

Konzept

# Früherkennung und Suizidprävention im Kanton Zug

2010 – 2015





# Inhaltsverzeichnis

---

<b>Editorial</b>	
Menschen aus dem Lot: Der Kanton Zug tut etwas dagegen	5
<b>Zusammenfassung</b>	6
<b>1 Ausgangslage</b>	7
<b>2 Grundlagen</b>	7
<b>3 Früherkennung</b>	8
3.1 Allgemeines	8
3.2 Ziele und Massnahmen zur Früherkennung psychischer Störungen	8
3.2.1 Früherkennung von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter	8
3.2.2 Früherkennung von psychischen Störungen im Erwachsenenalter	10
<b>4 Suizidprävention</b>	12
4.1 Allgemeines	12
4.2 Suizide im Kanton Zug	12
4.3 Möglichkeiten der Suizidprävention	14
4.4 Ziele und Massnahmen zur Suizidprävention im Kanton Zug	15
4.4.1 Hilfe in Krisensituationen	15
4.4.2 Spezifische Prävention für Risikogruppen	16
4.4.3 Methodenspezifische Prävention	17
4.4.4 Aus- und Weiterbildung	18
4.4.5 Prävention von Imitationssuiziden	19
<b>5 Umsetzung</b>	20
<b>6 Literaturverzeichnis</b>	22
<b>Impressum</b>	23



## Menschen aus dem Lot: Der Kanton Zug tut etwas dagegen

---

Viele Menschen sind, um Ursula Eichenberger zu zitieren, «aus dem Lot» geraten: «Gefangen», «Ausgebrannt», «Durcheinander», «Allein», «Verlassen» sind nicht nur die Kapitel einzelner Lebensgeschichten ihres lesenswerten Buches (U. Eichenberger; Aus dem Lot, Menschen in der Psychiatrie; Verlag Neue Zürcher Zeitung 2007). In unserer Gesellschaft fühlen sich auch immer mehr Menschen so. Im Kanton Zug nehmen sich jährlich 17 Personen das Leben, in der Schweiz sind es pro Jahr zwischen 1300 und 1400 Personen, fast viermal mehr, als Menschen auf Schweizer Strassen sterben. Unser Land zählt im europäischen Vergleich zu jenen Nationen, welche die höchsten Suizidraten aufweisen. Dass sich die traurige Bilanz konstant auf hohem Niveau hält, sollte uns nachdenklich stimmen. Wird nicht viel zu wenig dagegen unternommen? Von wem denn auch? Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) kennt keinen gesetzlichen Auftrag für eine Suizidprävention. Viele Kantone setzen den Sparhebel ausgerechnet in der Gesundheitsförderung und Prävention an. Und die meisten Politikerinnen und Politiker wollen sich mit diesem Tabuthema nicht die Finger verbrennen.

Hinter den erwähnten Zahlen steht oft eine riesige menschliche Tragik. Dies und die Überzeugung, die Krankheit Depression zum öffentlichen Thema zu machen, führten mich im Winter 2003 dazu, in unserem Kanton mit dem «Zuger Bündnis gegen Depression» eine zweijährige Kampagne zu lancieren. Gemeinsam mit der Selbsthilfeorganisation Equilibrium und dem BAG führten wir dieses Schweizer Pilotprojekt durch. Die drei Hauptbotschaften «Depression kann jede und jeden treffen», «Depression hat viele Gesichter», «Depression ist behandelbar» trugen wir hinaus, und zwar weit über die Grenzen unseres Kantons. So wurde etwas Entscheidendes in Bewegung gesetzt.

Ich legte immer Wert darauf, diese sinnvollen Aktivitäten fortzuführen. Mit dem Konzept Psychische Gesundheit 2007 – 2012 und der Umsetzung der geplanten Massnahmen kann die gewünschte Nachhaltigkeit gesichert und möglicherweise gar die Trendwende eingeleitet werden: Die gesellschaftliche Stigmatisierung muss sich verringern, Menschen mit psychischen Problemen sollen frühzeitiger einem Behandlungsangebot zugeführt werden und letztere müssen besser aufeinander aufbauen.

Das Konzept Früherkennung und Suizidprävention setzt in den Jahren 2010 bis 2015 ein weiteres deutliches Zeichen. Dabei kommt das bisherige Zuger Erfolgsrezept zum Tragen. Gut vernetzte Fachpersonen legten das Fundament für eine eindrückliche Mitwirkungskonferenz. Das vorliegende Ergebnis ist breit abgestützt und orientiert sich an den Bedürfnissen der Praxis. Das Team der Ambulanten Psychiatrischen Dienste um Chefarzt Hanspeter Walti legt ein Ergebnis vor, welches mich in der Überzeugung bestärkt, dass die gelebte Kooperation und das Engagement aller Beteiligten ideale Voraussetzungen für eine erfolgreiche Umsetzung sind.

Diese ist nötig, denn der Kanton Zug will in der Förderung der psychischen Gesundheit führend bleiben. Er kann dies, auch dank der Unterstützung durch die politischen Gremien.

gez. Joachim Eder, Regierungsrat  
Gesundheitsdirektor des Kantons Zug

Zug, 6. Oktober 2009

---

## Zusammenfassung

---

Jährlich sterben in der Schweiz zwischen 1300 und 1400 Menschen durch Suizid, und schätzungsweise 15'000 bis 25'000 Menschen begehen einen Suizidversuch. Im Kanton Zug sind dies jährlich rund 17 Suizide und ca. 170 bis 300 Suizidversuche. Vielfach liegt dabei eine psychische Erkrankung zugrunde. Durch Früherkennung und entsprechende Behandlung könnte das Suizidrisiko verringert werden.

In Ergänzung zum Konzept «Psychische Gesundheit im Kanton Zug 2007 – 2012» und gestützt auf die wissenschaftliche Untersuchung «Suizide im Kanton Zug 1991 – 2007» werden im vorliegenden Konzept Ziele zur Früherkennung psychischer Störungen und zur Suizidprävention formuliert. In Anlehnung an nationale und internationale Empfehlungen werden konkrete Massnahmen vorgeschlagen.

---

# 1 Ausgangslage

---

Im Auftrag des Regierungsrates des Kantons Zug hat die Gesundheitsdirektion das Konzept «Psychische Gesundheit im Kanton Zug 2007 – 2012» erarbeitet. Bis zum Jahr 2012 soll sich in der Gesellschaft und der Fachwelt die Sensibilität bezüglich der psychischen Gesundheit erhöhen. Die Früherkennung und die Frühintervention bei psychischen Krankheiten soll verbessert und die soziale, schulische und berufliche Integration erhalten resp. gefördert werden.

