



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Suizidprävention bei Klinikaustritten

Empfehlungen für Gesundheitsfachpersonen

August 2019



Erarbeitet im Rahmen des Nationalen Aktionsplans Suizidprävention

Gemeinsame Publikation mit der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK, sowie mit weiteren Entscheidungsträgern, Fachgesellschaften und Dachorganisationen, die bei Klinikaustritten eine wichtige Funktion übernehmen

Diese Publikation ist im Rahmen des Nationalen Aktionsplans Suizidprävention entstanden (www.bag.admin.ch/suizidpraevention). Das Bundesamt für Gesundheit BAG hat die Erarbeitung der Empfehlungen initiiert und den Prozess begleitet.

Für den Erarbeitungsprozess galten folgende Prämissen:

- die Empfehlungen werden von den relevanten Akteuren und interprofessionell erarbeitet
- auf bestehenden Vorarbeiten wird aufgebaut
- die Empfehlungen entsprechen dem aktuellen Fachwissen
- Betroffene und Angehörige werden einbezogen

Mitwirkende Organisationen:

- Bundesamt für Gesundheit BAG
- Föderation Schweizer Psychologinnen und Psychologen FSP
- Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie NAP
- Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie SGKJPP
- Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK
- Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana PMS
- Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte SVPC
- Swiss Mental Healthcare, Vereinigung der Psychiatrischen Kliniken und Dienste Schweiz SMHC
- Vereinigung Direktorinnen und Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste Schweiz VDPS
- Verein Pflegekader Psychiatrie Schweiz VPPS

Disclaimer

Die Empfehlungen wurden von den mitwirkenden Organisationen gemeinsam erarbeitet. Sie sollen ihren Mitgliedern bei ihren Bemühungen um Qualitätssicherung behilflich sein.

Die Empfehlungen beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Ansätzen. Im Einzelfall können auch andere Behandlungsarten und -vorgehen zum Ziel führen.

Die Befolgung oder Nichtbefolgung dieser Empfehlungen hat für Fachpersonen weder haftungsbefreiende noch haftungsbegründende Wirkung.

Inhalt

Zusammenfassung	4
Ausgangslage	5
Zielsetzung	6
Anwendungsrahmen	7
Die sieben Empfehlungen	8
Implementierung	10
Impressum	11

Zusammenfassung

Die vorliegenden Empfehlungen richten sich an Gesundheitsfachpersonen, die suizidgefährdete Personen bei einem Klinikaufenthalt betreuen und behandeln.¹ Die Empfehlungen fokussieren auf den stationär-ambulanten Übergang.

Die Empfehlungen wurden gemeinsam mit den relevanten Akteuren erarbeitet. Das Bundesamt für Gesundheit initiierte und begleitete den Prozess im Rahmen der Umsetzung des Nationalen Aktionsplans Suizidprävention.

Basierend auf den Empfehlungen sollten sich die beteiligten Fachpersonen am stationär-ambulanten Übergang – in Abhängigkeit der klinischen Einschätzung der Suizidalität – im Minimum folgende Fragen stellen:

