnen:

- Phase 1: Wichtigste Lücken schliessen
- Phase 2: Komplexe, dringende Problemlösungen und Sensibilisierung
- Phase 3: Konsolidierung

11.2. Strategie-, Steuerungs- und Koordinationsmassnahmen

Massnahme	Umsetzung	Kostenschätzung
Kompetenzzentrum /Fachstelle	direktionen- übergreifend	100 – 150 % und 50% Sekretariat

Erläuterungen:

Das Kompetenzzentrum dient der Koordination, Steuerung und Vernetzung von Massnahmen, Angeboten und Projekten. Als Zentrum für Beratung, Vermittlung und Monitoring ist es für Informationen rund um das Thema Suizidprävention und dessen Kommunikation zuständig. Das Kompetenzzentrum ist vom Kanton Zürich autorisiert, damit es die nötige Legitimation im Auftritt gegenüber anderen Institutionen hat. Ebenfalls denkbar wäre es, das Kompetenzzentrum dem Aufgabenprofil einer bestehenden Institution oder Fachstelle zuzuweisen.

11.3 Das 3-Phasenmodell für die Umsetzung suizidpräventiver Massnahmen

11.3.1 Phase 1: Wichtigste Lücken schliessen

Die Priorisierung von Massnahmen in Phase 1 erfolgt aufgrund folgender Überlegungen:

- Lücken in der direkten Prävention schliessen
- primär Kurzschluss-suizide, sekundär Suizide aufgrund längeren Leidensdrucks verhindern
- Annahmen über Aufwand und Ergebnis

Massnahme	Umsetzung⁵¹	Kostenschätzung
1. Methodenspezifische Massnahmen:		
• Evaluation und Monitoring von Hotspots (Stürze, Eisenbahn)	DS, Stat. Amt	< CHF 50 000
• Sicherung von identifizierten Hotspots (Stürze, Eisenbahn)	BD, VD, SBB	je nach Ort CHF 1-2 Mio.
• periodische Rückrufaktionen für nicht mehr benötigte oder abgelaufene Medikamente in Zusammenarbeit mit Hausärzten, Apotheken, Spitex	Gemeinden GD, HA- / Apotheker- verband, Spitex	< CHF 50 000/Jahr
• gezielte Rückführung von Medikamenten nach einem Todesfall in Zusammenarbeit mit Hausärzten, Apotheken, Spitex	GD, HA- / Apotheker- verband, DS	< CHF 50 000/Jahr
• Aufklärungskampagnen gegen Drohhandlungen, insbesondere mittels Waffen	DS	< CHF 100 000/Jahr
• periodische Rückrufkampagnen für Waffen und Munition in Privatbesitz	DS	< CHF 50 000/Jahr

⁵¹ Das Kompetenzzentrum/die Fachstelle werden bei den konkreten Massnahmen jeweils nicht separat erwähnt.

<ul style="list-style-type: none"> • technische und infrastrukturelle Erleichterungen der Deponierung von Dienstwaffen • Kontrollen der bestehenden Sicherheitsmassnahmen zum Schutz vor Waffen 	DS	< CHF 50 000/Jahr
	DS	< CHF 50 000/Jahr
2. Regionale Suizidrapporte einrichten ⁵² (übereinstimmend mit Psychiatrieregionen/ Psychiatriekommissionen)	GD, JI, DS, BI, u.a.	Je nach Bedingungen < CHF 100 000/Jahr
3. Kriseninterventionskonzepte in Schulen institutionalisieren	BD, PHZH, Schulleitungen	Konzeptentwicklung, Einführung < CHF 100 000
4. Green-Cards nach Suizidversuch/ Klinikentlassung einsetzen	GD, Kliniken und Spitäler	Implementieren in Kliniken < CHF 100 000 (plus Evaluation)

Erläuterungen:

Ad 1: Die methodenspezifischen Massnahmen sind technische Massnahmen mit einer ausgewiesenen Effektivität. Die Sicherung von Hotspots wird nun in mehreren Kantonen vorangetrieben, auch wenn dies relativ teure Massnahmen sind. Dem stehen vergleichsweise hohe Kosten von Suiziden durch Stürze und Eisenbahnsuizide entgegen sowie die starke Wirkung dieser Suizide auf die Öffentlichkeit.

Ad 2: Der Suizidrapport ist eine Plattform für den Austausch zwischen involvierten Amts- und Fachstellen. Er findet periodisch statt, zum Beispiel halbjährlich. Im Suizidrapport können Versorgungs-, Vorgehens- oder Informationsprobleme zwischen den einzelnen Stellen direkt angesprochen und ausdiskutiert werden. Daneben dient er für Weiterbildungsaufgaben. Der Suizidrapport ist wohl die Massnahme mit dem günstigsten Aufwand-Ergebnis-Verhältnis.

Ad 3: Der Suizid oder Suizidversuch eines Schülers ist ein traumatisches Erlebnis und hat grosse Auswirkungen auf die ganze Schule. Es muss meist sofort gehandelt werden, praktische Fragen sind zu beantworten: Wie sind die Schülerschaft, Eltern, Medien usw. zu informieren, wie erkennt man andere gefährdete Jugendliche (Nachahmung), wie kann der Trauerprozess gestaltet werden usw. Die Pädagogische Hochschule bietet den Volksschulen Unterstützung in der Erarbeitung von Kriseninterventionskonzepten an. Ziel ist es, dass in Zukunft alle Schulen über ein Kriseninterventionskonzept verfügen. Für die städtischen Schulen wird in diesem Jahr durch das Schul- und Sportdepartement eine Handlungsanleitung mit Kontaktadressen angeboten.

Ad 4: Die Green-Card ist ein Informationskärtchen im Kreditkartenformat. Sie enthält Hinweise und Adressen für den Krisenfall und wird in Zürich bereits im Verwitwetenprojekt eingesetzt. Als

⁵² vgl. zum Suizidrapport auch S. 32 f.

Massnahme ist es Vorstufe wie auch Bestandteil eines umfassenderen Nachsorgekonzeptes für Menschen nach einem Suizidversuch bzw. nach Austritt aus einer psychiatrischen Klinik.

11.3.2 Phase 2: Komplexe, dringende Problemlösungen und Sensibilisierung

Die Priorisierung von Massnahmen in Phase 2 erfolgt aufgrund folgender Überlegungen:

- organisatorisch komplexere, dringende Probleme angehen
- Multiplikatoren und Bevölkerung sensibilisieren

Massnahme	Umsetzung	Kostenschätzung
1. Nachsorge nach Suizidversuch oder Austritt aus psychiatrischen Institutionen: Konzept und Umsetzung	GD	Konzeptentwicklung, Einführung < CHF 500 000
2. Koordination Versorgung suizidaler Jugendlicher (Überbrückungslösung)	GD, KJPD ⁵³ , Jugendberatung	50% Stelle
3. Schulung Lehrpersonen zu Themen Suizid, Krise, Bewältigung	BI, PHZH	< CHF 50 000/Jahr
4. Sensibilisierung und Schulung von Medienschaffenden zur Berichterstattung über Suizid	FSSZ, Journalistenverband	< CHF 50 000 /Jahr
5. Projekte mit ausgewählten Risikogruppen mit zusätzlicher Stossrichtung Sensibilisierung Multiplikatoren und Öffentlichkeit	FSSZ	< CHF 500 000 /Jahr
6. Statistisches Monitoring der Suizidhäufigkeiten und -methoden / der Suizidversuche	DS, Stat. Amt	< CHF 50 000/Jahr

Erläuterungen:

Ad 1: Die auf einen stationären Aufenthalt oder eine poststationäre Behandlung folgende Phase geht mit einem vorübergehend hohen Suizidrisiko einher. Dies kann aus internationalen Daten wie auch aus der Zürcher Untersuchung zu Suiziden während des Urlaubs bei stationären Aufhalten⁵⁴ abgeleitet werden. Das Nachsorgekonzept sollte einen Standard einführen, der Elemente der kontinuierlichen Betreuung und des Case-Managements enthält. Zentral dabei sind der wiederholte schriftliche oder elektronische Kontakt und Information über Hilfsangebote und psychische Gesundheit. Dieses Projekt ist unter denjenigen, die sich an Gruppen mit erhöhtem Risiko für Suizid wenden, prioritär.

⁵³ Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst

⁵⁴ Ajdacic-Gross, V., Lauber, C., Baumgartner, M., Maltl, T., Rossler, W. (2009). In-patient suicide-a 13-year assessment. Acta Psychiatr Scand, 120: 71-5

Ad 2:

Die Koordination der Versorgung von suizidalen Jugendlichen ist als Überbrückungslösung für ein bekanntes und dringendes Problem bis zur Schaffung eines Kriseninterventionszentrums für Jugendliche gedacht. Sie wird durch eine halbe oder ganze Stelle abgedeckt. Zu den Aufgaben gehören Vorbereitungsarbeiten zum Konzept für ein Jugendlichen-KIZ.

Ad 3: Die Schulung von Lehrpersonen im Hinblick auf Suizid, Krisensituationen und psychische Gesundheit ist das Bindeglied zwischen der Institutionalisierung von Kriseninterventionskonzepten (Phase 1) und der Anpassung von Lehrplänen und Unterrichtseinheiten (Phase 3).