Das Konzept «Psychische Gesundheit im Kanton Zug 2007 – 2012» basiert auf fünf Säulen:

1. Gesellschaftliche Sensibilisierung
2. Förderung der psychischen Gesundheit
3. Früherkennung und Suizidprävention
4. Reintegration
5. Unterstützung der Selbsthilfe

Das vorliegende Konzept zeigt Massnahmen zur Verbesserung der Früherkennung und zur Suizidprävention auf.

# 2 Grundlagen

---

## Internationale Grundlagen

- WHO-Bericht 2001: Mental Health - New Understanding, New Hope
- WHO Europa: Psychische Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Bericht über die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz in Helsinki 2005
- England: National Suicide Prevention Strategy for England 2002
- Schottland: Antistigmakampagne «see me»
- Deutschland: Nationales Suizidpräventionsprogramm

## Nationale Grundlagen

- Nationale Gesundheitspolitik Schweiz: Entwurf Strategie Psychische Gesundheit 2004
- Bericht BAG: Suizid und Suizidprävention in der Schweiz 2005
- Ipsilon, Initiative zur Prävention von Suizid in der Schweiz
- FSSZ, Forum für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich

## Kantonale Grundlagen

- Rahmenkonzept Gesundheitsförderung und Prävention im Kanton Zug 2003
- Zuger Bündnis gegen Depression 2003 – 2005
- Schwerpunkte Regierungsrat 2005–2015
- Konzept Psychische Gesundheit im Kanton Zug 2007 – 2012
- Wissenschaftliche Untersuchung «Suizide im Kanton Zug 1991 – 2007»

## Private Organisationen

- Equilibrium, Verein zur Bewältigung von Depressionen
  - Refugium, Verein für Hinterbliebene nach Suizid
  - Nebelmeer, geführte Selbsthilfegruppe für Jugendliche und junge Erwachsene, die einen Elternteil durch Suizid verloren haben
-

## 3 Früherkennung

---

### 3.1 Allgemeines

Bis zu 30 % der Bevölkerung erkranken im Laufe eines Jahres an einer psychischen Störung. Nur eine Minderheit der Erkrankungen wird frühzeitig erkannt und adäquat behandelt. Das hat für die Betroffenen viel Leiden sowie negative Auswirkungen im beruflichen, familiären und sozialen Umfeld und für die Gesellschaft grosse ökonomische Probleme zur Folge.

Die Früherkennung von Erkrankungen ist dann sinnvoll, wenn eine Frühbehandlung verfügbar ist und der weitere Krankheitsverlauf mit einer Behandlung positiv beeinflusst werden kann.

Früherkennung und frühe Behandlung psychischer Störungen sind für den Heilungsverlauf von entscheidender Bedeutung. Je früher eine Störung erkannt und behandelt wird, umso besser ist die Chance auf Heilung. Damit kann auch ein wesentlicher Beitrag zur Suizidprävention geleistet werden. Untersuchungen haben gezeigt, dass bis zu 90 % der Suizidopfer an einer psychischen Störung mit Krankheitswert gelitten haben (Bronisch, 1999; Finzen, 1997). Ein besonderes Augenmerk ist bei der Früherkennung von psychischen Erkrankungen auf die Gruppe von Menschen mit einem erhöhten Suizidrisiko zu richten (vgl. 4.4.2).

### 3.2 Ziele und Massnahmen zur Früherkennung psychischer Störungen

#### 3.2.1 Früherkennung von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter

Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen treten etwa gleich häufig auf wie bei Erwachsenen. Gemäss einer internationalen Übersichtsarbeit (Ihle et al., 2002) liegt die 6-Monats-Prävalenz (Häufigkeit) psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter bei 17,2 %. Davon entfallen (Mehrfachnennungen möglich):

9,8 % auf Angststörungen

7,5 % auf externalisierende Störungen

5,9 % auf depressive Störungen.

Früherkennung und Frühbehandlung im Kindes- und Jugendalter sind besonders wichtig, da die Verletzlichkeit in diesem Alter besonders hoch ist. Eine Behandlung ist angesichts der noch grossen Plastizität des Gehirns der Kinder und Jugendlichen besonders wirkungsvoll.

**Angststörungen** sind im Kindes- und Jugendalter die häufigsten psychischen Erkrankungen. Im Kindesalter dominieren Trennungsangst und Überängstlichkeit. Diese Störungen nehmen in vielen Fällen einen günstigen Verlauf. In der Pubertät treten soziale Phobie (Angstzustände in der Anwesenheit anderer Menschen) und Agoraphobie (Angst vor weiten Plätzen und bestimmten Orten) sowie Panikstörungen besonders häufig auf.

**Externalisierende Störungen** gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im Kindesalter. Dabei dominieren Störungen des Sozialverhaltens und hyperkinetische Störungen wie ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung). Diese so genannten externalisierenden Störungen werden besonders oft chronisch und haben bisweilen gravierende Konsequenzen für die schulische und berufliche Laufbahn.

---



**Depressive Störungen** sind im Kindesalter eher selten und nehmen erst im Jugendalter zu. Depressive Jugendliche sind stärker suizidgefährdet und bleiben in der psychosozialen, schulischen und beruflichen Entwicklung häufig zurück. Depressionen im Kindes- und Jugendalter sind vielfach mit anderen psychischen Störungen kombiniert. Beim Vorliegen einer Depression ist die Wahrscheinlichkeit, dass zusätzlich eine andere psychische Störung auftritt, um das 20-Fache höher.

**Psychotische Störungen** sind im Kindes- und Jugendalter deutlich seltener als bei Erwachsenen, führen bei fehlender Behandlung jedoch meist zu längerfristigen massiven psychischen und psychosozialen Beeinträchtigungen.

Mit der Behandlungsprävalenz von 3,3% der schweizerischen Minderjährigen steht die Schweiz international an der «Versorgungsspitze» (Haemmerle, 2007). Dennoch besteht auch hier die grundlegende Problematik einer unzureichenden Abklärungs- und Behandlungsquote (Haemmerle, 2007; Sturny et al., 2004).

Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter müssen nicht bestehen bleiben, können jedoch eine erhöhte Vulnerabilität (Anfälligkeit) für psychische Erkrankungen im Erwachsenenalter nach sich ziehen. Ebenso können Störungen im Kindes- und Jugendalter chronisch werden und die weitere psychosoziale Entwicklung stark beeinträchtigen. Frühzeitige Erfassung und Behandlung psychischer Störungen senken dieses Risiko. Nicht immer reichen ambulante Massnahmen aus. Bisweilen sind stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen und/oder pädagogische Platzierungen erforderlich.

Internationale Erhebungen haben gezeigt, dass speziell «School Dropout», also das Nichtbesuchen der Schule – z.B. weil eine Schulphobie oder eine Störung des Sozialverhaltens vorliegt – für die psychosoziale Entwicklung des Kindes ein massiver Risikofaktor ist. Kinder und Jugendliche ohne Schulabschluss gelten überall auf der Welt als gefährdet. Deshalb wirkt die Förderung des Schulbesuchs bei vielen psychischen Störungen präventiv (Bühning et al., 2004). Im Kanton Zug besteht eine Pflicht und ein Recht, nach abgeschlossener Primarschule drei Jahre der Sekundarstufe I zu besuchen. Damit ist gesetzlich geregelt, dass ein vorzeitiger Schulabbruch nicht möglich ist. Verfügt eine Gemeinde einen zeitlich befristeten Schulausschluss, muss sie für eine Sonderschulung besorgt sein.

**Ziel 1: Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter werden frühzeitig erkannt und behandelt, um negative Folgen für die psychosoziale Entwicklung zu minimieren und einer Chronifizierung vorzubeugen.**

#### Bestehende Angebote

- Fachstelle punkto Jugend und Kind (mit Mütter- und Väterberatungsstelle)
  - Kinderschutzgruppe Kanton Zug
  - Familien-Beratungsstellen
  - Schulpsychologischer Dienst
  - Schuldienste (Psychomotorik-Therapie, Logopädie, Schulsozialarbeit, Schulische Heilpädagogik)
  - Schülerberaterinnen und Schülerberater an den Mittelschulen und Berufsschulen
  - Schularztdienste
  - Kinderärztinnen und Kinderärzte
  - Hausärztinnen und Hausärzte
  - Ambulanter Psychiatrischer Dienst für Kinder und Jugendliche APD-KJ
  - Niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiaterinnen sowie Therapeutinnen und Therapeuten
-

- Fortbildungen, Vorträge, Fachtagungen für Ärzteschaft, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Fachleute von Beratungsstellen und gemeindliche Dienste
- Lehrerweiterbildung APD-KJ über psychische Störungen und Präventionsmöglichkeiten (Zentralschweizer Lehrerinnen- und Lehrerweiterbildung)

#### Massnahmen

- Information der Bevölkerung (insbesondere der Erziehungsverantwortlichen und Lehrpersonen) über Art und Häufigkeit psychischer Störungen, die bereits im Kindes- und Jugendalter auftreten. Sensibilisierung durch Information. Aufklärung über Risikofaktoren, schützende Faktoren, typische Symptome sowie Abklärungs- und Behandlungsmöglichkeiten.
- Integration des Themas Früherkennung in die Ausbildung von Lehrpersonen. Spezifische Weiterbildungsangebote zur Früherkennung für Lehrpersonen, für Fachleute in der familienergänzenden Kinderbetreuung und der Jugendarbeit sowie für Eltern (im Rahmen von Elternbildungsangeboten).
- Information der Entscheidungsträger in Schulen und Vormundschaftsbehörden über die Notwendigkeit frühzeitiger Interventionen bei Störungen, welche den regelmässigen Schulbesuch beeinträchtigen.
- Förderung der Zusammenarbeit zwischen den entsprechenden Institutionen, Organisationen und Fachpersonen.

### 3.2.2 Früherkennung von psychischen Störungen im Erwachsenenalter

Depressionen und Suchterkrankungen gehören zu den häufigsten, Psychosen zu den schwerwiegendsten psychischen Störungen. Diese frühzeitig zu erkennen und zu behandeln hilft Leid zu lindern, Chronifizierungen vorzubeugen, schulische und berufliche Abbrüche zu verhindern und Sekundärerkrankungen zu vermeiden. Bleibt eine adäquate frühzeitige Behandlung aus, ist das Risiko einer lebenslangen Beeinträchtigung stark erhöht. Grundsätzlich ist es wichtig, auch jede andere psychische Störung (Angststörung, Persönlichkeitsstörung usw.) zu diagnostizieren, um frühzeitig intervenieren zu können.

**Depressionen** gehören zu den häufigsten psychischen Störungen. 20 % bis 25 % der Menschen erkranken in ihrem Leben an einer Depression. Die Tendenz ist steigend. Im Jahr 2020 werden Depressionen laut WHO die zweithäufigsten Krankheiten hinter Herz-Kreislauf-Erkrankungen sein (WHO 2001). Man schätzt, dass nur jede zweite Depression erkannt und davon wiederum nur die Hälfte behandelt wird. Bedrohlich wird die Depression vor allem auch durch die hohe Suizidrate: 10 % bis 15 % der depressiven Menschen führen einen Selbsttötungsversuch durch. Gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit und eine Verminderung des Antriebs sind Hauptsymptome einer Depression. Damit einhergehen können Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, vermindertes Selbstwertgefühl, Schuldgefühle, Suizidgedanken und Suizidhandlungen sowie Schlafstörungen.

Depressionen können in jeder Lebenssituation auftreten, besonders aber in Phasen des Überganges wie der Adoleszenz, beim Einstieg in die Berufswelt, nach der Geburt eines Kindes (Wochenbettdepression), in den sogenannten Wechseljahren oder nach der Pensionierung.

Ungefähr 1 % aller Menschen erkrankt an einer **Psychose**. Psychosen beruhen auf einer komplexen Störung des Denkens, des Fühlens, des Wollens und des Erlebens. Die Wahrnehmung der Realität kann verändert und gestört sein. Die Erkrankung betrifft meist sehr junge Menschen, die mitten in der Ausbildung oder am Beginn ihrer beruflichen Laufbahn

und Familiengründung stehen. In den meisten Fällen geht dem Ausbruch der Psychose ein längeres Stadium mit unspezifischen Symptomen wie sozialer Rückzug, Misstrauen, Konzentrationsstörungen und einem deutlichen Abfall sozialer Kompetenzen voraus. Die Erkennung dieser Frühzeichen ist ausserordentlich wichtig, um negative Folgen wie Ausbildungsabbruch, Arbeitsplatzverlust, Beeinträchtigung von Beziehungen und Chronifizierung der Erkrankung zu vermeiden.