-  Wurde das Suizidrisiko bei Austritt umfassend, d.h. unter Berücksichtigung aller relevanten Faktoren und Informationen, inkl. der psychosozialen Situation, eingeschätzt (sowie des Entwicklungsstands bei Kindern und Jugendlichen)? → EMPFEHLUNG 1, SEITE 8
-  Ist die ambulante Nachsorge nach Klinikaustritt zeitnah und verbindlich sichergestellt? Wurde das eingeschätzte Suizidrisiko frühzeitig an die Nachsorgenden kommuniziert? → EMPFEHLUNG 3, SEITE 8
-  Haben sich Fachpersonen, Patientinnen und Patienten, Angehörige oder Vertrauenspersonen bezüglich des Übergangs und der Nachsorge ausreichend ausgetauscht (z.B. an einem Rundtischgespräch)? → EMPFEHLUNGEN 2 UND 4, SEITE 8
-  Hat die Patientin / der Patient die Fachperson der Nachsorge vor dem Austritt – falls noch nicht vertraut – kennengelernt? → EMPFEHLUNGEN 3 UND 4, SEITE 8
-  Hat vor oder kurz nach dem Austritt ein begleiteter Besuch zu Hause stattgefunden? Wurden Risikofaktoren (z.B. Waffen) und Belastungsfaktoren (z.B. Schulden, Mobbing) angesprochen? Gibt es einen Plan, wie diese reduziert werden können? → EMPFEHLUNG 5, SEITE 8
-  Wurden vor dem Austritt Massnahmen zur Vorbeugung suizidaler Krisen nach dem Austritt besprochen (z.B. ein personalisierter Sicherheitsplan, Möglichkeiten der Kontaktwiederaufnahme)? → EMPFEHLUNG 6, SEITE 9
-  Wurde für Patientinnen und Patienten mit Suizidversuch die Möglichkeiten einer Spezialtherapie abgeklärt? → EMPFEHLUNG 6, SEITE 9
-  Sind die beteiligten Fachpersonen in der Suizidprävention «up to date»? Erlauben die beruflichen Rahmenbedingungen, dieses Fachwissen adäquat umzusetzen? → EMPFEHLUNG 7, SEITE 9

Ausgangslage

Im Auftrag der eidgenössischen Räte haben Bund und Kantone zusammen mit der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz und vielen weiteren Akteuren des Gesundheitswesens und anderer Gesellschaftsbereiche den Nationalen Aktionsplan Suizidprävention erarbeitet (2016).² Der Aktionsplan will einen Beitrag zur Reduzierung von suizidalen Handlungen während – oft vorübergehenden – Belastungskrisen oder psychischen Erkrankungen leisten. Er fokussiert auf nicht assistierte Suizide.

Der Aktionsplan Suizidprävention umfasst 10 Ziele und 19 Schlüsselmassnahmen. Für die Umsetzung der Schlüsselmassnahmen kann oft auf Bestehendem aufgebaut werden.³

Im Rahmen der Umsetzung des Aktionsplans initiierte das Bundesamt für Gesundheit BAG zusammen mit der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren GDK das Projekt «Reduktion von Suiziden und Suizidversuchen während und nach Psychiatrieaufenthalt».⁴ Das Projekt ist Ziel 5 des Aktionsplans zugeordnet: «Suizidgefährdete Menschen und Menschen nach Suizidversuchen werden bedarfsgerecht, zeitnah und spezifisch betreut und behandelt.»

Für diese Zielerreichung ist – wie im Aktionsplan Suizidprävention festgehalten – die Umsetzung der Massnahmen des bundesrätlichen Berichts «Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz» (2016)⁵ grundlegend:

- **Verbesserung der statistischen Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung aller Angebotsstrukturen**
- **Verbesserung der Koordination der Angebote und Weiterentwicklung der Angebotsqualität**
- **Nachhaltige Finanzierung der intermediären Angebotsstrukturen**
- **Unterstützung der Qualifikation von Fachpersonen im Bereich Psychiatrie**

Ergänzend zu diesen allgemeinen Massnahmen der psychiatrischen Versorgung gilt es, den spezifischen Versorgungsbedarf von Suizidgefährdeten und Menschen nach suizidalen Handlungen zu berücksichtigen (Massnahme 5.1 des Aktionsplans Suizidprävention). Dazu gehören auch wirksame Nachsorgeinterventionen, um Rückfälle nach Suizidversuchen und nach Klinikaustritten zu verhindern (Massnahme 5.2 des Aktionsplans Suizidprävention). Das Projekt «Reduktion von Suiziden und Suizidversuchen während und nach Psychiatrieaufenthalt» besteht aus mehreren Teilprojekten. Kernstück bilden die vorliegenden Empfehlungen. Die Empfehlungen fokussieren auf den stationär-ambulanten Übergang. Diesen Teilaspekt erachteten die Projektbeteiligten als vordringlichstes Handlungsfeld der Suizidprävention bei einem stationären Aufenthalt. Viele psychiatrische Kliniken haben in jüngster Zeit Konzepte und Leitlinien im Umgang mit Suizidalität erarbeitet, wie eine Umfrage bei den Mitgliedern von Swiss Mental Healthcare 2018 zeigt.⁶ Die Wirkung dieser Arbeiten auf die Anzahl Suizide während eines stationären Aufenthalts gilt es zu beobachten.