Ad 4: Die Schulung von Medienschaffenden ist eine Massnahme, die aufgrund der Fluktuation in der Medienbranche periodischer Wiederholungen bedarf. Ziel ist es, sensationsnahe Berichterstattung zu vermeiden und durch aufklärende Berichterstattung zu ersetzen. Vordringliche Themen umfassen die Berichterstattung bei Suiziden bekannter Persönlichkeiten, Suizide an spektakulären Orten sowie Suizide anhand neuer Methoden (aktuelles Beispiel: Kohlegrillsuizide).

Ad 5: Neben Patienten nach Austritt aus einer psychiatrischen Klinik, Menschen nach Suizidversuch und Verwitweten (Verwitweten-Projekt des FSSZ) sollen auch isolierte alte Menschen und Menschen nach Trennung bezüglich psychischer Gesundheit - und implizit Suizidprävention - angesprochen werden. Dieses Projekt entspricht einem Pilotprojekt für die umfassendere Öffentlichkeitsarbeit (Phase 3).

Ad 6: Das statistische Monitoring schliesst an die methodenspezifischen Projekte (Phase 1) sowie an das Nachsorge-Projekt (Phase 2) an und dient primär der Erfolgskontrolle dieser Massnahmen. Daneben erlaubt das Monitoring, bei der Entstehung neuer Hotspots und neuer Methoden die Kontrolle zu wahren.

11.3.3 Phase 3: Konsolidierung

Die Priorisierung von Massnahmen in Phase 3 erfolgt aufgrund folgender Überlegungen:

- Nachhaltige Massnahmen aufbauend auf Sensibilisierung (Schulung von Multiplikatoren, Öffentlichkeitsarbeit)
- Schliessung der Lücken bei der Versorgung von suizidalen Jugendlichen
- unterstützende Strukturen für Multiplikatoren aufbauen

Massnahme	Umsetzung	Kostenschätzung
1. Aus- und Weiterbildung Multiplikatoren	GD, BI,FSSZ,	< CHF 100 000/Jahr

	Berufsverbände	
2. Helpline für Fachpersonen (Coaching/Triage)	GD, FSSZ	50%-Stelle
3. Kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit im Kontext Prävention für den Kt. ZH	GD	CHF 1 Mio.
4. Kriseninterventionszentrum (KIZ) für Jugendliche	GD	> CHF 1 Mio.
5. Unterrichtsmaterialien zu den Themen psychische Gesundheit, Suizidalität, psychische Krankheiten	BI, PHZH	Einführung bestehendes Material < CHF 50 000/Jahr
6. Monitoring Medien	FSSZ	< CHF 50 000/Jahr

Erläuterungen:

Ad 1: Für die Aus- und Weiterbildung von Multiplikatoren im Kontext psychische Gesundheit und Suizid ist ein inhaltliches Konzept sowie ein Umsetzungskonzept nötig. Diese Massnahme könnte ein Schwerpunktprogramm im kantonalen Konzept zur Prävention psychischer Krankheiten bilden.

Ad 2: Die Helpline hat die Funktion einer niederschweligen Beratungsstelle für Fachpersonen, die mit Klienten, Mitarbeitenden, Schülern usw. mit suizidalen Problemen zu tun haben. Die Helpline hat eine Stützfunktion im Anschluss an die Aus- und Weiterbildungsangebote für Multiplikatoren, z.B. angegliedert an das Kriseninterventionszentrum Zürich.

Ad 3: Beispielgebend für diese Massnahme sind die Bündnisprojekte. Um die Nachhaltigkeit zu gewährleisten, ist eine langfristige Planung erforderlich, welche die Wiederholung von Aktionen systematisiert.

Ad 4: Das Kriseninterventionszentrum (KIZ) für Jugendliche deckt eine der wichtigsten Versorgungslücken ab, z.B. angegliedert an das ZKJP (Zentrum Kinder- und Jugendpsychiatrie).

Ad 5: Praxisrelevantes Wissen zur psychischen Gesundheit soll stärker in Unterrichtseinheiten gewichtet werden. Diese Entwicklung bleibt bei Suizid und psychischen Störungen nachzuholen, weil es sich wie bei AIDS, Sucht oder Gewalt um Probleme handelt, die in der Jugend und im jungen Erwachsenenalter eine hohe Prävalenz haben.

Ad 6: Das Medienmonitoring dient der Kontrolle der Medienberichterstattung über Suizid und erlaubt frühzeitige Interventionen bei den zuständigen Redaktionen.