Auch **Suchterkrankungen** gehören zu den häufigen psychischen Störungen. Betroffen sind ca. 25 % der Bevölkerung. Suchterkrankungen sind oft gepaart mit andern Störungen wie Depressionen, Angsterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen. Die Ursachen für die Entstehung einer Sucht sind vielfältig. Sie hängen von individuellen und gesellschaftlichen Faktoren ab. Einfluss haben auch Verfügbarkeit, Wirkung und Abhängigkeitspotenzial der verschiedenen Drogen. Als Missbrauch bezeichnet man den übermässigen Konsum von Drogen. Medikamente, Alkohol, Nikotin, Amphetamine, Opiate, Cannabisprodukte, LSD, Kokain und Heroin können – in jeweils unterschiedlicher Ausprägung – zuerst zur Gewöhnung, dann zu psychischer und schliesslich zu körperlicher Abhängigkeit führen. Eine Abhängigkeit ist gekennzeichnet durch das Auftreten von Entzugserscheinungen sowie durch Toleranzentwicklung und die dadurch erforderliche Dosissteigerung – ohne Rücksicht auf körperliche oder psychische Schädigungen.

**Ziel 2: Die Bevölkerung ist über die Bedeutung psychischer Erkrankungen informiert und kennt Massnahmen im Bereiche der Gesundheitsförderung. Die Fachleute kennen die häufigsten psychischen Störungen im Erwachsenenalter. Sie kennen die für die Früherkennung und Behandlung wichtigen Beratungsstellen.**

#### Bestehende Angebote

- Hausärztinnen und Hausärzte
- niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
- Ambulante Psychiatrische Dienste (u.a. Früherkennungssprechstunde Psychose)
- Suchtberatungsstelle und Suchtprävention des Gesundheitsamtes des Kantons Zug
- Psychiatrische Kliniken Zugersee, Meissenberg und Littenheid
- Psychoedukationsgruppen für Betroffene und Angehörige an der Psychiatrischen Klinik Zugersee
- Spitex-Dienste, freipraktizierende Hebammen usw.
- Verein Equilibrium, Selbsthilfegruppen für Betroffene und Angehörige
- Öffentlichkeitsarbeit: Zuger Bündnis gegen Depression ([www.zugerbuendnis.ch](http://www.zugerbuendnis.ch)); Aktionsmonat psychische Gesundheit ([www.psychische-gesundheit-zug.ch](http://www.psychische-gesundheit-zug.ch)); Kantonaler Alkohol-Aktionsplan; Vorträge, Fachtagungen zu Themen der psychischen Gesundheit

#### Massnahmen

- Periodische Information der Bevölkerung über psychische Erkrankungen und deren Häufigkeit. Sensibilisierung durch Information. Aufklärung über Risikofaktoren, protektive Faktoren, typische Symptome sowie Abklärungs- und Behandlungsmöglichkeiten, um dadurch psychische Erkrankungen zu enttabuisieren und zu entstigmatisieren.
- Regelmässige Sensibilisierung und kontinuierliche Fortbildung von Fachleuten durch Fachtagungen, Vorträge, Workshops.
- Betriebliche Gesundheitsförderung in öffentlichen und privaten Betrieben. Aus- und Weiterbildungsangebot für Personalverantwortliche. Förderung und Ausbau von Massnahmen und Angeboten der betrieblichen Gesundheitsförderung. Förderung und Ausbau von Früherkennung und Frühintervention bei Suchterkrankungen.
- Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Institutionen, Organisationen und Fachpersonen.

## 4 Suizidprävention

---

### 4.1 Allgemeines

Jährlich sterben in der Schweiz zwischen 1300 und 1400 Menschen durch Suizid (ca. 1000 Männer und 400 Frauen). Dies entspricht beinahe vier Suiziden pro Tag oder einer Suizidrate von 19,1 pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner. Damit weist die Schweiz im internationalen Vergleich eine überdurchschnittlich hohe Suizidrate auf. Wissenschaftliche Erklärungen über die Gründe dafür fehlen weitgehend.

Schätzungen zufolge begehen in der Schweiz pro Jahr 15'000 bis 25'000 Menschen einen Suizidversuch.

Die Faktoren, welche zu einem erhöhten Suizid- und Suizidversuchsrisiko führen können, sind komplex. Neben demografischen Faktoren wie Alter und Geschlecht spielen psychische, biologische, soziale, lebensgeschichtliche und umgebungsbedingte Faktoren eine Rolle. Oft treten Suizide und Suizidversuche im Zusammenhang mit psychischen Krankheiten, insbesondere Depressionen, Psychosen/Schizophrenien und Suchterkrankungen auf (BAG, 2005; Finzen, 1997).

Eine Sonderstellung nehmen die Suizide mit Unterstützung durch Sterbehilfeorganisationen (assistierte Suizide) ein. Aufgrund von Artikel 115 des Schweizerischen Strafgesetzbuches (StGB) ist die Beihilfe zum Suizid straffrei, sofern sie nicht aus selbstsüchtigen Motiven geschieht. Genaue Zahlen darüber liegen für die Schweiz nicht vor. Im Kanton Zug waren es zwischen 1991 und 2007 insgesamt 43, was einem Anteil von 14 % aller Suizide entspricht (Walti, 2008). Die Beihilfe zum Suizid ist aktuell Gegenstand politischer Diskussionen auf nationaler Ebene. Sie ist der Suizidprävention nur indirekt zugänglich.