Pro Jahr suizidieren sich in der Schweiz rund 1000 Personen. Gut 5% der Suizide ereignen sich während eines stationären Psychiatrieaufenthaltes.⁷ Daten zu Suiziden explizit nach Psychiatrieaufenthalt liegen nicht vor. Auch fehlen gesamtschweizerische medizinische Daten zu Suizidversuchen, es liegen aber punktuelle Studien vor.⁸ Die Datenlage zu Suiziden und Suizidversuchen soll im Rahmen des Aktionsplans Suizidprävention verbessert werden.⁹ Gemäss Schätzungen werden pro Jahr mindestens 10 000 Personen nach Suizidversuchen medizinisch behandelt – viele von ihnen auf den akutsomatischen Notfallaufnahmen. Ihre Identifikation und adäquate Behandlung ist essenziell, um Suizide zu verhindern. Auch wenn die vorliegenden Empfehlungen nicht für die Akutsomatik erarbeitet wurden, sind sie zum Teil übertragbar.

Zielsetzung

Übergeordnetes Ziel der Empfehlungen ist die Reduktion von Suiziden und Suizidversuchen nach Klinikaufenthalt mit Fokus auf den stationär-ambulanten Übergang. Suizidprävention während des Klinikaufenthaltes legt hierfür die Basis.

Die Empfehlungen sollen dazu beitragen, dass Patientinnen und Patienten den stationär-ambulanten Übergang als verzahnten Behandlungspfad erleben und «sicher» in ihrem individuellen Alltag ankommen. Dies gilt für betroffene Kinder und Jugendliche sowie für Erwachsene.

Die zentralen Ziele der Suizidprävention beim stationär-ambulanten Übergang sind:

Tragende und verlässliche Beziehungen zwischen Fachpersonen und Patientinnen/Patienten gewährleisten

Abbrüche und Unterbrüche in tragenden Beziehungen sind möglichst zu verhindern. Eine sorgfältige Übergabe der Behandlungsverantwortung an Fachpersonen der ambulanten Versorgung ist hierfür zentral.

Betreuungs- und Behandlungskontinuität gewährleisten

Es ist eine übergangslose, qualitativ hochstehende ärztliche, psychologische, pflegerische oder soziale Betreuung und Behandlung nach Austritt – gemäss klinischer Einschätzung – zu organisieren.

«Sicheres» Ankommen im individuellen Alltag gewährleisten

Die Rückkehr nach Hause ist gut vorzubereiten. Das Ankommen im individuellen Alltag soll den Behandlungsprozess stützen und fördern. Belastende Faktoren zu Hause sind frühzeitig anzusprechen.

Voraussetzung für die Zielerreichung ist, dass stationäre und ambulante Leistungserbringer des Gesundheitswesens sich vernetzen. Aufgaben, Verantwortung und Kompetenzen der behandelnden und betreuenden Fachpersonen beim stationär-ambulanten Übergang sind gemeinsam zu definieren und entsprechend wahrzunehmen.

Die Empfehlungen richten sich in erster Linie an:

- **Leitungsgremien und Führungskräfte in psychiatrischen Kliniken sowie ihre Mitarbeitenden**
- **Fachpersonen, die Patientinnen und Patienten nach Psychatrieaufenthalt weiterbehandeln und -betreuen**

Weitere Adressaten sind bildungsverantwortliche Institutionen, Kranken- und Unfallversicherer sowie gesundheitspolitische Entscheidungsträger beim Bund und bei den Kantonen.

Anwendungsrahmen

Die Empfehlungen wurden von Fachpersonen erarbeitet, die von den beteiligten Organisationen delegiert wurden. Sie basieren auf Experten/-innenwissen und guter Praxis in der Schweiz. Sie sind mit der Fachliteratur sowie internationalen und nationalen Richtlinien kompatibel.

Manche der Empfehlungen sind Teil einer generellen guten Behandlungspraxis, kommen Suizidgefährdeten aber vertieft zugute. Andere Empfehlungen sind explizit auf Suizidgefährdete ausgerichtet. Die Empfehlungen sind – einzeln oder kombiniert – situationsgerecht umzusetzen.

Folgende Behandlungsprämissen gelten übergeordnet zu den Empfehlungen:

Behandlungsprämissen

- Fachpersonen planen gemeinsam mit Patientinnen und Patienten, Angehörigen oder Vertrauenspersonen – sofern vorhanden.
- Die Betroffenen sind Experten/-innen für sich selbst und ihre Lebensgeschichte.
- Patientinnen und Patienten sind soweit möglich zur Eigenverantwortung zu befähigen.

Die sieben Empfehlungen

1

Beim stationär-ambulanten Übergang das Suizidrisiko einschätzen und das entsprechende Risikomanagement gewährleisten.

Die Einschätzung des Suizidrisikos ist bei einem stationären Aufenthalt eine permanente Aufgabe. Beim stationär-ambulanten Übergang (bei Austritt oder Urlaub) ist sie besonders wichtig. Die internen Abläufe und Zuständigkeiten sind von Klinik zu Klinik unterschiedlich.

Bei der Risikoeinschätzung und beim Risikomanagement gilt es, alle relevanten Informationen und Faktoren inkl. der psychosozialen Situation im Alltag der Patientinnen und Patienten sowie bei Kindern und Jugendlichen ihren Entwicklungsstand mitzuberechnen.

2

Angehörige oder Vertrauenspersonen beim stationär-ambulanten Übergang einbeziehen.

Angehörige oder von den Patientinnen und Patienten definierte Vertrauenspersonen sind einzubeziehen. Bei Minderjährigen ist die Verantwortlichkeit der Sorgeberechtigten besonders zu berücksichtigen. Stimmt die Patientin / der Patient dem Einbezug der Angehörigen nicht zu, sind sie auf entsprechende Angebote hinzuweisen (z.B. Angehörigenberatungsstellen NAP). Angehörige zu befähigen und zu beraten, ist ein zentraler Aspekt der Suizidprävention. Gleichzeitig ist an ihre Entlastung zu denken.

3

Vor Austritt eine ambulante Nachsorge einrichten – verbindlich und zeitnah.

Die ambulante Nachsorge kann in unterschiedliche Versorgungsstrukturen eingebettet sein (niedergelassene Psychiater/-innen und psychologische Psychotherapeuten/-innen für alle Altersgruppen, Ambulatorien, Tageskliniken, Haus- und Kinderarztpraxen, ambulante Psychiatriepflege). In jedem Fall gilt es, frühzeitig vor dem Austritt einen zeitnahen Termin bei der nachbehandelnden/-betreuenden Fachperson zu vereinbaren (innerhalb einer Woche nach Austritt). Es bietet Sicherheit, wenn sich Patientin/Patient und nachbehandelnde/-betreuende Fachperson vor dem Austritt einmal sehen/hören (z.B. im Rahmen einer Brückenkonzferenz, siehe unten). Die Fachperson der Nachsorge ist frühzeitig mit einem informativen (Kurz-)Austrittsbericht zu bedienen oder telefonisch zu kontaktieren. Die Einschätzung des Suizidrisikos ist zu erwähnen.

Wenn in der ersten Woche nach Klinikaustritt kein Termin bei einer nachbehandelnden Fachperson möglich ist, sollte ein ambulantes Gespräch in der Klinik angeboten werden.

4

Vor Austritt eine Brückenkonzferenz (Rundtischgespräch) durchführen.

An einer Brückenkonzferenz vor Klinikaustritt (Rundtischgespräch) stimmen sich Patientin/Patient, Angehörige/Vertrauensperson und beteiligte Fachpersonen des stationären und des ambulanten Versorgungssystems ab: z.B. mittels Konferenzgespräch, Telefonkonzferenz, gemeinsamer Visite.

5

Vor oder nach Austritt eine Brückenhilfe einrichten.