### 4.2 Suizide im Kanton Zug

Zusammenfassung der wissenschaftlichen Untersuchung der Suizide im Kanton Zug 1991 – 2007 (Walti, 2008):

**Ziel der Untersuchung war es, im Hinblick auf ein Suizidpräventionskonzept für den Kanton Zug Aufschluss über spezifische Risikogruppen und Besonderheiten betreffend Suizidmethoden sowie sogenannter Hot Spots zu erhalten.**

**Untersucht wurden dazu sämtliche Suizide im Kanton Zug zwischen 1991 und 2007.**

**Als Datenquelle dienten die Untersuchungsakten der Staatsanwaltschaft des Kantons Zug. Für statistische Vergleiche mit umliegenden Kantonen bzw. der Schweiz wurde die Todesursachenstatistik des Bundesamtes für Statistik BfS herangezogen, welche im Gegensatz zur Polizeistatistik auf dem Wohnort der Verstorbenen und nicht auf dem Todesort basiert.**

**Im Zeitraum 1991 bis 2007 kam es im Kanton Zug zu insgesamt 314 Suiziden. Suizid begingen doppelt so viele Männer (203) wie Frauen (111). Ein Viertel hatte den Wohnsitz ausserhalb des Kantons Zug. Der hohe Anteil Ausserkantonaler erklärt sich namentlich damit, dass zwei psychiatrische Kliniken mit einem weit über den Kanton hinaus reichenden Einzugsgebiet ihren Standort im Kanton Zug haben, dass die beiden Lorzentobelbrücken als Hot Spots eine überkantonale Anziehungskraft besitzen und dass auch unter den assistierten Suiziden der Anteil Ausserkantonaler überdurchschnittlich hoch ist.**

---

Die Lorzentobelbrücken sind zudem der Grund dafür, dass der Kanton Zug den schweizweit höchsten Anteil an Suiziden durch Sprung aus grosser Höhe aufweist (25 % gegenüber 10 %). Zweithäufigste Methode ist das Erschiessen, eine praktisch ausschliesslich von Männern angewandte Methode.

Bei zwei Dritteln aller Suizidopfer ergaben sich aus den untersuchten Akten Hinweise auf eine zu Grunde liegende psychische Erkrankung, allen voran Depression. Ein Viertel der Opfer stand im letzten Monat vor dem Suizid in stationärer, knapp die Hälfte in ambulanter Behandlung. Diese Zahlen sind als unvollständig zu betrachten, da die Frage nach früheren Erkrankungen und Behandlungen für die untersuchenden Behörden von untergeordneter Bedeutung und oft nur beiläufig ein Thema ist. Gleiches gilt für die untersuchten allgemeinen Risikofaktoren (frühere Suizidversuche, Suizidgedanken, Life Events usw.) sowie für die Suizidmotive (psychische und körperliche Probleme, Schwierigkeiten im Beruf oder in der Familie, finanzielle Probleme usw.).

Im schweizerischen Vergleich liegt die Suizidrate (Anzahl Suizide pro 100'000 Einwohner pro Jahr) im Kanton Zug mit 16,5 im unteren Mittelfeld, was vor allem auf eine niedrige Suizidhäufigkeit unter den älteren Männern zurückzuführen ist, während die Suizidrate bei den Frauen schweizweit an der Spitze liegt. Die Gründe hierfür werden diskutiert (sozioökonomische Faktoren, statistische Effekte), lassen sich aus der vorliegenden Untersuchung aber nicht eindeutig ableiten. Während bei den Frauen im Kanton Zug seit 1990 eine Zunahme der Suizidrate zu verzeichnen ist, lässt sich bei den Männern im gleichen Zeitraum ein genereller Abnahmetrend feststellen.

Schliesslich werden Folgerungen für die Suizidprävention im Kanton Zug gezogen. Nebst Präventionsmassnahmen für einzelne Risikogruppen, wie sie auch vom Bundesamt für Gesundheit gemäss internationalen Richtlinien empfohlen werden, werden methodenspezifische Massnahmen aufgelistet:

- Sicherheitsvorkehrungen an den beiden Lorzentobelbrücken (bereits angebracht)
- Schutzmassnahmen entlang der Bahnstrecke in der Nähe der psychiatrischen Kliniken
- sichere Aufbewahrung von Schusswaffen und Munition
- sichere Aufbewahrung von Medikamenten bzw. regelmässige Entrümpelungsaktionen von Hausapotheken.

Ein kontinuierliches Monitoring der Suizide wird empfohlen, um die Wirksamkeit der getroffenen Präventionsmassnahmen zu überprüfen.

---

### 4.3 Möglichkeiten der Suizidprävention

Das Bundesamt für Gesundheit hat in seinem Bericht «Suizid und Suizidprävention in der Schweiz» (BAG, 2005) Empfehlungen für die Suizidprävention zusammengestellt:

Public-Health-Massnahmen (auf Allgemeinbevölkerung ausgerichtet)	Health-Care-Massnahmen (auf Risikogruppen ausgerichtet)	Forschung und Evaluation
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Massnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung</li> <li>• Sensibilisierung der Bevölkerung in Bezug auf psychische Erkrankungen und Suizidalität</li> <li>• Sensibilisierung von Schlüsselpersonen im Jugendbereich</li> <li>• Schaffung und Förderung niederschwelliger Anlaufstellen</li> <li>• Erschweren des Zugangs zu tödlichen Mitteln</li> <li>• Sorgfältige Medienberichterstattung über Suizide</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aus-, Weiter- und Fortbildung für medizinische Fachpersonen</li> <li>• Schaffung von spezifischen Angeboten und Massnahmen für folgende Risikogruppen:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Personen nach Suizidversuch</li> <li>– Menschen mit Depressionen, Persönlichkeitsstörungen oder chronischen Schizophrenien</li> <li>– Suchtkranke</li> <li>– Strafgefangene</li> <li>– Migrantinnen und Migranten</li> <li>– ältere sozial isolierte Menschen</li> <li>– Menschen mit posttraumatischen Belastungsstörungen</li> </ul> </li> <li>• Nachsorge für Angehörige</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Statistische Erhebung der Suizide und kontinuierliches Monitoring der Suizidversuche</li> <li>• Erarbeitung von Grundlagen für und Entwicklung von zielgruppenspezifischen Präventionsprogrammen</li> <li>• Evaluation der Wirksamkeit von Suizidpräventionsprojekten und -programmen</li> </ul>

Ein neues Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz) soll es dem Bund künftig erlauben, auch im Bereich der Suizidprävention eine nationale Strategie zu entwerfen und konkrete Massnahmen zu ergreifen.

#### 4.4 Ziele und Massnahmen zur Suizidprävention im Kanton Zug

Gestützt auf die Empfehlungen des BAG und die Erkenntnisse aus der Untersuchung der Suizide im Kanton Zug werden im Folgenden Ziele zu fünf Aspekten formuliert und nebst einer Bestandesaufnahme konkrete Massnahmen vorgeschlagen.

Vorrangiges Ziel der Suizidprävention ist die Verhinderung oder zumindest Erschwerung von Kurzschlusshandlungen sowie die Behandlung bzw. Behebung ursächlicher Faktoren (Krisenintervention, Behandlung psychischer Störungen, Begleitung in schwierigen Lebenssituationen usw.). Suizide werden sich aber niemals vollständig verhindern lassen.