Ein begleiteter Besuch im privaten Lebensumfeld vor oder kurz nach Austritt unterstützt Patientinnen und Patienten sowie Angehörige beim stationär-ambulanten Übergang. Als Begleitung bieten sich Bezugspersonen des stationären Aufenthalts oder der ambulanten Nachsorge an. Durch die Intervention sollen Probleme mit der Alltagsbewältigung aber auch Suizidmöglichkeiten (z.B. Medikamente, Waffen) angesprochen und wenn möglich minimiert werden.

6

Spätestens vor Austritt künftige suizidale Krisen besprechen und Massnahmen zur Vorbeugung suizidaler Krisen erarbeiten.

Um künftige suizidale Krisen auffangen zu können, gibt es unterschiedliche Instrumente – die sich kombinieren lassen. Die Möglichkeiten sind gemeinsam zu diskutieren, im Sinne der gemeinsamen Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) und der gesundheitlichen Vorausplanung (Advance Care Planning):

- Eine Kurztherapie/Spezialsprechstunde für Patientinnen und Patienten, die einen Suizidversuch unternehmen haben. Im Fokus sollte die Klärung der Hintergründe des Suizidversuchs und die Erarbeitung vorbeugender Massnahmen liegen (z.B. das Attempted Suicide Short Intervention Program ASSIP).
- Ein Sicherheitsplan, mit konkreten, personalisierten Strategien, die sowohl längerfristig als auch im Falle akuter Suizidgefahr angewandt werden können.
- Eine Notfallkarte, mit Kontaktangaben zu niederschweligen Unterstützungsangeboten wie Hotlines und medizinischen Notfallnummern mit 7x24-Stunden-Erreichbarkeit, aber auch Kontaktangaben aus dem professionellen und dem privaten Helfernetz. Im Kreditkartenformat kann die Krisenkarte im Portemonnaie aufbewahrt werden. Eine solche Karte ist auch für Angehörige hilfreich.
- Möglichkeiten der Kontaktwiederaufnahme, z.B. ein halb standardisierter Brief oder eine elektronische Nachricht nach einem gewissen Zeitraum, in dem sich die Klinik nach dem Befinden erkundigt und Unterstützungsangebote in Erinnerung ruft. Solche Kontaktangebote eignen sich grundsätzlich für alle austretenden Patientinnen und Patienten. Hilfreich sind sie insbesondere bei Patientinnen und Patienten, die die Behandlung abbrechen oder gegen ärztlichen Rat austreten. Sie werden aber auch im Rahmen von definierten Behandlungsprozessen eingesetzt.
- Eine Psychiatrische Patientenverfügung, um für Zeiten einer akut auftretenden suizidalen Krise oder Urteilsunfähigkeit vorzusorgen.¹⁰ Dies bietet die Möglichkeit, im Gespräch auch über mögliche Ängste einer künftigen unfreiwilligen Hospitalisation zu sprechen und über die entsprechenden rechtlichen Grundlagen zu informieren.
- Eine Behandlungsvereinbarung, in der alle Beteiligten vorausschauend eine künftige Behandlung planen.¹¹

7

Gewährleisten, dass Gesundheitsfachpersonen des stationären und des ambulanten Settings fachlich in der Suizidprävention «up to date» sind, und berufliche Rahmenbedingungen schaffen, damit Suizidprävention «gelebt» werden kann.

Wissen über Suizidprävention kann unterschiedlich vermittelt und gelebt werden:

- Suizidprävention in Aus-, Weiter- und Fortbildungscurricula und -konzepten bzw. im Lernzielkatalog der Gesundheitsfachpersonen mit hohem Stellenwert implementieren.
- Spezifische Bildungsmassnahmen, die berufsspezifisch, multiprofessionell und dialogisch organisiert sind, d.h. Angehörige und Betroffene einbeziehen.
- Gemischte Qualitätszirkel oder Suizidrapporte. Sie fördern den interprofessionellen und regionalen Austausch.
- Ressourcen für eine themenverantwortliche Person für die Suizidprävention schaffen. Sie organisiert z.B. Weiter- und Fortbildungen, erarbeitet Leitfäden und hält diese à jour, bietet Supervision an.