##### 4.4.1 Hilfe in Krisensituationen

Die Bewältigung von Krisen und das Verhindern von Kurzschlusshandlungen setzt ein niederschwelliges Hilfsangebot und dessen Bekanntheit in der Bevölkerung voraus. Dies erfordert eine dauernde Sensibilisierung der Menschen, diese Angebote bei Krisen und länger dauernden psychischen Beeinträchtigungen auch zu nutzen. Die Förderung der Gesundheitskompetenz im psychischen Bereich und die Entstigmatisierung und Enttabuisierung psychischer Störungen in der Gesellschaft sind wichtige Grundvoraussetzungen dazu.

**Ziel 3: Es stehen genügend niederschwellige Anlaufstellen für Menschen in psychischen Krisen zur Verfügung. Die Anlaufstellen sind bekannt.**

##### Bestehende Angebote

- Die Dargebotene Hand
- Elternnotruf, Kindernotruf
- Hausärztinnen und Hausärzte, Kinderärztinnen und Kinderärzte
- Niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
- Ambulante Psychiatrische Dienste
- Beratungsstellen
- Spitex-Dienste, freipraktizierende Hebammen usw.
- Seelsorgerinnen und Seelsorger
- Selbsthilfegruppen

##### Massnahmen

- Psychiatrischer Notfalldienst rund um die Uhr (in Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern und den Ambulanten Psychiatrischen Diensten)
- Periodische Bekanntmachung der Anlaufstellen unter Nutzung moderner Kommunikationsmittel (Internet usw.)
- Stärkung der Selbsthilfe

#### 4.4.2 Spezifische Prävention für Risikogruppen

Verschiedene Gruppen von Menschen haben ein erhöhtes Suizidrisiko. Diese gilt es zu erfassen. Ihnen ist ein spezifisch auf sie zugeschnittenes Beratungs- und Behandlungsangebot bereitzustellen.

##### Risikogruppen

- Personen nach Suizidversuch
- Menschen mit psychischen Erkrankungen (Depression, Schizophrenie, posttraumatische Belastungsstörung, Persönlichkeitsstörung)
- Menschen während und nach einer stationären Behandlung in einer psychiatrischen Klinik
- Suchtkranke
- Strafgefangene
- Jugendliche in Krisensituationen
- ältere und sozial isolierte Menschen
- Menschen in schwierigen finanziellen Verhältnissen
- Migrantinnen und Migranten
- chronisch kranke Menschen
- Hinterbliebene von Suizidopfern
- Kinder psychisch kranker Eltern
- Menschen nach Verlust des Lebenspartners durch Tod oder Scheidung

**Ziel 4: Für alle Risikogruppen gibt es ein niederschwelliges und differenziertes Beratungs- und Behandlungsangebot.**

##### Bestehende Angebote

##### Spezifische Angebote der Ambulanten Psychiatrischen Dienste des Kantons Zug

- für gerontopsychiatrische Störungen
- für psychische Störungen bei Müttern mit Kleinkindern
- zur Früherkennung von Psychosen
- Konsiliararzt für Suchtfragen
- Konsiliarärztlicher Dienst in Zuger Spitälern, Alters- und Pflegeheimen
- Gefängnispsychiatrischer Dienst

##### Weitere Angebote im Kanton und der Region

- Psychiatrische Klinik Zugersee (Psychoedukationsgruppe, Gruppe für Angehörige)
- Selbsthilfegruppen (Kontaktstelle Selbsthilfe des eff-zett das fachzentrum, Zug)
- Niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater, Hausärztinnen und Hausärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
- Suchtberatung
- Anlaufstelle des Kantonalen Sozialamtes «Sozialinfo Zug»
- Sozialdienste der Gemeinden
- Pro Senectute, Spitex, Alzheimervereinigung
- Spezialisierte Einrichtungen (Ambulatorium für Kriegs- und Folteropfer, Zürich)



**Massnahmen**

- Ausbau des Konsiliardienstes und Aufbau eines Liaisondienstes im Zuger Kantonsspital
- Nachsorgeprogramm für Menschen nach Suizidversuch
- Tagesklinikangebote sowohl für Kinder und Jugendliche wie auch für Erwachsene
- Kriseninterventionszentrum
- Mobile Teams (zur aufsuchenden, gemeindeintegrierten Akutbehandlung)
- Spezialisierte Gruppenangebote (therapeutische Gruppe für Menschen mit Depressionen, Gruppe für Kinder psychisch kranker Eltern)
- Spezifische Massnahmen für einzelne Risikogruppen

Wo möglich und sinnvoll soll eine Zusammenarbeit mit den Nachbarkantonen geprüft werden.

**4.4.3 Methodenspezifische Prävention**

Die konkrete Verfügbarkeit von Suizidmitteln in einer suizidalen Krise hat Auswirkungen auf die Häufigkeit von Suiziden. Die Verfügbarkeit und die Möglichkeit einer schnellen Umsetzung spielen v. a. bei Kurzschlusshandlungen eine wichtige Rolle. Es ist erwiesen, dass Menschen für sich persönlich nur wenige der potenziellen Suizidmethoden in Betracht ziehen. Selbst einfache Einschränkungen und Hindernisse verringern daher das Risiko für Suizide und impulsive Selbsttötungsversuche nachweisbar (BAG, 2005).

**Ziel 5: Erschweren des Zugangs zu tödlichen Mitteln****Bereits realisierte Massnahmen**

- Bauliche Massnahmen Lorzentobelbrücken (ausgeführt Herbst 2006)

**Massnahmen**

- Abklärung weiterer baulicher Massnahmen an Hot Spots (Bahn)
- Verschärfung der Waffengesetzgebung, Aufbewahrung der persönlichen Armeewaffe und der Munition im Zeughaus (Aufgabe des Bundes)
- Angebot zur freiwilligen Aufbewahrung der Armeewaffe im Zeughaus (Aufgabe von Bund und Kantonen)
- Information und Aufklärung der Bevölkerung über die Notwendigkeit, potenziell gefährliche Gegenstände (z.B. Waffen, Medikamente) angemessen sicher aufzubewahren
- Regelmässiger Aufruf zur Entrümpelung von Hausapotheken
- Überprüfen der ärztlichen Verschreibungspraxis von Medikamenten

**Ziel 6: Statistische Erhebung und Aufarbeitung der Suizide und kontinuierliches Monitoring der Suizidversuche, um u. a. weitere Hinweise für methodenspezifische Prävention zu erhalten.**

#### Bereits realisierte Massnahmen

- Fortlaufende statistische Erfassung der Suizide im Kanton Zug durch die Zuger Polizei
- Wissenschaftliche Untersuchung der Suizide im Kanton Zug 1991 – 2007 (Walti, 2008)

#### Massnahmen

- Schweizweites Monitoring der Suizide und Suizidversuche (Aufgabe von Bund und Kantonen)
- Differenziertes Monitoring der Suizide im Kanton Zug (u. a. zur Überprüfung der Wirksamkeit präventiver Massnahmen) in Zusammenarbeit mit der Zuger Polizei und der Staatsanwaltschaft des Kantons Zug
- Monitoring der Suizidversuche im Kanton Zug in Zusammenarbeit mit dem Zuger Kantonsspital und weiteren Spitälern

#### 4.4.4 Aus- und Weiterbildung

Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten kommt eine wichtige Rolle in der Beurteilung und Behandlung von suizidalen Krisen zu. Auch Pflegende, Lehrpersonen, Auszubildende und Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter haben immer wieder mit dem Thema Suizidalität zu tun, ohne dass dieser Bereich zu ihren Kernaufgaben gehört. Sie verfügen eher selten über genügend Fachwissen, um die Suizidalität eines Menschen einschätzen und geeignete Massnahmen in die Wege leiten zu können. Eine spezifische Erweiterung der Aus- und Weiterbildungsinhalte für all diese Personenkreise ist für die Suizidprävention unerlässlich.

**Ziel 7: Personen, die beruflich immer wieder mit dem Thema Suizidalität konfrontiert werden, sind bezüglich der Möglichkeiten der Früherfassung psychischer Störungen und Risiken für Suizidhandlungen informiert und in der Lage, Menschen in Krisensituationen zu erkennen und geeignete Massnahmen in die Wege zu leiten.**

#### Bestehende Angebote

- Fortbildungen, Vorträge, Fachtagungen für die Ärzteschaft, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Fachleute von Beratungsstellen, Careteams, Heimpersonal usw.
- Helpline der Ambulanten Psychiatrischen Dienste für Fachpersonen
- Flyer der Ambulanten Psychiatrischen Dienste (Früherkennung psychotischer Störungen; Psychische Krise statt Mutterglück; Psychische Störungen im Alter)
- Lehrerfortbildungen des Ambulanten Psychiatrischen Dienstes für Kinder und Jugendliche über psychische Störungen und Präventionsmöglichkeiten (Zentralschweizer Lehrerinnen- und Lehrerweiterbildung)

#### Massnahmen

- Sensibilisierung von Hausärztinnen und Hausärzten, Therapeutinnen und Therapeuten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern, Mitarbeitenden der Pflege, Lehrpersonen und Personalverantwortlichen mittels Weiterbildung und Abgabe von Informationsmaterial (Broschüren, Flyer)

- Fort- und Weiterbildung in Früherkennung und Suizidprävention für Hausärztinnen und Hausärzte, Kinderärztinnen und Kinderärzte sowie Spitalärztinnen und Spitalärzte
- Weiterbildung für Oberstufen- und Berufsschul-Lehrpersonen zum Thema Suizidprävention
- Leitlinien zur Sucht- und Suizidprävention an den Zuger Schulen
- Spezifische Elternbildungsangebote zum Thema Suizidprävention bei Jugendlichen
- Schulung der Polizistinnen und Polizisten

#### 4.4.5 Prävention von Imitationssuiziden

Es ist erwiesen, dass Berichterstattungen über Suizide in den Medien weitere Suizide als sogenannte Imitationshandlungen hervorrufen können («Werther-Effekt»). Problematisch sind insbesondere emotionalisierende, mythologisierende und dramatisierende Berichterstattungen, welche bereits gefährdete, verletzte Menschen beeinflussen und Suizide auslösen können.

#### Ziel 8: Sorgfältige Medienberichterstattung über Suizide

##### Bestehende Unterlagen

- Guidelines zur Medienberichterstattung über Suizide (IPSILON, 2007)

##### Massnahmen

- Verbreitung der Guidelines zur Medienberichterstattung über Suizide
- Kontaktpflege mit den Redaktionsleitungen der lokalen Medien
- Beratung der Medien zum Thema Suizid
- Fortbildungen, Workshops für Medienfachleute

Der Art und Weise, wie Schulen nach einem Suizid informieren, kommt eine grosse Bedeutung zu.

#### Ziel 9: Sorgfältiger Umgang an Schulen nach einem Suizid

##### Bestehende Unterlagen

- Richtlinien für das Verhalten in der Schule nach einem Suizid (Michel, 2004)
- Leitfaden Krisenintervention (DBK, 2002)

##### Massnahmen

- In allen Schulen (öffentlichen und privaten): Bekanntmachung der Richtlinien für das Verhalten in der Schule nach einem Suizid (Michel, 2004). Schulspezifische Umsetzung der Richtlinien. Bezeichnung einer für die Umsetzung verantwortlichen Person in jeder Schule.
- Beratung von Schulen zum Thema Suizid

## 5 Umsetzung

---

Verschiedene Direktionen und Ämter der kantonalen Verwaltung lieferten wertvolle Impulse zum vorliegenden Konzept. Im Rahmen einer Mitwirkungskonferenz brachten Mitglieder von kantonalen und gemeindlichen Behörden und der Rechtspflege, Vertreterinnen und Vertreter von Leistungserbringern, Schulen, Vereinen und Organisationen sowie Betroffene verschiedene Anregungen ein.

Gestützt auf diese Rückmeldungen und unter Berücksichtigung der Dringlichkeit und Realisierbarkeit wurden aus heutiger fachlicher Sicht bei den Massnahmen Priorisierungen vorgenommen (vgl. nachstehende Tabelle) und die entsprechenden Zuständigkeiten festgelegt. Es handelt sich dabei um eine Auswahl von Massnahmen, die weder vollständig noch abschliessend ist. Änderungen auf Grund veränderter Umstände oder Entwicklungen sind jederzeit möglich.

Unter den vorgeschlagenen Massnahmen gibt es vereinzelte, nur einmalig durchzuführende, wie die bauliche Sicherung von Hot Spots. Die meisten Massnahmen sind aber fortlaufende, zeitlich nicht befristete Projekte. Das ganze Konzept Früherkennung und Suizidprävention kann die notwendige Wirkung nur entfalten, wenn es auf Nachhaltigkeit ausgerichtet ist. Eine erste Evaluation soll nach 5-jähriger Projektdauer durchgeführt werden.

Die Umsetzung der Massnahmen soll von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe begleitet und evaluiert werden. Darin sind die wesentlichen Akteure im Bereiche der Suizidprävention durch Schlüsselpersonen vertreten. Die Hauptverantwortung für die Umsetzung des Konzeptes liegt bei den Ambulanten Psychiatrischen Diensten. Die Arbeitsgruppe wird vom Chefarzt der Ambulanten Psychiatrischen Dienste geleitet.

Früherkennung und Suizidprävention sind langfristige und aufwändige Aufgaben. Dazu sind gemeinsame Anstrengungen der verschiedensten Akteure nötig. Einzelne Massnahmen werden von kantonalen Stellen getragen, für andere setzen auch Partnerorganisationen personelle und finanzielle Ressourcen ein. Für die Umsetzung einzelner struktureller Massnahmen sind zusätzliche politische Entscheide nötig.

---

**Ausgewählte Massnahmen zur Früherkennung und Suizidprävention im Kanton Zug nach Prioritäten**

Priorität	Massnahme	Ziel Nr.	Verantwortlich
I	Öffentlichkeitsarbeit: Information, Enttabuisierung, Entstigmatisierung	1+2	Gesundheitsamt
I	Aus- und Weiterbildung von Lehr- und Erziehungspersonen	1+7	Gesundheitsamt, eff-zett das fachzentrum (Elternbildung)
I	Psychiatrischer Notfalldienst	3	Niedergelassene Psychiaterinnen/Psychiater, Ambulante Psychiatrische Dienste
I	Nachsorgeprogramm für Menschen nach Suizidversuch	4	Ambulante Psychiatrische Dienste
I	Sicherungsmassnahmen Bahnstrecke Oberwil (Zug)	5	Baudirektion in Zusammenarbeit mit SBB
I	Monitoring der Suizide und Suizidversuche im Kanton Zug	6	Ambulante Psychiatrische Dienste in Zusammenarbeit mit Staatsanwaltschaft Zug bzw. Zuger Kantonsspital
II	Tagesklinik-Angebot für Erwachsene	4	Gesundheitsdirektion
II	Entrümpelungsaktionen Hausapotheken	5	Apothekerverein des Kantons Zug
II	Schulung für Medienfachleute	8	Verein IPSILON
II	Richtlinien für kantonale und gemeindliche Schulen	9	Direktion für Bildung und Kultur
III	Tagesklinik-Angebot für Kinder und Jugendliche	1+4	Gesundheitsdirektion
III	Kriseninterventionsstation	4	Gesundheitsdirektion

Priorität I: hoch, Realisierung innerhalb von 1 bis 3 Jahren

Priorität II: mittel, Realisierung innerhalb von 3 bis 5 Jahren

Priorität III: niedrig, Realisierung innerhalb von 5 bis 10 Jahren nach vorgängiger Bedarfsabklärung

## 6 Literaturverzeichnis

---

- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2005). Suizid und Suizidprävention in der Schweiz, Bericht in Erfüllung des Postulates Widmer. Bundesamt für Gesundheit, Direktionsbereich Gesundheitspolitik. (Mit ausführlichem Literaturverzeichnis zum Thema Suizid)
- Bronisch, T. (1999). Der Suizid. Ursachen, Warnsignale, Prävention. München, C.H. Beck.
- Bühning, P., Marx, C. (2004). Weltkongress für Kinder- und Jugendpsychiatrie: «Präventiv muss weltweit der Schulbesuch gefördert werden». Deutsches Ärzteblatt, PP3, S. 353f.
- DBK, Direktion für Bildung und Kultur des Kantons Zug, Schulpsychologischer Dienst des Kantons Zug (2002). Leitfaden Krisenintervention (an Schulen).
- Finzen, A. (1997). Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen. Prävention, Behandlung, Bewältigung. Bonn, Psychiatrie-Verlag.
- Haemmerle, P. (2007). Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in der Schweiz - Ist-Zustand und Perspektiven. Master-Thesis zur Erlangung des Master of Public Health.
- Ihle, W., Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. Psychologische Rundschau, 53, 159-169.
- IPSILON (2007). Medien und Suizid, ein Leitfaden für Medienschaffende. IPSILON, Initiative zur Prävention von Suizid in der Schweiz.
- Michel, K. (2004). Richtlinien für das Verhalten in der Schule nach einem Suizid. Erhältlich beim Autor, Prof. Dr. Konrad Michel, Psychiatrische Poliklinik, Inselspital, 3010 Bern.
- Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (2004). Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz. Entwurf Februar 2004.
- Schmidt, M.H. (2004). Verlauf von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Deutsches Ärzteblatt, PP3, S. 476f.
- Sturny, I., Cerboni, S., Christen, S. & Meyer, P.C. (2004). Daten zur Versorgung psychisch Kranker in der Schweiz. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Walti-Jenny, M., Walti, H.P. (2008). Suizide im Kanton Zug 1991 – 2007, eine wissenschaftliche Untersuchung. Ambulante Psychiatrische Dienste des Kantons Zug.
- WHO (2001). World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- WHO (2006). Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Bericht über die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz. WHO-Regionalbüro für Europa, Kopenhagen, Dänemark.
-

## Impressum

Dr. med. Hanspeter Walti, Chefarzt APD  
Dr. med. Regula Blattmann, Leitende Ärztin APD-KJ  
Dr. med. Claudia Hess-Candinas, Oberärztin APD-E  
lic. phil. Sonya Glanzmann Neutzler, Psychologin APD-KJ

### Kontakt:

Dr. med. Hanspeter Walti, Amtsleiter und Chefarzt der Ambulanten Psychiatrischen Dienste des Kantons Zug  
T 041 723 66 00, hanspeter.walti@zg.ch

Das Konzept kann kostenlos bezogen werden bei:

Gesundheitsdirektion des Kantons Zug  
Neugasse 2, Postfach 455, 6301 Zug  
T 041 728 35 04, info.gd@zg.ch

oder bei:

Ambulante Psychiatrische Dienste des Kantons Zug  
Rathausstrasse 1, Postfach 445, 6341 Baar  
T 041 723 66 00, info.apd@zg.ch

Download: [www.zug.ch/apd](http://www.zug.ch/apd)

© 2009 Gesundheitsdirektion des Kantons Zug