Konkrete Umsetzungsbeispiele zu den Empfehlungen – sowie viele weitere Praxisbeispiele der Suizidprävention aus der Schweiz – finden sich unter: www.bag.admin.ch/suizidpraevention-beispiele

Implementierung

Die Empfehlungen sind für die Adressaten rechtlich nicht verbindlich. Akteure und Fachpersonen, die suizidgefährdete Personen am stationär-ambulanten Übergang begleiten, sind aufgefordert, die Empfehlungen im Rahmen ihrer strategischen und operativen Möglichkeiten selbstverpflichtend umzusetzen.

Einige Empfehlungen lassen sich einfach umsetzen, andere erfordern viel Engagement seitens der Akteure.¹² Zu allen Empfehlungen existieren aktuell in der Schweiz Praxisbeispiele, zu finden unter: www.bag.admin.ch/suizidpraevention-beispiele

- 1 Zentrale Berufsgruppen sind Psychiater/-innen und psychologische Psychotherapeuten/-innen (für alle Altersgruppen), Haus- und Kinderärzte/-innen sowie Pflegefachpersonen. Die Vernetzung mit weiteren Gesundheitsfachpersonen oder Fachpersonen des Sozialwesens kann ergänzend wichtig sein. Auch ausgebildete Peers können eine wichtige Rolle spielen.
- 2 www.bag.admin.ch/suizidpraevention
- 3 www.bag.admin.ch/suizidpraevention-beispiele
- 4 www.bag.admin.ch/suizidpraevention > Suizidprävention in der psychiatrischen Versorgung
- 5 www.bag.admin.ch/zukunft-psychotherapie
- 6 www.bag.admin.ch/suizidpraevention > Suizidprävention in der psychiatrischen Versorgung
- 7 Gemäss der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Psychiatriezusatzdaten) gab es in den Jahren 2011 bis 2017 zwischen 43 und 74 «Austritte» in Folge eines Suizids (Auswertungen Obsan, nicht publiziert, keine Vollerhebung).
- 8 «The implementation and first insights of the French-speaking Swiss programme for monitoring self-harm»; Ostertag et al., 2019, im Auftrag des BAG, siehe www.bag.admin.ch/suizidpraevention > Datenlage zu Suiziden und Suizidversuchen in der Schweiz
- 9 www.bag.admin.ch/suizidpraevention > Datenlage zu Suiziden und Suizidversuchen in der Schweiz
- 10 Es ist von Fall zu Fall zu prüfen, ob die Psychiatrische Patientenverfügung im elektronischen Patientendossier abgelegt werden kann/soll.
- 11 Siehe z.B. die SGPP-Behandlungsempfehlungen für den Umgang mit «chronisch» suizidalen Patienten (Version März 2018). Es ist von Fall zu Fall zu prüfen, ob die Behandlungsvereinbarung in einem elektronischen Patientendossier abgelegt werden kann/soll.
- 12 Zur Finanzierung der Empfehlungen und entsprechenden Herausforderungen liegt im Auftrag des BAG ein Bericht von socialdesign vor (Fringer/Ruflin 2019, zu beziehen unter www.bag.admin.ch/suizidpraevention > Suizidprävention in der psychiatrischen Versorgung).

Impressum

HERAUSGEBER

Bundesamt für Gesundheit und Projektgruppe
Suizidprävention bei Klinikaustritten

KONTAKT

Bundesamt für Gesundheit BAG
Postfach
CH-3003 Bern
gesundheitspolitik@bag.admin.ch
www.bag.admin.ch/suizidpraevention

PUBLIKATIONSZEITPUNKT

August 2019

BESTELLADRESSE

BBL, Verkauf Bundespublikationen,
CH-3003 Bern
www.bundespublikationen.admin.ch
Bestellnummer: 316.761.d

SPRACHVERSIONEN

Diese Publikation ist in deutscher und französischer Sprache verfügbar.

DIGITALE VERSION

Alle Sprachvarianten dieser Publikation stehen als PDF unter www.bag.admin.ch/suizidpraevention > Suizidprävention in der psychiatrischen Versorgung zur Verfügung.

STRATEGISCHER RAHMEN

Dieses Dokument wurde im Rahmen des Nationalen Aktionsplans Suizidprävention erarbeitet: www.bag.admin.ch/suizidpraevention

WEITERVERWENDBARKEIT

Auszüge und Wiedergabe mit Quellenangabe erwünscht. Die Grafikelemente dieser Publikation können beim BAG bezogen werden.

GRAFISCHE KONZEPTION UND SATZ

moxi ltd., Biel

BILDNACHWEIS

Fotos der Titelseite: Kim Culetto

ORGANISATION DER PROJEKTGRUPPE

Projektleitung: Esther Walter (Bundesamt für Gesundheit BAG)
Projektbegleitung bis Oktober 2018: Alphons Schnyder (Meta-Cultura)
Projektbegleitung ab Januar 2019 (Finanzierungsaspekte): Ursula Fringer (socialdesign)

Von den mitwirkenden Organisationen delegiert:

FÜR DEN FACHBEIRAT:

- FSP: Yvik Adler (Co-Präsidentin); eigene Praxis
- GDK: Kathrin Huber (Stv. Generalsekretärin)
- NAP: Thomas Lampert (Vize-Präsident); Koordinator Prävention und Angehörigenarbeit, St. Gallische Psychiatrie-Dienste Süd
- PMS: Liliana Paolazzi (Fachverantwortung Beratung)
- SGKJPP: Alain Di Gallo (Co-Präsident); Direktor der Klinik für Kinder und Jugendliche, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
- SGPP: Fulvia Rota (Vorstandsmitglied); eigene Praxis
- SMHC: Hanspeter Conrad (Präsident); Direktor Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland
- SVPC: Paul Hoff (Präsident bis Ende 2018); Stv. Direktor Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
- VDPS: Peter Schwegler (Vorstandsmitglied); Direktor Luzerner Psychiatrie (Mitwirkung: Julius Kurmann, Chefarzt Stationäre Dienste Luzerner Psychiatrie)
- VPPS: Harald Müller (Präsident bis Ende 2017); Pflegedirektor Sanatorium Kilchberg

FÜR DIE ARBEITSGRUPPE ZUR ERARBEITUNG DER EMPFEHLUNGEN:

- FSP: Anja Gysin-Maillart, Leiterin Sprechstunde für Patienten nach Suizidversuch (ASSIP), Universitäre Psychiatrische Dienste Bern; Gregor Harbauer, Leitender Psychologe, Privatklinik Hoheneegg
- NAP: Sibylle Glauser, Angehörigenberatung, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern; Präsidentin NAP
- PMS: Diomira Sloksnath, Peermitarbeiterin Pro Mente Sana und Sanatorium Kilchberg
- SAPP: Alexander Minzer, Präsident Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SAPP (Mitwirkung: Rebecca Ott, Dirk Büchler)
- SGKJPP: Kupferschmid Stephan, Chefarzt Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland
- SGPP: Fulvia Rota, eigene Praxis
- SVPC: Georges Klein, Médecin Chef de Service, Hôpital de Malévoz (Valais); Rafael Traber, Ärztlicher Direktor des Kantonalen Psychiatrienetzwerkes OSC (Tessin)
- VPPS: Elena Seidel, Direktorin Pflege, Psychiatrie Basellandschaft, Liestal

FÜR DIE DISKUSSION ZU FINANZIERUNGSASPEKTEN DER EMPFEHLUNGEN:

- BAG: Salome von Greyerz (Leiterin Abteilung Gesundheitsstrategien, Stv. Leiterin Direktionsbereich Gesundheitspolitik)
- GDK: Kathrin Huber (Stv. Generalsekretärin)
- mfe: Kaiser Eva (Vorstandsmitglied); Ärztezentrum Oberhasli, Meiringen
- SGPP: Fulvia Rota (Vorstandsmitglied); eigene Praxis
- SMHC: Daniela Gamper; Bereichsleiterin Spezial + Ambulant – Psychiatrie für Erwachsene, Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland
- VDPS: Thomas Nuspel, Direktor Dienste und Betrieb, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern

