



---

Schlussbericht – 20. März 2020

---

# **Bedürfnisse von Angehörigen mit psychisch erkrankten suizidalen Personen in ihrem Umfeld**

Empfehlungen zur Unterstützung der Angehörigen für Kliniken und Fachpersonen im Bereich der stationären Psychiatrie

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit

# Impressum

## Empfohlene Zitierweise

Autorinnen: Manike Katja, Kraft Eliane (Ecoplan)

Titel: Bedürfnisse von Angehörigen mit psychisch erkrankten suizidalen Personen in ihrem Umfeld  
Empfehlungen zur Unterstützung der Angehörigen für Kliniken und Fachpersonen im Bereich der stationären Psychiatrie

Auftraggeber: Bundesamt für Gesundheit  
Ort: Bern  
Datum: 20.03.2020

## Projektteam

Katja Manike, Ecoplan  
Eliane Kraft, Ecoplan  
Sara Duric, Repubblica e Cantone Ticino

## Auftraggeberinnen

Esther Walter, BAG  
Rebecca Jaks, BAG

Der Bericht gibt die Auffassung des Projektteams wieder, die nicht notwendigerweise mit derjenigen des Auftraggebers bzw. der Auftraggeberin oder der Begleitorgane übereinstimmen muss.

## ECOPLAN AG

Forschung und Beratung  
in Wirtschaft und Politik

[www.ecoplan.ch](http://www.ecoplan.ch)

Monbijoustrasse 14  
CH - 3011 Bern  
Tel +41 31 356 61 61  
[bern@ecoplan.ch](mailto:bern@ecoplan.ch)

Dätwylerstrasse 25  
CH - 6460 Altdorf  
Tel +41 41 870 90 60  
[altdorf@ecoplan.ch](mailto:altdorf@ecoplan.ch)

## Inhaltsverzeichnis

<b>Management Summary (Deutsch und Französisch)</b> .....	<b>2</b>
<b>1 Kontext, Ziele und Forschungsdesign</b> .....	<b>4</b>
1.1 Gesellschaftlicher Kontext.....	6
1.2 Gesundheitspolitische Aktivitäten .....	7
1.3 Ziele des Mandats .....	7
1.4 Forschungsdesign .....	8
1.4.1 Grenzen des Forschungsdesigns .....	9
1.5 Begrifflichkeiten.....	10
<b>2 Die wichtigsten Ergebnisse der Workshops mit Angehörigen</b> .....	<b>11</b>
2.1 Zusammenhang zwischen Bedürfnissen und Problemen.....	11
2.2 Das zentrale Problemfeld: Informationsdefizit .....	12
2.3 Probleme bzw. Problemfelder der betreuenden Angehörigen im Detail.....	12
2.3.1 Weitere Probleme und Herausforderungen der Angehörigen .....	14
2.4 Bedürfnisse der Angehörigen.....	15
2.5 Informations- und Kommunikationskanäle.....	15
<b>3 Die wichtigsten Ergebnisse der Fachpersonen-Workshops</b> .....	<b>16</b>
3.1 Erwartungen der Fachpersonen in der Angehörigenrolle .....	16
3.1.1 Erwartungen der Fachpersonen in der Angehörigenrolle im Detail .....	16
3.2 Stolpersteine der Fachpersonen im Berufsalltag .....	17
<b>4 Die wichtigsten Ergebnisse der Validierungsworkshops</b> .....	<b>22</b>
4.1.1 Generelle Resultate aller vorläufigen Empfehlungen .....	22
4.1.2 Spezifische Resultate im Tessin .....	23
4.1.3 Gewünschte Praxis-Tools .....	23
<b>5 Empfehlungen zur Unterstützung der betreuenden Angehörigen für Kliniken und Fachpersonen im Bereich der stationären Psychiatrie</b> .....	<b>24</b>
5.1 Empfehlung auf der Haltungs- und Einstellungsebene.....	24
5.2 Empfehlungen auf Ebene Organisation .....	25
5.3 Empfehlungen auf Ebene Weiterbildung / Schulung .....	27
5.4 Empfehlungen auf Ebene des Patientenpfads.....	28
5.5 Hinweise zur Dissemination und Umsetzung der Empfehlungen .....	35
5.6 Empfehlungen im Überblick .....	36

<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>37</b>
<b>Anhang A .....</b>	<b>38</b>
<b>Anhang B .....</b>	<b>39</b>
<b>Anhang C .....</b>	<b>41</b>

## Management Summary

### Kontext

Ecoplan wurde vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) im Rahmen des Förderprogramms «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017-2020» und des «Aktionsplans Suizidprävention» mit der vorliegenden Studie beauftragt. Diese Studie **vertieft die Aspekte, die für den Einbezug von betreuenden Angehörigen bei der Suizidprävention bei Klinikaustritten relevant sind**. In den Empfehlungen für Gesundheitsfachpersonen «Suizidprävention bei Klinikaustritten» (2019) wird bereits der Einbezug von betreuenden Angehörigen erwähnt, ohne jedoch darzulegen wie genau die Angehörigen beim stationär-ambulanten Übergang bedürfnisgerecht einbezogen werden können. Diese Lücke schliesst der vorliegende Bericht.

### Ziele und Methoden

Mit diesem Mandat soll Ecoplan

- Die **Bedürfnisse der betreuenden Angehörigen** suizidaler Menschen im stationär-ambulanten Übergang identifizieren.
- Die notwendigen **Kompetenzen** und geeigneten **Rahmenbedingungen** für **Fachpersonen bzw. psychiatrische Kliniken** im Hinblick auf die bedürfnisgerechte Unterstützung der betreuenden Angehörigen aufzeigen.
- Praxistaugliche und konkrete **Empfehlungen** sowie **Umsetzungsvorschläge** zu Händen der Fachpersonen und der Institutionen der psychiatrischen Versorgung erarbeiten.

Ecoplan hat in Absprache mit dem Auftraggeber ein qualitativ-exploratives Forschungsdesign gewählt, um die Ziele des Mandats zu erreichen. Die Forschungsphasen wurden in der Deutschschweiz und im Tessin parallel durchgeführt:

- In der Phase 1 (**Erhebung Angehörigenbedürfnisse**) wurden moderierte Workshops mit betreuenden Angehörigen von suizidalen Menschen durchgeführt.
- In der Phase 2 (**Spiegelung der Angehörigenbedürfnisse mit Fachpersonen der Psychiatrie, Allgemeinmedizin und Sozialarbeit**) wurden moderierte Workshops mit Fachpersonen der Psychiatrie durchgeführt.
- In der Phase 3 (**Validierung**) hat das Projektteam auf Grundlage der Workshops in Phase 1 und 2 vorläufige Empfehlungen ausgearbeitet. Diese wurden in moderierten Validierungsworkshops von betreuenden Angehörigen und Fachpersonen der Psychiatrie validiert.

### Ergebnisse und Empfehlungen

Angehörige bzw. Vertrauenspersonen von suizidalen Menschen haben folgende Bedürfnisse:

- Bedürfnis nach **Information** rund um die suizidale Person (Gesundheitszustand, Behandlungskonzept und -Dauer, Perspektiven, Krankheitsbild, Auswirkungen der Krankheit auf das Umfeld)
- Bedürfnis nach mehr **Gesprächszeit** mit Fachpersonen

- Bedürfnis nach **proaktiver Unterstützung und Kontaktaufnahme**
- Bedürfnis nach **Anerkennung und Wertschätzung**
- Bedürfnis nach frühzeitiger **Planung und Vorankündigungen von Entlassungen**

Eine wichtige Erkenntnis des Projekts ist, dass es keine Diskrepanz auf normativer Ebene zwischen Fachpersonen und Angehörigen in Punkto Einbezug der Angehörigen gibt. Das heisst, sowohl Angehörige als auch Fachpersonen sind davon überzeugt, dass es wichtig ist, die Angehörigen während des gesamten Aufenthalts der Patientin bzw. des Patienten in der Klinik einzubeziehen. Die Differenz zwischen dem normativen «Soll-Zustand» und dem «Ist-Zustand» können auf Hürden im Berufsalltag bzw. der klinischen Praxis zurückgeführt werden.

Gestützt auf die Workshops wurden folgende Empfehlungen erarbeitet, die in der nachfolgenden Tabelle summarisch zusammengefasst sind. Die Herleitung und Begründung jeder Empfehlung befinden sich in Kapitel 3 dieses Berichts

<b>Nr</b>	<b>Titel der Empfehlung</b>
<b>Empfehlungen auf der Haltungs- und Einstellungsebene</b>	
1	Angehörigen auf Augenhöhe begegnen
<b>Empfehlungen auf Ebene Organisation</b>	
2	Anhörungsrecht für Angehörige schaffen
3	Beratungsstellen für Angehörige institutionalisieren
<b>Empfehlungen auf Ebene Weiterbildung / Schulung</b>	
4	Fachpersonen der Psychiatrie in Punkto Angehörigenkommunikation schulen und sensibilisieren
<b>Empfehlungen auf Ebene des Patientenpfads</b>	
5	Beim Eintritt Merkblatt für Angehörige bereitstellen
6	Die Person mit erhöhtem Suizidrisiko dabei unterstützen, das soziale Umfeld miteinzubeziehen
7	Angehörige frühzeitig und proaktiv kontaktieren
8	Informationsmaterial an Angehörige abgeben
9	Angehörige bei Rundtischgesprächen involvieren
10	Austrittstermin unter Einbezug der Angehörigen frühzeitig planen
11	Vor dem Austritt individuelle Notfallkarte bzw. Notfallplan mit Angehörigen erarbeiten

## Synthèse

### Contexte

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a chargé Ecoplan de réaliser la présente étude dans le cadre du programme de promotion « Offres visant à décharger les proches aidants 2017-2020 » et du plan d'action Prévention du suicide. Cette étude **approfondit les aspects pertinents pour l'implication des proches aidants dans la prévention du suicide après un séjour hospitalier**. Les recommandations intitulées « Prévention du suicide après un séjour hospitalier » (2019) évoquent déjà cette question, mais sans expliquer précisément comment les proches aidants peuvent être impliqués d'une manière adaptée aux besoins lors de la transition stationnaire-ambulatoire. Le présent rapport comble cette lacune.

### Objectifs et méthodes

Dans le cadre de ce mandat, Ecoplan doit :

- identifier les **besoins des proches aidants** des personnes suicidaires lors de la transition stationnaire-ambulatoire ;
- mettre en évidence les **compétences** nécessaires et les **conditions générales** adaptées pour que les **professionnels et les hôpitaux psychiatriques** puissent soutenir les proches aidants d'une façon qui réponde à leurs besoins ;
- élaborer des **recommandations** et des **propositions de mise en œuvre** concrètes et praticables à l'attention des professionnels et des institutions de soins psychiatriques.

En accord avec le mandant, Ecoplan a opté pour une méthodologie qualitative et exploratoire afin d'atteindre les objectifs du mandat. Les différentes phases de recherche ont été menées en parallèle en Suisse alémanique et au Tessin :

- Lors de la phase 1 (**inventaire des besoins des proches aidants**), des ateliers supervisés avec des proches aidants de personnes suicidaires ont été organisés.
- Lors de la phase 2 (**enquête sur la perception des besoins des proches aidants par les professionnels de la psychiatrie**), des ateliers supervisés ont été organisés avec des professionnels de la psychiatrie.
- Lors de la phase 3 (**validation**), l'équipe de projet a produit des recommandations provisoires sur la base des ateliers des phases 1 et 2. Celles-ci ont été validées lors d'ateliers supervisés réunissant des proches aidants et des professionnels de la psychiatrie.

### Résultats et recommandations

Les proches et les personnes de confiance des personnes suicidaires ont besoin :

- d'**informations** sur la personne suicidaire (état de santé, schéma et durée du traitement, perspectives, tableau clinique, conséquences de la maladie pour l'entourage) ;
- de plus de **temps de parole** avec les professionnels ;

- d'être **soutenus et contactés de manière proactive** ;
- de **reconnaissance** et d'**estime** ;
- que les sorties d'hôpital soient **planifiées et annoncées suffisamment à l'avance**.

L'un des enseignements majeurs du projet est qu'il n'y a pas de divergence sur le plan normatif entre les professionnels et les proches en ce qui concerne l'implication de ces derniers. Proches comme professionnels sont convaincus de l'importance d'impliquer les proches pendant toute la durée du séjour du patient à l'hôpital. La différence entre la situation souhaitée et la situation actuelle est à mettre sur le compte d'obstacles dans le quotidien professionnel et la pratique clinique.

Les recommandations synthétisées sommairement dans le tableau suivant ont été élaborées sur la base des ateliers. L'origine et la justification de chaque recommandation figurent au chapitre 3.

<b>N° Titre de la recommandation</b>	
<b>Recommandations concernant l'attitude et l'état d'esprit</b>	
1	Traiter les proches d'égal à égal
<b>Recommandations concernant l'organisation</b>	
2	Instaurer pour les proches un droit d'être entendu
3	Institutionnaliser les services de conseil aux proches
<b>Recommandations concernant la formation et le perfectionnement</b>	
4	Former et sensibiliser les professionnels de la psychiatrie à la communication avec les proches
<b>Recommandations concernant le parcours du patient</b>	
5	Lors de l'admission à l'hôpital, fournir une fiche d'information aux proches
6	Encourager la personne suicidaire à impliquer son entourage
7	Contacteur les proches tôt et de manière proactive
8	Remettre du matériel d'information aux proches
9	Inviter les proches aux réunions consacrées au patient
10	Planifier la sortie du patient longtemps à l'avance et en impliquant les proches
11	Avec la sortie du patient, élaborer avec les proches une carte d'appel d'urgence ou un plan d'urgence



# 1 Kontext, Ziele und Forschungsdesign

## 1.1 Gesellschaftlicher Kontext

In der Schweiz sterben pro Jahr ca. 1'000 Menschen durch Suizide und ca. 10'000 Personen werden nach einem Suizidversuch medizinisch behandelt.<sup>1</sup> 90% dieser Menschen leiden an einer psychischen Erkrankung, allen voran an Depressionen.<sup>2</sup> Depressionen sind oft die Folge von Belastungen und Suizidalität ein komplexes Phänomen, das nicht auf einzelne Ursachen oder Depressivität alleine reduziert werden darf. Menschen, die einen Suizid(versuch) machen, empfinden ihre Lebenssituation als unerträglich und sind davon überzeugt, dass sich ihre nicht aushaltbare Situation auch in Zukunft nicht ändern wird.

Suizidprävention ist daher eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die über eine gute Gesundheitsversorgung psychisch Erkrankter hinausgeht. Sie setzt bei Massnahmen der Primärprävention an, z.B. mit dem Ziel die Bevölkerung in ihren Bewältigungsstrategien zu stärken und ihre soziale Teilhabe zu fördern.

Die Suizidrate in der Schweiz liegt im europäischen Durchschnitt.<sup>3</sup> Die Schweiz verfolgt mit Hilfe des **Aktionsplans Suizidprävention** das Ziel, die Anzahl Suizide pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner bis 2030 um 25% zu reduzieren.

In den letzten Jahren wurde der Rolle der **betreuenden Angehörigen** sowohl wissenschaftlich als auch politisch mehr Beachtung geschenkt, dennoch bestehen einige Wissens- und Erfahrungslücken. Betreuende Angehörige sowie das gesamte soziale Umfeld spielen bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung eine wichtige Rolle. Aus der Forschung ist bekannt, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung ein erhöhtes Suizidrisiko haben. Das erhöhte Suizidrisiko besteht insbesondere auch während und kurz nach einem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik.<sup>4</sup> Für die Angehörigen kann die Betreuung einer psychisch kranken suizidalen Person eine erhebliche psychosoziale und zeitliche Belastung darstellen, weshalb Entlastungsangebote für betreuende Angehörige auf der gesundheitspolitischen Agenda stehen. Betreuende Angehörige sind für das Versorgungssystem eine wichtige Ressource. Eine gute Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen und Betroffenen sowie deren Angehörigen ist deshalb von grosser Bedeutung.

---

<sup>1</sup> BFS (2020), Statistik der Todesursachen.

<sup>2</sup> Hewer/Rössler (1997), Mortalität von Patienten mit funktionellen psychischen Erkrankungen während des Zeitraums stationärer Behandlung.

<sup>3</sup> Obsan Bulletin Suizid (2019), Suizidgedanken und Suizidversuche in der Schweizer Bevölkerung.

<sup>4</sup> Dialog Ethik (2018), Literaturrecherche zu Suiziden und Suizidversuchen während und nach Psychiatrieaufenthalt.

## 1.2 Gesundheitspolitische Aktivitäten

Die vorliegende Studie befindet sich an der Schnittstelle des «Aktionsplans Suizidprävention» und des «Aktionsplans zur Unterstützung und Entlastung von pflegenden Angehörigen»:

- Der **Aktionsplan Suizidprävention**<sup>5</sup> wurde vom Bund gemeinsam mit weiteren Akteuren erarbeitet und 2016 verabschiedet. Der Aktionsplan will einen Beitrag leisten, Suizide oder Suizidversuche während Belastungskrisen oder bei psychischen Erkrankungen zu reduzieren. 2018 hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) im Rahmen des Aktionsplans Suizidprävention zusammen mit der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) das Projekt «Suizidprävention während und nach Psychiatrieaufenthalten»<sup>6</sup> initiiert. Zusammen mit den mitwirkenden Organisationen<sup>7</sup> entstand aus diesem Projekt die Broschüre «Suizidprävention bei Klinikaustritten. Empfehlungen für Gesundheitsfachpersonen», die im August 2019 veröffentlicht wurde.<sup>8</sup> 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. Der Einbezug der Angehörigen ist in den Empfehlungen berücksichtigt, Angehörige und deren Bedürfnisse stehen jedoch nicht im Mittelpunkt. Mit dem vorliegenden Bericht werden die allgemein gehaltenen Empfehlungen vom August 2019 hinsichtlich des Einbezugs der Angehörigen konkretisiert.
- Mit dem **Aktionsplan betreuende Angehörige**<sup>9</sup> will der Bundesrat die Rahmenbedingungen für betreuende und pflegende Angehörige verbessern. Die Umsetzung des Aktionsplans wird vom Förderprogramm «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017-2020» unterstützt. Das Förderprogramm erforscht die Situation und Bedürfnisse von betreuenden Angehörigen, damit die Unterstützungs- und Entlastungsangebote bedarfsgerecht weiterentwickelt werden können.

## 1.3 Ziele des Mandats

Ecoplan wurde vom BAG im Rahmen des Nationalen Aktionsplan Suizidprävention und des Förderprogramms «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige» beauftragt,

- a) die **Bedürfnisse der betreuenden Angehörigen** suizidaler Menschen im stationär-ambulanten Übergang zu identifizieren.

---

<sup>5</sup> BAG (2020a), Aktionsplan Suizidprävention

<sup>6</sup> BAG (2019a), Suizidprävention in der psychiatrischen Versorgung.

<sup>7</sup> Neben Berufsverbände von Gesundheitsfachpersonen, hat auch eine Angehörigenorganisation an den Empfehlungen mitgewirkt.

<sup>8</sup> BAG (2019b), Suizidprävention bei Klinikaustritten – Empfehlungen für Gesundheitsfachpersonen.

<sup>9</sup> BAG (2020), Aktionsplan für betreuende und pflegende Angehörige.

- b) die notwendigen **Kompetenzen** und geeigneten **Rahmenbedingungen** für **Fachpersonen bzw. psychiatrische Kliniken** im Hinblick auf die bedürfnisgerechte Unterstützung der betreuenden Angehörigen aufzuzeigen.
- c) praxistaugliche und konkrete **Empfehlungen** zu Händen der Fachpersonen und der Institutionen der psychiatrischen Versorgung zu erarbeiten.

## 1.4 Forschungsdesign

Es wurde ein qualitativ-exploratives Forschungsdesign gewählt, um die Ziele des Mandats zu erreichen. Das gewählte Design wurde in der Deutschschweiz und im Tessin parallel umgesetzt:

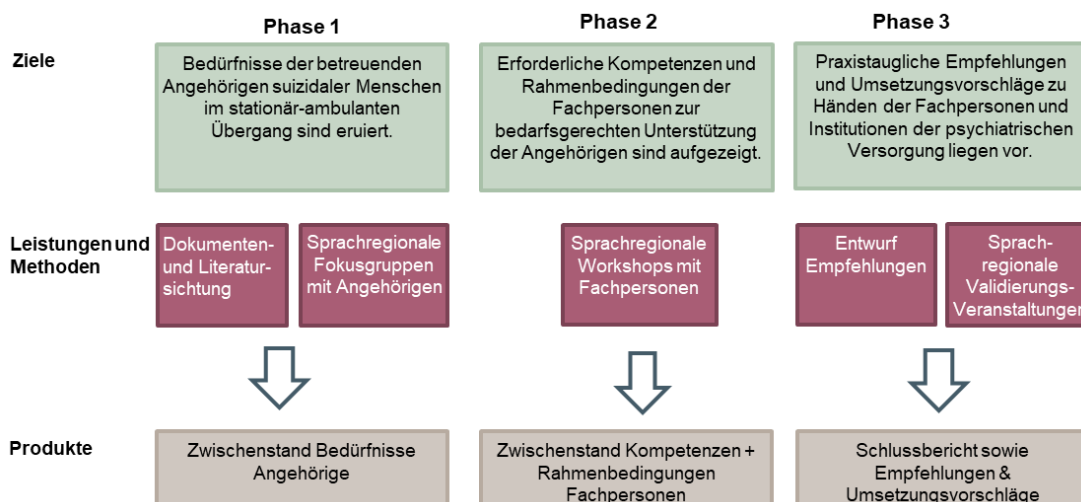
- In der **Phase 1** (Erhebung Angehörigenbedürfnisse) wurde je ein moderierter Workshop mit 7 bzw. 4 **betreuenden Angehörigen**<sup>10</sup> von suizidalen Menschen in der deutsch- und italienischsprachigen Schweiz durchgeführt. Die Angehörigen wurden in der deutsch- und italienischsprachigen Schweiz mit Unterstützung von VASK Schweiz (Dachverband der Vereinigungen von Angehörigen psychisch Kranker) rekrutiert. Im Tessin war zusätzlich Pro Mente Santa bei der Angehörigenrekrutierung aktiv. Das Ziel der Workshops war, über die Identifikation von Problemfeldern die Bedürfnisse der betreuenden Angehörigen mit Fokus auf den stationär-ambulanten Übergang zu identifizieren.
- In der **Phase 2** (Spiegelung der Angehörigenbedürfnisse mit Fachpersonen) wurde je ein moderierter Workshop mit 14 bzw. 13 **Fachpersonen** aus dem Bereich der Psychiatrie<sup>11</sup> in der deutsch- und italienischsprachigen Schweiz mit folgenden Zielen durchgeführt: a) Diskussion der Angehörigenbedürfnisse b) Identifizierung der strukturellen und individuellen Hürden im Hinblick auf die Abdeckung der Angehörigenbedürfnisse c) Erarbeitung von Massnahmen und Lösungsansätze zur besseren Abdeckung der Angehörigenbedürfnisse. Für die Rekrutierung der Fachpersonen wurde in der Deutschschweiz mit dem Verein Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie zusammengearbeitet. In der italienischsprachigen Schweiz wurden die Fachpersonen von der Projektumsetzerin im Tessin rekrutiert.
- In der **Phase 3** (Erarbeitung und Validierung von Empfehlungen) hat das Projektteam auf Grundlage der Workshops in den Phasen 1 und 2 vorläufige **Empfehlungen** ausgearbeitet. Diese wurden in je einem moderierten Validierungsworkshop in der deutsch- und italienischsprachigen Schweiz kritisch diskutiert. An den **Validierungswshops** haben Angehörige von suizidalen Menschen sowie Fachpersonen teilgenommen (17 Personen in der Deutschschweiz und 9 im Tessin). Die vorläufigen Empfehlungen wurden – gestützt auf die Ergebnisse der Validierungswshops und telefonischer Rückfragen mit einzelnen Teilnehmenden – überarbeitet und in den vorliegenden Schlussbericht integriert.

---

<sup>10</sup> Die Teilnehmenden der Angehörigen-Workshops waren alle Erwachsene, die sich um psychisch kranke und suizidale Menschen ihres nahen Umfelds kümmern (Minderjährige und Erwachsene). Darunter sowohl Angehörige, deren nahestehenden Menschen einen oder mehrere Suizidversuche überlebt haben, als auch hinterbliebene Angehörige. Alle suizidalen Menschen der Angehörigen haben bzw. hatten einen oder mehrere Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken. Aus ethischen Überlegungen nahmen keine minderjährigen Angehörige an den Workshops teil.

<sup>11</sup> Es wurden Fachpersonen aus folgenden Bereichen einbezogen: Psychiatrie stationär, Tageskliniken, Psychiatrie Spitex bzw. ambulant, Sozialpsychiatrie.

Abbildung 1: Forschungsdesign im Überblick



#### 1.4.1 Grenzen des Forschungsdesigns

Aufgrund des **qualitativen** und **explorativen Ansatzes** sind die Ergebnisse **nicht repräsentativ**. Die Anzahl der Workshopteilnehmenden ist klein (n=4-7 bei den Angehörigen-Workshops und n=13-14 bei den Fachpersonen-Workshops und n=9-17 bei den Validierungsworkshops). Zudem ist ein «selection bias» wahrscheinlich, da die Angehörigen nicht zufällig ausgewählt werden konnten<sup>12</sup>, sondern aktiv angesprochen werden mussten. Es ist wahrscheinlich, dass die Teilnehmenden der Angehörigen-Workshops überdurchschnittlich interessierte und engagierte Angehörige sind (was sich teilweise auch in ihrem Engagement für die VASK manifestiert).

Aufgrund der sensiblen Thematik konnten keine Angehörigen rekrutiert werden, bei denen der Suizid(versuch) in ihrem Umfeld aktuell bzw. erst vor kurzem stattgefunden hat. Aufgrund begrenzter Ressourcen konnten die Workshops nicht in allen drei Sprachregionen der Schweiz durchgeführt werden. Da die italienischsprachige Schweiz oft unterrepräsentiert ist, haben wir uns aktiv um einen Umsetzungspartner im Tessin bemüht. Das Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Tessin hat grosses Interesse gezeigt und als Projektpartner die Umsetzung im Tessin organisiert und durchgeführt.<sup>13</sup>

<sup>12</sup> Beim hochsensiblen Thema Suizid war eine randomisierte Rekrutierung der Teilnehmenden im Rahmen der bestehenden Ressourcen nicht möglich.

<sup>13</sup> Verantwortliche Person im Kanton Tessin ist Sara Duric, wissenschaftliche Mitarbeiterin der «Divisione dell'azione sociale e delle famiglie».

## 1.5 Begrifflichkeiten

Im vorliegenden Bericht werden die nachfolgenden Begriffe wie folgt verwendet:

### **Suizidalität**

Überbegriff für alle Denk-, Handlungs- und Verhaltensweisen eines Menschen, die darauf abzielen den eigenen Tod aktiv und selbst herbeizuführen oder passiv in Kauf zu nehmen. Suizidalität kommt in verschiedenen Ausprägungen mit fließenden Übergängen vor, die von latenten Suizidgedanken bis hin zur akuten und konkreten Suizidabsichten reichen und meistens mit einer psychischen Erkrankung einhergeht.

### **Fachpersonen**

Überbegriff für alle Fachpersonen der stationären und ambulanten Versorgung im Bereich der Psychiatrie (u.a. Ärzteschaft, Pflege, Psychotherapie).

### **Betreuende Angehörige**

Überbegriff für Familienmitglieder oder nicht verwandte Vertrauenspersonen, die sich um eine nahestehende suizidale Person kümmern bzw. diese unterstützen. Die Formen der Unterstützung sind vielfältig und können von der Unterstützung bei administrativen und finanziellen Belangen, Haushaltsführung, Alltagsbewältigung, Körperpflege bis hin zu psychosozialer Unterstützung reichen.

## 2 Die wichtigsten Ergebnisse der Workshops mit Angehörigen

Nachfolgend werden die wichtigsten Ergebnisse der Workshops mit betreuenden Angehörigen vorgestellt.

### 2.1 Zusammenhang zwischen Bedürfnissen und Problemen

Um Bedürfnisse formulieren zu können, müssen Menschen in eine Metaebene wechseln. In der Regel können Menschen besser ihre Probleme benennen, weil diese unmittelbar empfunden werden. Aus diesen Gründen haben die Angehörigen in den Workshops<sup>14</sup> ihre **Probleme** beschrieben und die Moderatorinnen haben zusammen mit den Angehörigen die Einzelprobleme zu **Problemfeldern** geclustert. In einem zweiten Schritt hat das Projektteam daraus die Bedürfnisse der Angehörigen abgeleitet, die im Workshop der Phase drei validiert wurden.

In der nachfolgenden Abbildung sind die wichtigsten Problemfelder der Angehörigen graphisch dargestellt.

Abbildung 2: Identifizierte Problemfelder der betreuenden Angehörigen in der Deutschschweiz und im Tessin



<sup>14</sup> Alle betreuende Angehörige waren über 18 Jahre alt. Es haben sowohl Familienangehörige (Kinder, Eltern, Geschwister, Ehepartner/innen) als auch Vertrauenspersonen (Freunde / Lebensabschnittspartner/innen) an den Workshops teilgenommen. Die Mehrheit der suizidalen Personen haben/hatten eine psychische Störung (Depressionen, Angststörungen, Schizophrenie, Borderline-Störung, Psychosen).

## 2.2 Das zentrale Problemfeld: Informationsdefizit

In den Angehörigen-Workshops wurden beider Sprachregionen wurde **Defizit an Information** und **Kommunikation** zwischen Angehörigen und Fachpersonen als **das zentrale Problemfeld** identifiziert. Die weiteren Problemfelder sind grösstenteils auf dieses Informations- und Kommunikationsdefizit zurückzuführen bzw. hängen mit diesem zusammen.

Das zentrale Informations- und Kommunikationsdefizit der Angehörigen lässt sich wie folgt differenzieren:

Abbildung 3: Problemfeld Informations- und Kommunikationsdefizit



Das Informationsdefizit der Angehörigen äussert sich in **fehlenden Informationen über den suizidalen Menschen**, nämlich: Gesundheitszustand, Behandlungskonzept, -dauer, Perspektive und geplante Entlassung sowie das der Suizidalität zugrundeliegende Krankheitsbild. Besonders wichtig sind für Angehörige Informationen, **wie sich die Krankheit auf das Umfeld** des psychisch Kranken bzw. auf die Angehörigen selbst auswirken kann. Das Informationsdefizit führt zu starker **Verunsicherung** der Angehörigen, weil sie sich **überfordert** fühlen und nicht wissen, wie sie mit der suizidalen Person umgehen sollen, wann die suizidale Person wieder nach Hause kommt und wie die Angehörigen sich trotz Sorge und Empathie soweit abgrenzen können, dass sie selbst gesund und alltagstauglich bleiben.<sup>15</sup>

## 2.3 Probleme bzw. Problemfelder der betreuenden Angehörigen im Detail

Angesichts der Ziele dieses Projektes wurden nur jene Probleme der Angehörigen vertieft bearbeitet, die von den **Fachpersonen der Psychiatrie auch beeinflusst werden können** und die **unmittelbar** die betreuenden Angehörigen betreffen. Das heisst, aus den für die Angehörigen relevanten Problemen, die von den Fachpersonen der Psychiatrie bzw. den psychiatrischen Kliniken nicht beeinflusst werden können (wie z.B. gesellschaftliche Stigmatisierung von

<sup>15</sup> Vgl. auch Bregenzer (2017).

Suiziden), werden in Kapitel 5 keine Empfehlungen abgeleitet. Auch Probleme, der Gesundheitsversorgung von Patientinnen und Patienten, die betreuende Angehörigen «nur **indirekt**» betreffen (wie z.B. fehlende Versorgungsstrukturen im ambulanten Setting) fließen nicht in die Empfehlungen ein.

Die folgenden Problemfelder betreffen die Angehörigen **unmittelbar** und können von den Fachpersonen der Psychiatrie auch **beeinflusst** werden.

Problemfeld	Beschreibung
<b>Mangelnde Gesprächszeit</b>	Die Angehörigen kritisieren, dass das Fachpersonal zu wenig Zeit für Gespräche mit den Angehörigen hat. Dies verstärkt das Informationsdefizit der Angehörigen und das Gefühl von den Fachpersonen nicht wahrgenommen und anerkannt sowie zu wenig unterstützt zu werden. Die Angehörigen kritisieren, dass es zu wenig Personal in den Kliniken und Notfallaufnahmen gibt und vermuten, dass dies auch zu frühzeitigen Entlassungen führt. Darüber hinaus werden ihrer Meinung nach, ambulante Psychotherapien oft nicht ausreichend lang von den Krankenkassen finanziert.
<b>Frühzeitige und unangekündigte Entlassungen</b>	Die Angehörigen berichten, dass die Patientinnen und Patienten oft kurzfristig, frühzeitig und unangekündigt aus den Kliniken entlassen werden, was sie als eine Zumutung für sich und die Patientin/den Patienten wahrnehmen. Häufig werden Entlassungen sehr kurzfristig vom Fachpersonal angekündigt (1-2 Tage vor der Entlassung), oder können nicht angekündigt werden, weil die Patientin bzw. der Patient sich selbst aus der Klinik entlässt. Dies führt bei den Angehörigen zu einem anhaltenden Gefühl der Unsicherheit.
<b>Mangelnde Anerkennung</b>	Die Angehörigen wünschen sich, von den Fachpersonen ernster genommen zu werden, da sie ihre suizidalen Angehörigen am besten kennen. Die Leistung und die Verantwortung, die die betreuenden Angehörigen übernehmen, werden zu wenig vom Fachpersonal gesehen, da immer der Patient bzw. die Patientin im Vordergrund steht.  <i>«Niemand sieht mich, es gibt mich nicht. Es geht nur um meine Schwester, meine Mutter». «Ich muss für meinen kranken Angehörigen da sein, wer ist für mich da? Wer nimmt mir diese Verantwortung ab?»<sup>16</sup></i>
<b>Mangelnde Unterstützung</b>	Die Angehörigen kritisieren, dass sie in den psychiatrischen Kliniken nicht proaktiv von den Fachpersonen unterstützt und informiert werden, sondern nur, wenn sie sich selbst darum bemühen. Dabei haben sie dann oft das Gefühl, die Fachpersonen zu stören.  <i>«Wir erhalten keine fachliche Unterstützung ohne eigene Bemühungen».<sup>17</sup> Dies verstärkt die Wahrnehmung des identifizierten Informationsdefizits der Angehörigen.</i>

<sup>16</sup> Äusserung einer teilnehmenden Person im Angehörigen-Workshop Bern, die sich um zwei suizidale Personen in ihrem nahen Umfeld kümmert (Schwester und Mutter).

<sup>17</sup> Äusserung einer teilnehmenden Person im Angehörigen-Workshop Bern.



### 2.3.1 Weitere Probleme und Herausforderungen der Angehörigen

In der nachfolgenden Tabelle sind weitere Probleme und Herausforderungen der Angehörigen beschrieben, aus denen jedoch keine Empfehlungen in Kapitel 3 abgeleitet wurden weil:

- Die Probleme entweder nur im Tessin oder in der Deutschschweiz erwähnt wurden.
- Die Probleme nicht (oder nur marginal) von den Fachpersonen beeinflusst werden können.
- Die Probleme in erster Linie die Versorgung der Patientinnen und Patienten tangieren und damit nicht in Empfehlungen zum Einbezug von Angehörigen gehören, auch wenn die Probleme für die Angehörigen zweifelsohne sehr relevant sind.

Weitere Probleme, die nicht zu Empfehlungen geführt haben	Beschreibung
<b>Diskrepanz zwischen Wissen und Verantwortung</b>	Die Angehörigen empfinden es als Zumutung, dass die Fachpersonen von ihnen erwarten, dass sie die Verantwortung für die suizidale Person übernehmen, ohne ausreichend informiert zu sein. Für die Angehörigen ist es schwierig, dass der Patientenschutz und das Berufsgeheimnis viel mehr Gewicht haben als der Angehörigenschutz.
<b>Fehlende ambulante Nachversorgung</b>	Wenn keine ambulante Nachversorgung der suizidalen Person sichergestellt ist, fühlen sich nicht nur die Patientinnen und Patienten, sondern auch die Angehörigen alleingelassen und überfordert. Die ambulante Nachversorgung sollte bereits während des Klinikaufenthalts aufgegleist werden.
<b>Mangelndes Schnittstellenmanagement stationär-ambulant</b>	Die Angehörigen vertreten die Ansicht, dass die stationäre Versorgung ausschliesslich auf die psychiatrische Behandlung ausgerichtet ist und dabei einen umfassenderen Ansatz ausser Acht lässt, der auch Aspekte wie die soziale und berufliche Eingliederung zur Flankierung der künftigen ambulanten Betreuung der Patientinnen, Patienten und ihrer Familien beinhalten könnte.
<b>Eigene Betroffenheit</b>	Die Angehörigen fühlen sich so stark vom Suizid(versuch) betroffen, dass sie ihr gesamtes Welt- und Selbstbild in Frage stellen. Sie sind darüber irritiert, dass sie den Suizid(versuch) nicht vorhersehen konnten und empfinden «Schuld und Scham». Sie haben das Bedürfnis zu verstehen, warum ihr Angehöriger nicht mehr leben möchte, finden aber meist keine Antwort darauf. Die damit einhergehende Verunsicherung strahlt auf alle anderen Lebensbereiche negativ aus (Familie, Arbeit, Freunde, Hobbys).
<b>Anhaltende Unsicherheit</b>	Besonders belastend für die Angehörigen ist die anhaltende unsichere und instabile Situation. Sie erleben sehr oft Übergangssituationen, weil die kranken Angehörigen häufig zwischen (Notfall)Psychiatrie und zu Hause wechseln. Dies führt dazu, dass sich die Angehörigen dauernd bedroht fühlen («wie auf einem Pulverfass», «dauernde Hochspannung»). Besonders belastend ist dabei die Angst, dass die suizidale Person wieder einen Suizidversuch un-

	ternimmt. Die häufigen Rückfälle führen dazu, dass die Angehörigen die Zuversicht verlieren, dass die Krankheit geheilt werden kann («da ist kein Ende in Sicht»)
<b>Gesellschaftliches Tabu</b>	Die Tatsache, dass Suizid ein gesellschaftliches Tabu ist, führt dazu, dass die Angehörigen auch innerhalb der Familie und im Freundeskreis zu wenig über Suizid(versuche) reden und in der Folge auch zu wenig nach Unterstützung im sozialen Umfeld suchen («der Suizid ist ein Tabu, ein Familiengeheimnis»).

## 2.4 Bedürfnisse der Angehörigen

Wie in Unterkapitel 2.1 beschrieben können die Problemfelder mit umgekehrten Vorzeichen als Bedürfnisse bezeichnet werden<sup>18</sup>. Das heisst Angehörige von suizidalen Menschen haben folgende primären Bedürfnisse:

Abbildung 4: Bedürfnisse der Angehörigen

1.	Bedürfnis nach Information
2.	Bedürfnis nach mehr Gesprächszeit mit Fachpersonen
3.	Bedürfnis nach proaktiver Unterstützung und Kontaktaufnahme
4.	Bedürfnis nach Anerkennung und Wertschätzung
5.	Bedürfnis nach frühzeitiger Planung und Ankündigungen von Entlassungen

## 2.5 Informations- und Kommunikationskanäle

Für die an den Workshops teilnehmenden Angehörigen sind **persönliche Gespräche mit Fachpersonen** der mit Abstand nützlichste Kanal, der für die Angehörigen die grösste Unterstützung und Entlastung bietet. Aus diesem Grund sollte schriftliches oder audiovisuelles Informationsmaterial nur ergänzend eingesetzt werden (vgl. auch Anhang A).

<sup>18</sup> Berücksichtigt sind nur Bedürfnisse, die a) unmittelbare Problemfelder der Angehörigen sind und b) von den Fachpersonen bzw. psychiatrischen Kliniken auch beeinflusst werden können.

### 3 Die wichtigsten Ergebnisse der Fachpersonen-Workshops

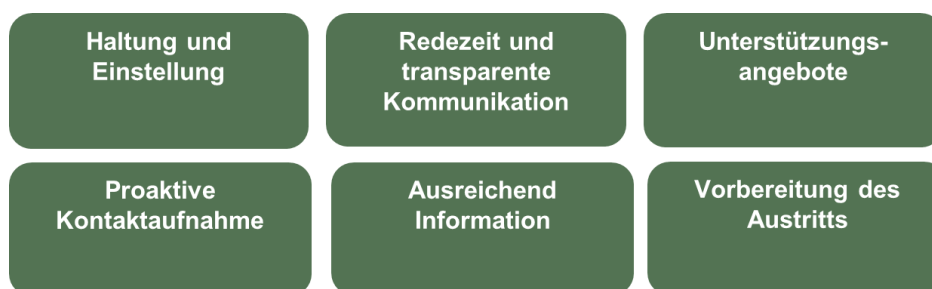
Nachfolgend werden die wichtigsten Ergebnisse der Workshops mit Fachpersonen vorgestellt.

#### 3.1 Erwartungen der Fachpersonen in der Angehörigenrolle

Die Teilnehmenden der Fachpersonen-Workshops hatten in einem ersten Schritt die Aufgabe, sich in die Perspektive von Angehörigen suizidaler Menschen hinein zu versetzen und festzuhalten, was sie sich als Angehörige von Fachpersonen wünschen bzw. erwarten würden.

In der Rolle als Angehörige/r **entsprechen** die Erwartungen der Fachpersonen den Bedürfnissen der Angehörigen weitgehend. Es gibt also keine Diskrepanz zwischen der Idealvorstellung der Angehörigen und der Fachpersonen zum Einbezug der Angehörigen (Soll-Zustand), was aus dem Vergleich zwischen Abbildung 4 und Abbildung 5 hervorgeht.

Abbildung 5: Erwartungen der Fachpersonen in der Rolle als Angehörige/r



##### 3.1.1 Erwartungen der Fachpersonen in der Angehörigenrolle im Detail

Erwartungen / Wünsche in der Angehörigenrolle	Beschreibung
<b>Haltung und Einstellung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kontinuität bezüglich Ansprechperson in der Klinik</li> <li>– Beziehungsaufbau und -pflege mit Angehörigen</li> <li>– Wahrnehmung als mitbetroffene Person</li> <li>– Empathie gegenüber Angehörigen</li> <li>– Interesse an Gesundheit des Angehörigen</li> </ul>
<b>Redezeit und transparente Kommunikation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Zeit, um Fachpersonen Fragen zu stellen</li> <li>– Zeit, um Einschätzung der Fachperson zu hören</li> <li>– Transparente Kommunikation, ohne sich hinter dem Datenschutz bzw. der Schweigepflicht zu verstecken</li> </ul>
<b>Unterstützungsangebote</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Notfallnummern mit 24h-Erreichbarkeit</li> <li>– Beratungsnummern</li> <li>– Beratungsgespräche</li> <li>– Hinweise und Vermittlung von Angehörigen- bzw. Selbsthilfegruppen</li> </ul>

Erwartungen / Wünsche in der Angehörigenrolle	Beschreibung
<b>Proaktive Kontaktaufnahme</b>	Mit proaktiver Kontaktaufnahme wird die Basis für eine gute Beziehung gelegt und werden Angehörige ernst genommen
<b>Ausreichend Information</b>	Informationen über die suizidalen Patientinnen und Patienten (Ein- und Austritt, Krankheit, Verlauf, Symptome, Prognose, Behandlung)
<b>Vorbereitung des Austritts</b>	Mit proaktivem Einbezug der Angehörigen: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Planung des Austritts</li> <li>– Planung der ambulanten Nachbehandlung</li> <li>– Kontaktperson in der Klinik sicherstellen</li> </ul>

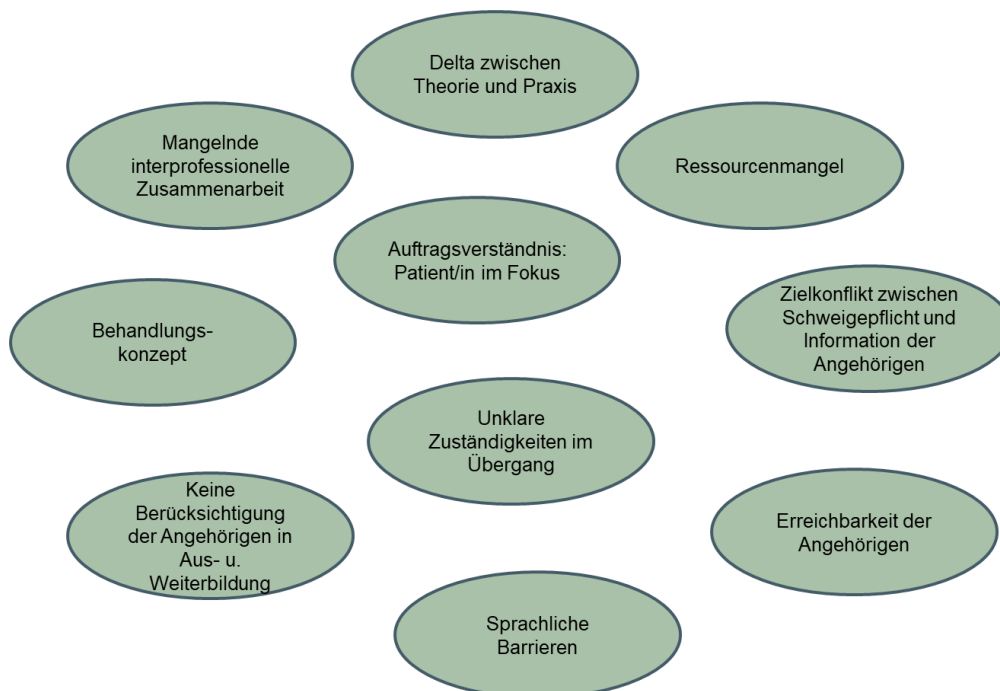
Eine wichtige Erkenntnis des Projekts ist, dass es auf normativer Ebene keine Diskrepanz zwischen Fachpersonen und Angehörigen in Punkto Einbezug der Angehörigen gibt. Das heisst, beide Zielgruppen haben eine ähnliche Haltung und Vorstellung zum Einbezug von betreuenden Angehörigen. Die Differenz zwischen dem normativen «Soll-Zustand» und dem «Ist-Zustand» dürfte daher primär auf Hürden im Berufsalltag bzw. in der klinischen Praxis zurückzuführen sein.



### 3.2 Stolpersteine der Fachpersonen im Berufsalltag

In den Fachpersonen-Workshops haben die Teilnehmenden die Hürden formuliert, die in der Berufspraxis die Abdeckung der Angehörigenbedürfnisse erschweren bzw. verhindern. Die Hürden existieren sowohl auf struktureller als auch individueller Ebene. Diese sind nachfolgend in den Abbildung 6 und 7 zusammengefasst.

**Abbildung 6: Strukturelle Stolpersteine der Fachpersonen zur Abdeckung der Angehörigenbedürfnisse**



### Strukturelle Hürden bzw. Stolpersteine der Fachpersonen im Berufsalltag im Detail

#### Strukturelle Ebene

##### Delta zwischen Theorie und Praxis:

- Die klinikinternen Leitlinien und Empfehlungen der Berufsverbände sehen heute zwar oft den Einbezug der Angehörigen vor; in der Praxis werden diese Leitlinien bzw. Empfehlungen jedoch nur partiell umgesetzt. Die Gründe hierfür sind unterschiedlich, oft fehlt die Zeit, oder der Einbezug der Angehörigen ist im Einzelfall nicht möglich.<sup>19</sup>

##### Ressourcenmangel:

- Angehörigenarbeit ist im stationären Setting nicht separat abrechenbar bzw. geht bei den geltenden TARPSY-Pauschalen zulasten der verfügbaren Ressourcen für die Patientin/den Patienten<sup>20</sup>
- Personalmangel führt zu stark verdichteter Arbeit --> Zeitmangel

##### Zielkonflikt zwischen Schweigepflicht und Information der Angehörigen:

- Der Persönlichkeitsschutz der Patientin / des Patienten bzw. Schweigepflicht der Fachpersonen muss gewährleistet sein
- Um beiden Ansprüchen (Persönlichkeitsschutz u. Angehörigeninformation) gerecht zu werden, bedarf es Kommunikationskompetenzen der Fachpersonen; häufig dient der Datenschutz als Rechtfertigung, die Angehörigen nicht zu informieren

<sup>19</sup> Vgl. Bundesamt für Gesundheit (2019): Suizidprävention bei Klinikaustritten, Empfehlungen für Gesundheitsfachpersonen.

<sup>20</sup> Vgl. Socialdesign (2019): Suizidprävention bei Klinikaustritten – Finanzierungsaspekte.

**Strukturelle Ebene****Auftragsverständnis Patient/in im Fokus:**

- Der Fokus der Arbeit liegt auf der Behandlung und Betreuung der Patientin bzw. des Patienten
- Fachpersonen haben teils keinen expliziten Auftrag Angehörige zu beraten

**Unklare Zuständigkeiten im Übergang:**

- Oft ist unklar, welche Institution und welche Person für die Angehörigen zuständig ist (interprofessionelle Zusammenarbeit ist oft nicht optimal)
- Arbeitszeit- oder arbeitsplatzbedingter Wechsel der zuständigen Personen im stationären Setting
- Eingeschränkte Erreichbarkeit der Fachpersonen

**Erreichbarkeit der Angehörigen:**

- Angehörige sind oft nur abends erreichbar, wenn Fachpersonen nicht mehr arbeiten
- Schwierige Terminfindung, weil erwerbstätige Angehörige Termine am Abend oder Wochenende bevorzugen

**Sprachliche Barrieren:**

- Insbesondere bei Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen mit Migrationshintergrund fehlen Dolmetschende für den Einbezug der Angehörigen

**Behandlungskonzept:**

- Bei disziplinarischen Entlassungen und Kurzaufenthalten (Kriseninterventionen) können Angehörige nicht frühzeitig über den Austritt informiert werden
- Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt ca. 3 Wochen --> Routinemässiger Einbezug der Angehörigen ist oft aus zeitlichen Gründen schwierig

**Keine Berücksichtigung der Angehörigen in Aus- und Weiterbildung:**

- Angehörigenarbeit wird nicht oder zu wenig in Ausbildung der Fachpersonen thematisiert
- Es fehlen Weiterbildungen zur Angehörigenarbeit

**Mangelnde interprofessionelle Zusammenarbeit:**

- Oft sind die Zusammenarbeit und der Kommunikationsfluss zwischen Pflege und Ärzteschaft sowie die interinstitutionelle Zusammenarbeit suboptimal

**Abbildung 7 Individuelle Stolpersteine zur Abdeckung der Angehörigenbedürfnisse****Individuelle Hürden bzw. Stolpersteine der Fachpersonen im Berufsalltag im Detail****Individuelle Ebene****Verweigerung der Patientin bzw. des Patienten:**

- Manche Patientinnen und Patienten möchten nicht, dass die Angehörigen einbezogen werden, bei manchen Patientinnen und Patienten ist der Einbezug der Angehörigen kontraproduktiv (z.B. bei familiärem Missbrauch)

**Angehörige, die nicht einbezogen werden möchten**

Es gibt Angehörige, die aufgrund von familiären Konflikten sich abgrenzen und nicht einbezogen werden möchten

**Mangelndes Vertrauen und Wertschätzung der Angehörigen:**

- Gesprächszeit mit Pflegenden werden von den Angehörigen weniger wertgeschätzt als Gesprächszeit mit Ärztinnen und Ärzte
- Generelles Misstrauen gegenüber Psychiatrien

**Mangelndes Wissen und Erfahrung der Fachpersonen:**

- Es fehlt den Fachpersonen teilweise an Erfahrung insb. im Umgang mit dem Berufsgeheimnis und der Angehörigeninformation
- Fachpersonen kennen teilweise die Bedürfnisse der Angehörigen zu wenig
- Angst, dass Information über die Krankheit und Prognosen den Angehörigen die Zuversicht auf Heilung nehmen
- Fachpersonen in Kliniken kennen oft nicht die Angebote im ambulanten Bereich, so dass sie die Angehörigen nicht adäquat darüber informieren können.
- Für Fachpersonen ist es oft schwierig bzw. zeitaufwändig aus der Fülle der Angebote die wichtigsten herauszufiltern: zu viel Angebote, deren Qualität nicht klar ist

---

**Haltung und Einstellung der Fachpersonen:**

- Im Alltag liegt der Fokus auf Patientinnen und Patienten nicht auf Angehörige
- Einbezug der Angehörigen sollte im Idealfall durch die Patientin bzw. den Patienten selbst erfolgen (Empowerment), nur wenn dies nicht möglich ist, soll diese Aufgabe von Fachpersonen übernommen werden
- Hilflosigkeit und Überforderung der Fachpersonen
- Fachpersonen haben Bedenken die Angehörigen miteinzubeziehen, aus Angst sie damit als Co-Therapeuten zu instrumentalisieren
- Misstrauen gegenüber interprofessioneller Zusammenarbeit

---

**Kritische Angehörige:**

- Kontakt mit kritischen Angehörigen wird von Fachpersonen vermieden, weil dies zeitaufwändig ist
-



## 4 Die wichtigsten Ergebnisse der Validierungsworkshops

In den Validierungsworkshops wurden die vom Projektteam erarbeitenden **provisorischen Empfehlungen** von Angehörigen und Fachpersonen gemeinsam diskutiert. Die Ziele der Workshops waren:

- a) Die Teilnehmenden haben ihre Zustimmung bzw. Ablehnung sowie die Gründe der Ablehnung für jede Empfehlung dargelegt.
- b) Die Teilnehmenden haben jede provisorische Empfehlung im Hinblick auf ihre Umsetzbarkeit bzw. Praxistauglichkeit bewertet und wo notwendig, Vorschläge zur besseren Umsetzbarkeit formuliert.

### 4.1.1 Generelle Resultate aller vorläufigen Empfehlungen

Von 13 provisorischen Empfehlungen wurden 11 grundsätzlich angenommen und 2 verworfen. Das heisst, die Teilnehmenden haben die **Stossrichtungen** der Empfehlungen grossmehrheitlich gutgeheissen.

Die Teilnehmenden hatten vor allem Vorbehalte in Punkto **Umsetzbarkeit** und damit **Praxistauglichkeit** im klinischen Alltag. Des Weiteren wurden verschiedene **Formulierungen** kritisiert und hinsichtlich des Wordings Anpassungswünsche geäussert.

Ein wichtiges Ergebnis der Validierungsworkshops ist, dass die Teilnehmenden den **Geltungsbereich der Empfehlungen** in Frage gestellt haben bzw. diesen klar ausweiten möchten. Die Teilnehmenden sind sich darin einig, dass die provisorischen Empfehlungen grossmehrheitlich für **alle Angehörigen von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen** gelten und nicht nur für Angehörige, die suizidale Menschen betreuen. Nach Einschätzung der teilnehmenden Fachpersonen ist die Akzeptanz, die Dissemination und die Umsetzung von Empfehlungen mit einem derart engen Fokus (Angehörige suizidaler Menschen) in der Praxis deutlich erschwert.



Des Weiteren wünschen die Teilnehmenden, dass in den Empfehlungen auch betreuende minderjährigen Angehörigen (Kinder und Jugendliche) berücksichtigt werden. In den Angehörigen-Workshops waren jedoch bewusst keine «young carers» vertreten und damit konnten allfällige spezifische Bedürfnisse von «young carers» nicht identifiziert und in den Fachpersonen-Workshops gespiegelt werden.

Im Anhang B sind die Resultate bezüglich Zustimmung bzw. Ablehnung und zum Geltungsbereich pro Empfehlungen tabellarisch zusammengefasst.

#### 4.1.2 Spezifische Resultate im Tessin

Auch wenn die Ergebnisse der im Tessin durchgeführten Workshops oft denjenigen in der Deutschschweiz ähneln, gibt es einige Besonderheiten, die erwähnt werden sollten.

In Bezug auf das **Rundtischgespräch** (Empfehlung 9) diskutierten die Gesundheitsfachpersonen neben der Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis auch die Zweckmässigkeit einer Beteiligung der Angehörigen an den Netzwerktreffen. Während eine Gruppe die Empfehlung gutheisst und eine solche Beteiligung trotz des erheblichen Aufwands, der für die Umsetzung erforderlich ist, als grundlegend erachtet, ist eine andere Gruppe der Ansicht, dass die mit Kolleginnen und Kollegen besprochenen Themen nicht unbedingt den Informationen entsprechen, die mit Angehörigen ausgetauscht werden. Die Fachpersonen, welche die Empfehlung ablehnen, präzisieren, dass Gespräche mit den Angehörigen bereits vorgesehen sind, aber eigens zu separaten Zeiten organisiert werden.

Eine zweite Besonderheit zeigte sich in Bezug auf das **Beratungsangebot** (Empfehlung 3). Gegenwärtig gibt es in den psychiatrischen Kliniken im Tessin keine internen Beratungsdienste, die speziell auf Angehörige ausgerichtet sind. Ausserdem sind die Teilnehmenden der Auffassung, dass die ausschliessliche Bereitstellung solcher Dienste im stationären Bereich einschränkend ist, weshalb sie vorschlagen, dass eher die **psychosozialen Dienste (PSD)** diese Rolle übernehmen sollten. Die PSD sind nicht nur flächendeckend verfügbar, sondern auch bereits heute für die Beratung der betreuten Patientinnen und Patienten zuständig, so dass es nur noch darum ginge, den Dienst auf die Angehörigen zu erweitern.

Schliesslich halten es Angehörige in der Regel für wichtig, sinnvolle Projekte, durch die sie sich besonders unterstützt fühlen, zu fördern und bekannt zu machen. Dazu gehören beispielsweise das **Team Home Treatment** der kantonalen psychiatrischen Klinik und das **Team für komplexe Projekte** der kantonalen Organisation für Sozialpsychiatrie. Das erstgenannte Team betreut Erwachsene mit akuter psychischer Erkrankung direkt zu Hause, dies als **Alternative zur stationären Behandlung** in der kantonalen psychiatrischen Klinik. Das zweitgenannte Team sorgt hingegen für eine intensivere ambulante Betreuung von Patientinnen und Patienten mit komplexen klinischen und sozialen Problemen.

#### 4.1.3 Gewünschte Praxis-Tools

Die Teilnehmenden der Validierungworkshops wurden befragt, ob und welche **Hilfswerkzeuge bzw. Tools** in der Praxis fehlen und auf welcher **Ebene** (Bund, Kanton oder Klinik) die Hilfswerkzeuge zur Verfügung gestellt werden sollten.

Grundsätzlich waren sich die Praxis-Vertreter/innen einig, dass Vorlagen z.B. für ein Angehörigen-Merkblatt, Checklisten für Fachpersonen, Vorlage für Angehörigen-Notfallkarte oder Angehörigen-Notfallplan sowie Informationsmaterial zur Suizidalität von Interesse sind.

Die Workshopteilnehmenden stimmten auch überein, dass es für die Fachpersonen und Kliniken sinnvoll und hilfreich wäre, wenn auf Ebene Bund (BAG) oder ggf. Ebene Kanton gewisse Vorlagen zur Verfügung gestellt würden. Der Absender BAG oder Kanton ist vertrauenswürdig und zugleich könnte damit eine gewisse Einheitlichkeit des Materials sichergestellt werden. Damit die Hilfswerkzeuge für die Praxis bedarfsgerecht sind, ist der Einbezug von Angehörigen-Organisationen (wie NAP und VASK) bei der Erarbeitung der Tools jedoch zwingend.

## 5 Empfehlungen zur Unterstützung der betreuenden Angehörigen für Kliniken und Fachpersonen im Bereich der stationären Psychiatrie

Die nachfolgenden Empfehlungen stützen sich auf die Ergebnisse der Workshops mit Angehörigen (Phase 1) und Fachpersonen (Phase 2) sowie der Validierungsworkshops, an denen Angehörige und Fachpersonen teilgenommen haben (Phase 3). Die Workshops haben jeweils in der deutsch- und italienischsprachigen Schweiz zwischen August 2019 und Januar 2020 stattgefunden.

Zentral für alle nachfolgenden Empfehlungen ist, dass die empfohlenen Massnahmen bzw. Handlungen für Angehörige **standardmässig** im Klinikalltag integriert und vom Fachpersonal routinemässig angewendet werden.



### 5.1 Empfehlung auf der Haltungs- und Einstellungsebene

Die Empfehlung auf der Haltungs- und Einstellungsebene ist eine **Schlüsselempfehlung**, weil sie Voraussetzung dafür ist, dass Angehörige im stationären Setting und im Übergang zwischen dem stationären und ambulanten Setting systematisch miteinbezogen werden.

<b>Empfehlung 1</b>	<b>Angehörigen auf Augenhöhe begegnen</b>
Betreuende Angehörige mit der <b>inneren Haltung</b> bzw. <b>Einstellung</b> der <b>Gleichwertigkeit</b> begegnen, was sich in Kontakten auf Augenhöhe äussert.	
<b>Erläuterung/Begründung</b>	
Ein zentrales Bedürfnis der Teilnehmenden der Angehörigen-Workshops ist es, von den Fachpersonen der Psychiatrie ernst genommen zu werden. Dies äussert sich in erster Linie in <b>Begegnungen</b> bzw. <b>Gesprächen auf Augenhöhe</b> . Angehörige haben als Laien zwar nicht das gleiche Fachwissen wie Fachpersonen. Sie kennen die suizidale Person jedoch am längsten und vermutlich am besten, weshalb sie von den Fachpersonen als Informationsquelle ernst genommen werden sollten.	
<b>Bedürfnisse der Angehörigen</b>	
– Bedürfnis nach Anerkennung und Wertschätzung	
<b>Geltungsbereich</b>	
Diese Empfehlung gilt für alle Angehörigen bzw. Vertrauenspersonen von Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Erkrankung.	
<b>Umsetzbarkeit</b>	
Haltung und Einstellung von Menschen bestimmen und bilden die Kultur einer Institution und können nicht kurzfristig geändert bzw. mit Regeln zu einem bestimmten Stichtag eingeführt werden. Kulturänderungen benötigen Zeit für Reflexionen und sind ein längerfristiger Prozess.	

Kulturänderungen sind sowohl ein Top-Down- als auch Bottom-Up-Prozess, der von der Klinikleitung initiiert und von den Mitarbeitenden und Führungskräften mitbestimmt und umgesetzt werden muss.

## 5.2 Empfehlungen auf Ebene Organisation

<b>Empfehlung 2</b>	<b>Anhörungsrecht für Angehörige schaffen</b>
<p>In den <b>Leitlinien</b> der psychiatrischen Kliniken ein <b>Recht auf Anhörung für Angehörige</b> aufnehmen, denn selbst wenn die suizidale Person die Fachperson(en) nicht von der Schweigepflicht entbindet, haben die Angehörigen das Recht angehört zu werden.</p>	
<b>Erläuterung/Begründung</b>	
<p>Angehörige von suizidalen Menschen sind oft stark verunsichert und haben Fragen zur Suizidalität bzw. zum richtigen Umgang mit der suizidalen Person. Ein zentrales Ergebnis der Angehörigen-Workshops ist das identifizierte <b>Informations- und Kommunikationsdefizit</b>. Zudem haben die Angehörigen das Gefühl, die Fachpersonen mit ihren Fragen zu stören. Ein explizites Anhörungsrecht stärkt die Angehörigen und vermittelt ihnen, dass sie in ihrer Rolle ernst genommen und wertgeschätzt werden. Mit einem institutionalisierten Anhörungsrecht verletzen Fachpersonen auch ihre Schweigepflicht nicht, denn Angehörige anhören ist immer möglich. Informationen über die Krankengeschichte der suizidalen Person können Fachpersonen den Angehörigen allerdings nur weitergeben, wenn die Patientin bzw. der Patient die Fachperson von ihrer Schweigepflicht entbunden hat (vgl. auch Empfehlung 7).</p>	
<b>Bedürfnisse der Angehörigen</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bedürfnis nach Information</li> <li>– Bedürfnis nach Anerkennung und Wertschätzung</li> <li>– Bedürfnis nach mehr Gesprächszeit mit Fachpersonen</li> </ul>	
<b>Geltungsbereich</b>	
<p>Die Empfehlung gilt grundsätzlich für alle Angehörige bzw. Vertrauenspersonen von Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Erkrankung.</p>	
<b>Umsetzbarkeit</b>	
<p>Sofern das Anhörungsrecht auf Kaderebene unterstützt wird und in die Leitlinien aufgenommen wird, ist die Empfehlung umsetzbar.</p>	

### Empfehlung 3      Beratungsstellen für Angehörige institutionalisieren

Klinikeigene Beratungsstellen für Angehörige schaffen oder mit regionalen Angehörigenberatungsstellen zusammenarbeiten.

#### Erläuterung/Begründung

Suizidale Krisen oder Suizidversuche sind für die Angehörigen eine grosse Belastung, was mit einem erhöhten Informations- und Gesprächsbedarf einhergeht. Ein Ergebnis der Workshops mit Angehörigen ist, dass **persönliche Beratungsgespräche** mit **Fachpersonen** (face-to-face oder telefonisch) für die Angehörigen sehr hilfreich und entlastend sind. Gestützt auf die Workshops mit den Fachpersonen ist es wichtig, dass die Beratungen **kostenfrei** und **niederschwellig** sind. Die Beratungsstellen sollen für alle Angehörige bzw. Vertrauenspersonen adäquate Beratungen anbieten, d.h. auch für minderjährige Angehörige und Angehörige mit Migrationshintergrund. Die Beratungen sollten primär von Fachpersonen der Psychiatrie durchgeführt werden, damit das Angehörigenbedürfnis nach krankheitsspezifischer Information abgedeckt werden kann. Darüber hinaus könnten auch Peers (Angehörige mit einer Peer-Qualifikation) Angehörige beraten, was von der Vereinigung psychisch kranker Angehörige (VASK) unterstützt werden würde, sofern die Mittel für eine Peer-Ausbildung von Angehörigen zur Verfügung steht.

In den letzten Jahren wurde das Beratungsangebot für Angehörige in der Deutschschweiz zunehmend ausgebaut, so dass heute vermehrt Angehörigenberatungen in den Psychiatrien oder klinikexterne Beratungsstellen angeboten werden, wo die Angehörigen mindestens zwei kostenlose Beratungsgespräche wahrnehmen können. Im Tessin gibt es noch keine klinikinterne Angehörigenberatungen, was sowohl von den an Workshops teilnehmenden Angehörigen als auch Fachpersonen als Defizit wahrgenommen wird. Im Tessin könnten allenfalls Synergien genutzt werden, wenn der kantonale ambulante Sozialpsychiatriedienst (Servizio psico-sociali), der heute Patientinnen und Patienten berät, in Zukunft ggf. auch Angehörige beraten würde (vgl. auch Kapitel 4.1.2).

Auch in der Deutschschweiz ist das Angebot jedoch nach wie vor nicht flächendeckend in allen psychiatrischen Kliniken existent. Einen Überblick über die bestehenden Angehörigenberatungsstellen in der Deutschschweiz bietet die Webseite des Netzwerkes Angehörigenarbeit Psychiatrie (NAP). Neben individueller persönlicher Beratung bieten die Beratungsstellen für Angehörige i.d.R. auch Selbsthilfe- und Angehörigengruppen, Veranstaltungen und Informationsmaterial für Angehörige an.

#### Bedürfnisse der Angehörigen

- Bedürfnis nach Information
- Bedürfnis nach Gesprächszeit mit Fachpersonen
- Bedürfnis nach Anerkennung und Wertschätzung

#### Geltungsbereich

Die Empfehlung gilt grundsätzlich für alle Angehörigen bzw. Vertrauenspersonen von Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Erkrankung. Eine exklusive Beratungsstelle für Angehörige von Patientinnen und Patienten mit erhöhter Suizidalität wird sowohl von den Angehörigen als auch Fachpersonen als sinnlos beurteilt.

**Umsetzung**

Die Empfehlung ist unter folgenden Voraussetzungen umsetzbar: a) die Klinikleitung institutionalisiert eine Beratungsstelle für Angehörige oder verpflichtet sich, mit regionalen Beratungsstellen zusammenzuarbeiten b) die Klinikleitung stellt entsprechende Ressourcen zur Verfügung. Die Beratungsstelle für Angehörige kann auf dem Gelände oder ausserhalb der psychiatrischen Klinik lokalisiert sein.

**5.3 Empfehlungen auf Ebene Weiterbildung / Schulung****Empfehlung 4 Fachpersonen in Punkto Angehörigenkommunikation schulen und sensibilisieren**

**Schulungen** für Fachpersonen anbieten. In den Schulungen sollen die Fachpersonen für das Informationsbedürfnis der Angehörigen sensibilisiert und geschult werden. Fachpersonen sollen kompetent sein, Angehörigengespräche so zu führen, dass sowohl die Patientenrechte gewährleistet sind als auch das Bedürfnis der Angehörigen nach Information ausreichend abgedeckt ist.

**Erläuterung/Begründung**

Die Teilnehmenden der Fachpersonen-Workshops sind sich darin einig, dass eine adäquate Angehörigeninformation unter Wahrung des Berufsgeheimnisses und des Patientenschutzes mit entsprechendem Knowhow grundsätzlich möglich ist. Selbst wenn die suizidale Person die Fachperson nicht von ihrer Schweigepflicht entbunden hat, können und sollen Angehörigengespräche durchgeführt werden (vgl. Empfehlung 2: Recht auf Anhörung).

Die Teilnehmenden der Fachpersonen-Workshops gehen jedoch davon aus, dass vielen Fachpersonen die kommunikativen Kompetenzen, die Gesprächserfahrung und das Wissen fehlt, wie sie sich im Spannungsfeld zwischen der informationellen Selbstbestimmung des Patienten/der Patientin bzw. der daraus resultierenden **Schweigepflicht** und dem **Bedürfnis der Angehörigen nach Information** verhalten sollen. Dies führt dann teilweise dazu, dass Fachpersonen keine adäquaten Angehörigengespräche führen oder diese möglichst vermeiden.

**Bedürfnisse der Angehörigen**

- Bedürfnis nach Information
- Bedürfnis nach Gesprächszeit mit Fachpersonen

**Geltungsbereich**

Die Empfehlung gilt grundsätzlich für alle Angehörige bzw. Vertrauenspersonen von Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Erkrankung.

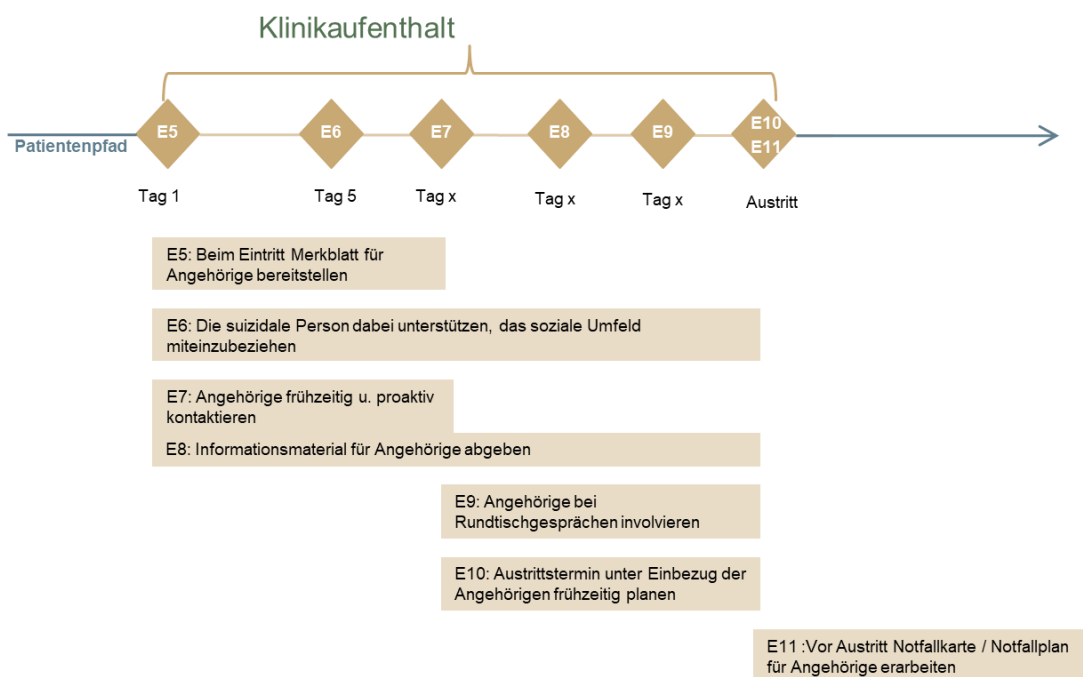
**Umsetzbarkeit**

Sofern die Klinikleitung Schulungen anbietet (z.B. von Beratungsstellen für Angehörige), ist die Empfehlung umsetzbar.

## 5.4 Empfehlungen auf Ebene des Patientenpfads

In Abbildung 8 ist schematisch dargestellt, in welcher Reihenfolge und innerhalb welcher Zeiträume die Empfehlungen auf Ebene des Patientenpfads greifen. Es handelt sich um einen idealtypischen Ablauf, der in der Praxis und im Einzelfall abweichen kann.

Abbildung 8: Empfehlungen zum standardisierten Einbezug der Angehörigen entlang des Patientenpfads im Überblick



### Empfehlung 5 Beim Eintritt Merkblatt für Angehörige bereitstellen

Beim **Eintritt** der suizidalen Person in die psychiatrische Klinik den Angehörigen ein **Merkblatt** mit folgenden Inhalten als Erstinformation abgeben:

- Namen und Telefonnummer der stationären Hauptansprechperson/en
- Hinweis auf die klinikinterne oder regionale Angehörigenberatungsstelle
- Hinweis, dass die Klinik die Angehörigen kontaktieren wird, sofern die Patientin bzw. der Patient die Fachpersonen von ihrer Schweigepflicht entbindet
- Information über die Schweigepflicht der Fachpersonen (Berufsgeheimnis) und die informationelle Selbstbestimmung der Patientin / des Patienten und die sich daraus ergebende Notwendigkeit, dass Patientinnen und Patienten der Entbindung von der Schweigepflicht zustimmen müssen
- Hinweis, dass die suizidale Person die Therapie selbst abbrechen kann

<b>Begründung/Erläuterung</b>
<p>Für die Angehörigen ist der Eintritt der suizidalen Person in die Klinik oft einschneidend, insbesondere dann, wenn ein Suizidversuch vorausgegangen ist.</p> <p>Aus den Angehörigen-Workshops geht klar hervor, dass Angehörige mehr und kontinuierliche (nicht nur einmalige) Informationen über die suizidale Person, Suizid generell und die krankheitstypischen Ursachen benötigen. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, Angehörige bereits beim Eintritt mit <b>Erstinformation</b> zu versorgen und die Angehörigeninformation in den Patientenpfad als Standard zu integrieren.</p>
<b>Bedürfnisse der Angehörigen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bedürfnis nach Information</li> <li>– Bedürfnis nach proaktiver Unterstützung und Kontaktaufnahme</li> </ul>
<b>Geltungsbereich</b>
Die Empfehlung gilt für alle Angehörigen bzw. Vertrauenspersonen von Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Erkrankung.
<b>Umsetzung</b>
Sofern das Merkblatt standardmässig in den Patientenpfad integriert wird und von der Klinikleitung zur Verfügung gestellt wird, ist die Empfehlung im Klinikalltag umsetzbar.

<b>Empfehlung 6</b>	<b>Die suizidale Person dabei unterstützen, das soziale Umfeld miteinzubeziehen</b>
<p>Die Patientin bzw. den Patienten dabei unterstützen, die Angehörigen bzw. Vertrauenspersonen selbst mit einzubeziehen, indem die Fachpersonen die suizidale Person wiederholt darauf hinweisen, dass der Einbezug des sozialen Umfelds i.d.R. für alle Beteiligten hilfreicher ist als dessen Ausgrenzung.</p>	
<b>Erläuterung/Begründung</b>	
<p>Im Idealfall bezieht die Patientin / der Patient die Angehörigen selbst mit ein. Dies stärkt die Selbstwirksamkeit und Selbstkompetenz der Patientin/des Patienten (Empowerment). Die Teilnehmenden der Fachpersonen-Workshops betonen, dass viele Patientinnen und Patienten nicht wissen, dass der Einbezug der Angehörigen von den Angehörigen i.d.R. nicht als zusätzliche Belastung, sondern im Gegenteil als Entlastung wahrgenommen wird. Die Teilnehmenden der Angehörigen-Workshops äusserten ihrerseits den Wunsch nach Einbezug und direkte Kommunikation mit der suizidalen Person.</p>	
<b>Bedürfnisse der Angehörigen</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bedürfnis nach Information</li> <li>– Bedürfnis nach proaktiver Unterstützung und Kontaktaufnahme</li> </ul>	
<b>Geltungsbereich</b>	
Die Empfehlung gilt grundsätzlich für alle Angehörigen bzw. Vertrauenspersonen von Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Erkrankung.	



**Umsetzung**

Unter der Voraussetzung, dass die Empfehlung in den Patientenpfad integriert ist, kann sie von Fachpersonen im Rahmen der normalen Betreuungs- und Behandlungsgespräche umgesetzt werden.

**Empfehlung 7      Angehörige frühzeitig und proaktiv kontaktieren**

Sofern die suizidale Person die Fachperson von ihrer Schweigepflicht entbindet, Angehörige **möglichst früh** (idealerweise in den ersten **3-5 Tagen**) nach dem Eintritt in die psychiatrische Klinik **proaktiv** und **mündlich kontaktieren**.

Die Ziele des proaktiven Erstkontakts sind:

- Fragen der Angehörigen beantworten
- Über den Gesundheitszustand der Patientin/des Patienten informieren
- Unterstützungsbedarf der Angehörigen erfassen und über Unterstützungsangebote informieren; insbesondere über die regionalen bzw. klinikinternen Angehörigenberatung(en).
- Klären, ob minderjährige Kinder als Angehörige zuhause leben und über spezifische Angebote für minderjährige Angehörige informieren

**Begründung/Erläuterung**

Suizidale Krisen oder Suizidversuche sind für die Angehörigen eine grosse Belastung, was mit einem erhöhten Informations- und Gesprächsbedarf einhergeht. Des Weiteren können Fachpersonen mit Angehörigengesprächen hilfreiche Informationen über die Patientin/den Patienten erhalten (soziales Umfeld, Ausbildungs- bzw. Arbeitssituation, Familiensituation, Krankheitsgeschichte).

Für die Teilnehmenden der Angehörigen-Workshops ist ein **Defizit an Information** und **Kommunikation** ein zentrales Problem. Die Angehörigen berichten, dass das Informations- und Kommunikationsdefizit am effektivsten in einem **persönlichen Gespräch** mit den Fachpersonen behoben werden kann.

Besonders relevant sind für die Angehörige Informationen über das **Verhalten** und das **Krankheitsbild** der suizidalen Person, um akute Suizidalität besser von latenten suizidalen Phasen unterscheiden zu können. Dieses Wissen ist für die Angehörigen Voraussetzung dafür, dass sie mit der ihr nahestehenden Person adäquat umgehen können und sich selbst schützen können, indem sie ein gesundes Verhältnis zwischen Empathie / Fürsorge und Abgrenzung herstellen können. Gestützt auf die Workshops benötigen Angehörige vor allem folgende Informationen:

- Krankheitsbild und Symptome
- Auswirkungen der Krankheit auf das soziale Umfeld
- Behandlungskonzept
- Mögliche Nebenwirkungen der medikamentösen Behandlung
- Voraussichtliche Behandlungsdauer
- Voraussichtliche Entlassung
- Prognose des Krankheitsverlaufs / Gesundheitszustand

Voraussetzung dafür, dass die Fachpersonen diese patientenbezogenen Informationen an Angehörige weitergeben können, ist die Zustimmung der Patientin/des Patienten (Schweigepflichtentbindung). Die Schweigepflicht ist für eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung mit der Patientin/dem Patienten zentral.

#### Bedürfnisse der Angehörigen

- Bedürfnis nach Information
- Bedürfnis nach proaktiver Unterstützung und Kontaktaufnahme
- Bedürfnis nach Anerkennung und Wertschätzung
- Bedürfnis nach Gesprächszeit mit Fachpersonen

#### Geltungsbereich

Die Empfehlung gilt für alle Angehörige bzw. Vertrauenspersonen von Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Erkrankung.

#### Umsetzung

Unter den Voraussetzungen, dass die proaktive Kontaktaufnahme standardmässig in den Patientenpfad integriert wird und die Patientin/der Patient die Fachpersonen(en) von ihrer Schweigepflicht entbunden haben, ist die Empfehlung umsetzbar.

### Empfehlung 8 Informationsmaterial an Angehörige abgeben

Den Angehörigen bedürfnisgerechtes Informationsmaterial abgeben. Die Fachpersonen sollen sich mit den regionalen Unterstützungsangeboten für Angehörige auseinandersetzen, damit eine bedürfnisgerechte, d.h. gefilterte Information, möglich ist.

#### Begründung/Erläuterung

Das Informationsmaterial sollte den Angehörigen als Ergänzung beim proaktiven Angehörigenkontakt (vgl. Empfehlung 7) oder beim Rundtischgespräch (vgl. Empfehlung 9) übergeben werden. Grundsätzlich sollte nur Informationsmaterial abgegeben werden, das den individuellen Bedürfnissen der Angehörigen entspricht. Wenn Angehörige mit ungefiltertem Informationsmaterial eingedeckt werden, überfordert das die Angehörigen.

Das **Informationsmaterial** kann in Form von Webseitenlinks, Tipps, Checklisten oder Merk- bzw. Faktenblättern, Bilderbüchern oder Kurzvideos zur Verfügung gestellt werden. Die Angehörigen benötigen – wie in Empfehlung 7 ausgeführt – insbesondere Information über das spezifische **Krankheitsbild** und die damit einhergehenden **krankheitstypischen Verhaltensweisen** und **Gedankengänge** der suizidalen und psychisch kranken Person sowie Informationen über mögliche **Nebenwirkungen** der medikamentösen Behandlung.

Des Weiteren sollten betreuende Angehörige Informationen über **Beratungs-, Unterstützungs-** und ggf. **Entlastungsangebote** für betreuende Angehörige erhalten. Darunter fallen insbesondere:

- Regionale Unterstützungsangebote für Angehörige bzw. Angehörigenberatungsstellen
- Regionale Selbsthilfegruppen
- Regionale ambulante Angebote, wie Psychiatrie-Spitex, die für die Angehörigen eine Entlastung sind

<b>Bedürfnisse der Angehörigen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bedürfnis nach Information</li> <li>– Bedürfnis nach Anerkennung und Wertschätzung</li> </ul>
<b>Geltungsbereich</b>
Die Empfehlung gilt mit Ausnahme der spezifischen Information zur Suizidalität für alle Angehörigen bzw. Vertrauenspersonen von Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Erkrankung.
<b>Umsetzung</b>
Unter der Voraussetzung, dass das Informationsmaterial standardmässig in den Patientenpfad integriert wird, ist die Empfehlung umsetzbar.

<b>Empfehlung 9      Angehörige bei Rundtischgesprächen involvieren</b>
Zu <b>Rundtischgesprächen</b> mit den beteiligten Fachpersonen des stationären und ambulanten Versorgungssystems die <b>Angehörigen systematisch</b> einladen. Grundsätzlich sind alle an der Nachsorge Beteiligten zu involvieren. Angehörige gehören immer an den Tisch, wenn die/der Patient/in nach dem Klinikaufenthalt wieder zuhause leben wird. Wenn die Patientin/der Patient dies ablehnt, kann sie/er die Teilnahme am Rundtischgespräch verweigern.
<b>Begründung/Erläuterung</b>
<p>Die Grundidee des Rundtischgesprächs ist, dass Vertreter/innen aller Betroffenen sich austauschen können. Rundtischgespräche können sowohl in Form eines <b>Austrittsgesprächs</b> als auch in Form von <b>Zwischen- oder Standortgesprächen</b> durchgeführt werden. Wer die relevanten Personen für das Rundtischgespräch sind, muss im Einzelfall entschieden werden. In der Regel besteht ein Rundtischgespräch aus Patientin/Patient, der/die Angehörige bzw. Vertrauensperson, stationären Fachpersonen (Ärztenschaft/Pflege) und Fachpersonen der ambulanten Versorgung (Ärztenschaft/Pflege).</p> <p>Rundtischgespräche (meistens Austrittsgespräche) unter Einbezug der Fachpersonen gelten bei der Mehrheit der Teilnehmenden der Fachpersonen-Workshops zwar als «Golden Standard», in der Praxis werden sie aber oft nicht durchgeführt. Als strukturelle Hürden werden der hohe Koordinations- bzw. Zeitaufwand genannt. Teilnehmende des Fachpersonen-Workshops im Tessin stehen dem systematischen Einbezug der Angehörigen in das Rundtischgespräch kritischer gegenüber, weil Rundtischgespräche im Tessin mancherorts als Gesprächsformat verstanden wird, an dem ausschliesslich Fachpersonen teilnehmen.</p> <p>Betreuende Angehörige äusserten im Workshop die unterstützende Wirkung von Ein-, Zwischen- und Austrittsgesprächen unter Einbezug der Angehörigen.</p>
<b>Bedürfnisse der Angehörigen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bedürfnis nach frühzeitiger Planung und Ankündigung von Entlassungen</li> <li>– Bedürfnis nach Information</li> <li>– Bedürfnis nach proaktiver Unterstützung und Kontaktaufnahme</li> <li>– Bedürfnis nach Anerkennung und Wertschätzung</li> <li>– Bedürfnis nach Gesprächszeit mit Fachpersonen</li> </ul>

**Geltungsbereich**

Die Empfehlung gilt für alle Angehörigen bzw. Vertrauenspersonen von Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Erkrankung.

**Umsetzung**

In der Praxis ist die Umsetzung des Rundtischgesprächs häufig schwierig. Voraussetzung für eine konsequentere Umsetzung ist, dass Rundtischgespräche standardmässig in den Patientenpfad integriert werden, die beteiligten Personen frühzeitig eingeladen werden und grundsätzlich bereit sind, daran teilzunehmen.

**Empfehlung 10 Austrittstermin unter Einbezug der Angehörigen frühzeitig planen**

**Austrittstermine** unter Einbezug der Angehörigen **frühzeitig** planen. Bei Kurzaufenthalten die Austrittsplanung bereits im Rahmen des Erstkontakts ansprechen.

**Begründung/Erläuterung**

Der Klinikaufenthalt hat für die Angehörigen oft eine entlastende Wirkung, weil sie in dieser Zeit Verantwortung abgeben können. Da der Klinikaufenthalt zeitlich begrenzt ist, müssen sich Angehörige auf die Entlassung vorbereiten können. Ein Ergebnis der Angehörigen-Workshops ist, dass **unangekündigte** oder **vorzeitige Entlassungen** der suizidalen Person in Kombination mit dem Informationsdefizit der Angehörigen zu Überforderung, Unsicherheit und damit Stress bei den Angehörigen führen. Bei erwerbstätigen Angehörigen sind unangekündigte oder vorzeitige Entlassungen mit zusätzlichem Stress verbunden, weil sie Angehörigen- und Erwerbsarbeit vereinbaren müssen. Aus diesen Gründen ist eine möglichst frühzeitige Austrittsplanung unter Einbezug der Angehörigen wichtig. Angehörige sollten beim Austrittsgespräch (möglichst in Form eines Rundtischgesprächs, vgl. Empfehlung 9) auf die **Zeit** nach dem Klinikaustritt vorbereitet werden.

In der Regel umfassen die relevanten Personen eines Austrittsgesprächs die Patientin/der Patient, der/die Angehörige bzw. Vertrauensperson, stationäre Fachpersonen (Ärztenschaft/Pflege) und Fachpersonen der ambulanten Versorgung (Pflege/Ärztenschaft).

**Goldene Regel**

Wenn frühzeitige oder unangekündigte Entlassungen nicht vermeidbar sind (z.B. bei Selbstentlassungen der Patientin/des Patienten) sollten diese nie ohne zeitnahen Anschlusstermin im ambulanten oder stationären Setting durchgeführt werden.

**Bedürfnisse der Angehörigen**

- Bedürfnis nach frühzeitiger Planung und Ankündigung von Entlassungen
- Bedürfnis nach Information
- Bedürfnis nach proaktiver Unterstützung und Kontaktaufnahme

**Geltungsbereich**

Die Empfehlung gilt grundsätzlich für alle Angehörige bzw. Vertrauenspersonen von Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Erkrankung. Die Empfehlung ist aber für Angehörige von suizidalen Menschen besonders wichtig, wegen der höheren Wahrscheinlichkeit eines erneuten Suizidversuchs in den ersten 14 Tagen nach dem stationären Aufenthalt.

**Umsetzung**

Die Umsetzbarkeit hängt stark vom Einzelfall ab, insbesondere bei kurzen Klinikaufenthalten kann der Austritt naturgemäss nicht frühzeitig angekündigt werden. Wenn die Empfehlung in den Patientenpfad integriert wird, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit der Umsetzung.

**Empfehlung 11 Vor dem Austritt individuelle Notfallkarte bzw. Notfallplan mit Angehörigen erarbeiten**

Beim Klinikaustritt den Angehörigen im Minimum eine **individuelle Notfallkarte** mit wichtigen Kontaktpersonen bzw. Institutionen oder besser noch einen **individuellen Notfallplan** (inkl. diagnosespezifischer Warnzeichen) gemeinsam mit den Angehörigen erarbeitet werden.

Die **Notfallkarte** / der **Notfallplan** sollte möglichst im Kreditkartenformat oder ggf. in Form einer App zur Verfügung stehen und folgende Kontaktdaten enthalten:

- 24-Stunden-Notfallnummern (z.B. psychiatrische Notfallnummern, Dargebotene Hand Tel. 143, Pro Juventute für Eltern und minderjährige Angehörige Tel. 147)
- Telefonnummern des privaten Helfernetzwerkes
- Telefonnummer der behandelnden Klinik / der behandelnden stationären Fachperson
- Telefonnummer(n) der behandelnden ambulanten Fachperson(en)
- Telefonnummer(n) von Angehörigenberatungsstellen

**Erläuterung/Begründung**

Die an den Workshops teilnehmenden Angehörigen berichten von **Überforderung** und **Unsicherheit** im Umgang mit der suizidalen Person, insbesondere in der ersten Zeit nach dem stationären Klinikaufenthalt. Diese Phase wird von den Angehörigen als besonders belastend wahrgenommen. Damit Angehörige **Notfallsituationen** besser bewältigen können, benötigen sie professionelle Unterstützung bzw. Beratung im Krisenfall. Die Teilnehmenden der Angehörigen-Workshops äusserten insbesondere den Bedarf nach Kontaktadressen, die zu jeder Tageszeit erreichbar sind.

Die Teilnehmenden der Fachpersonen-Workshops nannten eine Notfallkarte oder einen Notfallplan als nützliche Instrumente. Sie berichteten weiter, dass fehlende Vorlagen deren standardmässigen Einsatz erschweren.

**Bedürfnisse der Angehörigen**

- Bedürfnis nach Information
- Bedürfnis nach proaktiver Unterstützung

**Geltungsbereich**

Die Empfehlung gilt grundsätzlich für alle Angehörige bzw. Vertrauenspersonen von Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Die Empfehlung ist aber für Angehörige von Patientinnen und Patienten mit einem Suizidversuch besonders wichtig, wegen der höheren Wahrscheinlichkeit eines erneuten Suizidversuchs in den ersten 14 Tagen nach dem stationären Aufenthalt.

**Umsetzung**

Die Empfehlung ist umsetzbar, sofern eine Vorlage für die Notfallkarte / Notfallplan standardmässig in den Patientenpfad integriert wird und die Vorlage(n) von der Klinikleitung zur Verfügung gestellt werden.

## 5.5 Hinweise zur Dissemination und Umsetzung der Empfehlungen

Die vorliegenden Empfehlungen basieren auf den Bedürfnissen der Angehörigen und werden von Fachpersonen grundsätzlich unterstützt und als umsetzbar eingestuft. In der jetzigen Form sollten die Empfehlungen u.E. aus folgenden Gründen nicht an die Kliniken und Fachpersonen im Bereich der Psychiatrie übergeben werden:

- Die definitiven Empfehlungen sollten kürzer formuliert und layouttechnisch an die Empfehlungen «Suizidprävention bei Klinikaustritten» des BAG vom August 2019 angepasst werden.
- Der Geltungsbereich der Empfehlungen sollte auf alle Angehörigen von psychisch kranken Menschen (und im Idealfall auch auf die ambulante psychiatrische Versorgung) ausgeweitet werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass sie akzeptiert werden können und Klinikleitungen sich für die Umsetzung engagieren. Die Anpassung von Standards und routinemässigen Abläufen ist aufwändig. Dass dies nur mit Blick auf eine einzige Patientengruppe gelingt, ist unwahrscheinlich.

Mit Blick auf eine gelingende Umsetzung erachten wir es im Weiteren als relevant, dass die Kommunikation sowohl **top-down** wie **bottom-up** erfolgt. Dazu sind Plattformen und Konferenzen von Führungskräften (z.B. Swiss Nurse Leaders) genauso relevant wie fachliche Organisationen (bspw. Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, SGPP). Wir empfehlen explizit, dass bei der Vorbereitung der Dissemination auch Personen aus dem Management psychiatrischer Kliniken einbezogen werden, z.B. die Vereinigung der psychiatrischen Kliniken «Swiss Mental Health Care».

Für tiefer gehende Überlegungen zur Umsetzung und allfälliger Ausarbeitung von Umsetzungshilfen wie Vorlagen für bspw. ein Merkblatt oder eine Notfallkarte bietet sich eine Zusammenarbeit mit dem Verein Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie (NAP) an.

## 5.6 Empfehlungen im Überblick

Empfehlungen sind standardmässig in den Klinikalltag zu integrieren

### Nr Titel der Empfehlung

#### Empfehlungen auf der Haltungs- und Einstellungsebene

1 Angehörigen auf Augenhöhe begegnen

#### Empfehlungen auf Ebene Organisation

2 Anhörungsrecht für Angehörige schaffen

3 Beratungsstellen für Angehörige institutionalisieren

#### Empfehlungen auf Ebene Weiterbildung / Schulung

4 Fachpersonen der Psychiatrie in Punkto Angehörigenkommunikation schulen und sensibilisieren

#### Empfehlungen auf Ebene des Patientenpfads

5 Beim Eintritt Merkblatt für Angehörige bereitstellen

6 Die Person mit erhöhtem Suizidrisiko dabei unterstützen, das soziale Umfeld miteinzubeziehen

7 Angehörige frühzeitig und proaktiv kontaktieren

8 Informationsmaterial an Angehörige abgeben

9 Angehörige bei Rundtischgesprächen involvieren

10 Austrittstermin unter Einbezug der Angehörigen frühzeitig planen

11 Vor dem Austritt individuelle Notfallkarte bzw. Notfallplan mit Angehörigen erarbeiten

## Literaturverzeichnis

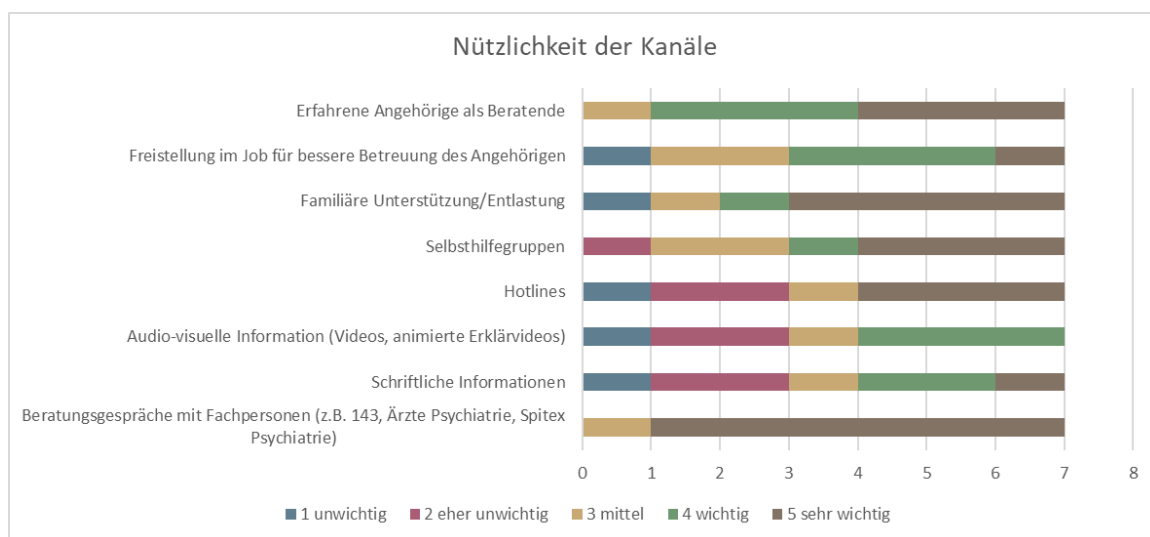
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2020), Aktionsplan Suizidprävention  
Online abrufbar unter (12.02.2020): <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention.html>
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2019), Suizidprävention bei Klinikaustritten, Empfehlungen für Gesundheitsfachpersonen  
Online abrufbar unter (12.02.2020): <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention/suizidpraevention-psychiatrische-versorgung.html>
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2020), Aktionsplan für betreuende Angehörige  
Online abrufbar unter (12.02.2020): <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-pflegende-angehoerige.html>
- BFS (2020), Statistik der Todesursachen  
Online abrufbar unter (12.02.2020): <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/erhebungen/ecod.html>
- Bregenzer, Ursula (2017), Übergangsprozess nach Hause – nach stationärer Behandlung wegen Suizidalität, unveröffentlichte Master Thesis, Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW.
- Dialog Ethik (2018), Literaturrecherche zu Suiziden und Suizidversuchen während und nach Psychriaufenthalt.
- Hewer/Rössler (1997), Mortalität von Patienten mit funktionellen psychischen Erkrankungen während des Zeitraums stationärer Behandlung.
- NAP (2011), Qualitätsstandard Angehörigenarbeit Psychiatrie – eine Empfehlung  
Verein Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie, online abrufbar unter: [www.angehoerige.ch](http://www.angehoerige.ch)
- Obsan Bulletin Suizid (2019), Suizidgedanken und Suizidversuche in der Schweizer Bevölkerung.
- Socialdesign (2019): Suizidprävention bei Klinikaustritten – Finanzierungsaspekte. Studie im Auftrag des BAG.



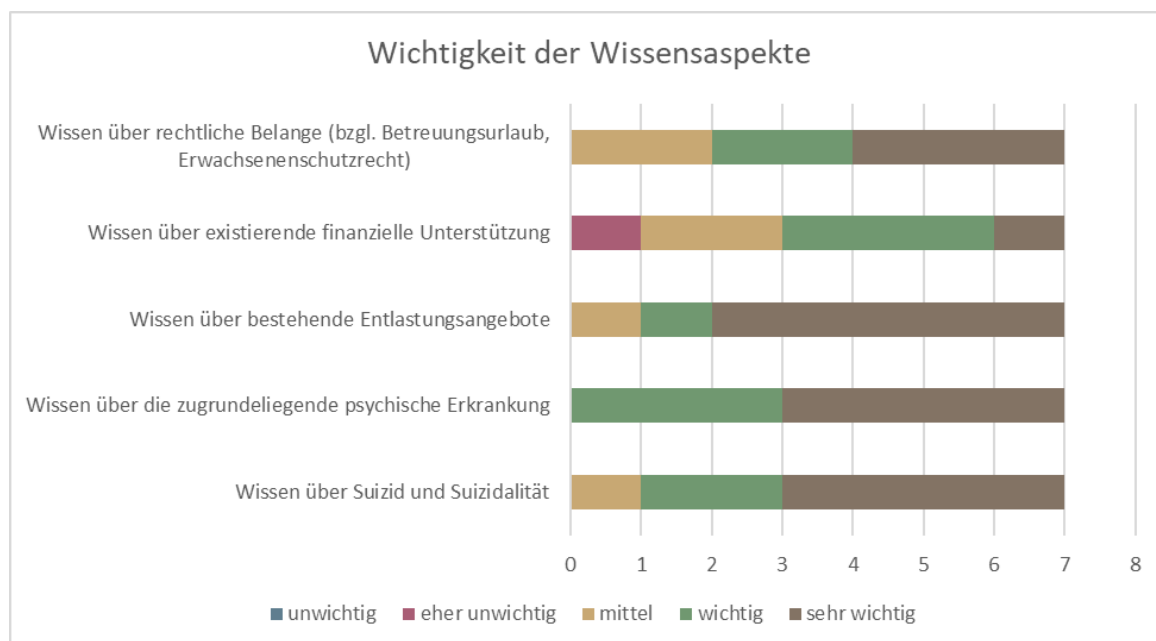
## Anhang A

### Ergebnis der schriftlichen Angehörigenbefragung während der Angehörigen-Workshops

1. Wie hilfreich finden Sie generell folgende Kanäle zur Unterstützung? Vergeben Sie Punkte auf einer Skala von 1-5 Punkte (1 = unwichtig; 5 = sehr wichtig)



2. Wie wichtig ist für Sie folgendes Wissen für den Umgang mit Ihren psychisch kranken und suizidalen Angehörigen? Vergeben Sie Punkte auf einer Skala von 1-5 (1 = unwichtig; 5 = sehr wichtig)



## Anhang B

### Die wichtigsten Anpassungen aufgrund der Validierungsphase

Aufgrund der Validierungsphase hat das Projektteam folgende Anpassungen vorgenommen, die für alle vorliegenden Empfehlungen gelten:

- Neuer Titel: «Angehörige mit psychisch erkrankten suizidalen Personen in ihrem Umfeld»
- Begriffsdefinitionen von «Suizidalität», «Betreuende Angehörige» und «Fachpersonen»
- Neustrukturierung und damit Reihenfolge der Empfehlungen mit folgenden Ebenen: a) Empfehlung auf Haltungs- und Einstellungsebene, b) Empfehlungen auf Organisations-ebene, c) Empfehlungen auf Ebene Weiterbildung / Schulungen, d) Empfehlungen auf Ebene des Patientenpfads
- Zuordnung der zugrundeliegenden Angehörigenbedürfnisse pro Empfehlung
- Hinweis zum Geltungsbereich pro Empfehlung
- Hinweise zur Umsetzung bzw. Praxistauglichkeit pro Empfehlung
- Anpassungen in Formulierungen

Im Anhang C sind die wichtigsten weiteren Anpassungen aufgrund der Validierungsphase tabellarisch zusammengefasst.

### Zusammenfassende Resultate aus der Validierungsphase der vorläufigen Empfehlungen

Provisorische Empfehlung	Grundsätzliche Zustimmung?	Geltungsbereich auf Angehörige von suicidalen Menschen eingrenzbar?
1. Beim Eintritt Merkblatt für Angehörige bereitstellen	Ja	Nein
2. Angehörige proaktiv kontaktieren	Ja	Nein
3. Informationsmaterial für Angehörige abgeben	Ja	Nein
4. Angehörige bei Rundtischgesprächen involvieren	Ja	Nein
5. Austrittstermin unter Einbezug der Angehörigen frühzeitig planen	Ja	Nein
6. Bei Austritt Notfallkarte / Notfallplan für Angehörige zur Verfügung stellen	Ja	Nein
7. Anhörungsrecht für Angehörige schaffen	Ja und Nein	Nein
8. Beratungsstelle für Angehörige	Ja	Nein
9. Fachpersonen schulen	Ja	Nein
10. Regionale Unterstützungsangebote kennen	Nein	Nein
11. Die suicidal Person motivieren, ihre Angehörigen selbst miteinzubeziehen	Ja	Nein
12. Angehörige entlasten, indem man ihnen vermittelt, dass sie nicht die Verantwortung tragen	Nein	Nein
13. Angehörigen auf Augenhöhe begegnen	Ja	Nein

## Anhang C

### Weitere Anpassungen der provisorischen Empfehlungen aufgrund der Validierungsphase

Provisorische Empfehlung	Relevante Anpassung
1. Beim Eintritt Merkblatt für Angehörige bereitstellen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Flexiblere Frist, damit den Einzelfällen in der Praxis Rechnung getragen wird</li> <li>– Hinweis auf Schweigepflicht bzw. Entbindung der Fachpersonen von der Schweigepflicht durch die Patientin/den Patienten</li> </ul>
2. Angehörige proaktiv kontaktieren	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hinweis auf Schweigepflicht bzw. Notwendigkeit von der Schweigepflichtentbindung durch die Patientin/den Patienten</li> </ul>
3. Informationsmaterial für Angehörige abgeben	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Integration der Aspekte der vorläufigen Empfehlung (10)</li> <li>– Betonung der Bedarfsgerechtigkeit des Materials</li> </ul>
4. Angehörige bei Rundtischgesprächen involvieren	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Stärkere Verbindlichkeit beim Einbezug der Angehörigen</li> </ul>
5. Austrittstermin unter Einbezug der Angehörigen frühzeitig planen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Keine inhaltlichen Anpassungen</li> </ul>
6. Bei Austritt Notfallkarte / Notfallplan für Angehörige zur Verfügung stellen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Keine inhaltlichen Anpassungen</li> </ul>
7. Anhörungsrecht für Angehörige schaffen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wird von den Teilnehmenden kritisch diskutiert und dennoch neu formuliert als Empfehlung stehen gelassen.</li> <li>– Viele Teilnehmende stören sich am Begriff «Anhörungsrecht», weil dies in ihren Augen ein juristischer Begriff ist, der suggeriert, dass es sich um ein einklagbares Recht handelt. Das Ziel der Empfehlung, nämlich sicher zu stellen, dass Angehörige zumindest angehört werden sollten, wird von den Teilnehmenden aber nicht in Frage gestellt</li> </ul>
8. Beratungsstelle für Angehörige	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Möglichkeit, dass auch Peers Angehörige beraten ergänzt</li> <li>– Ergänzung, dass Beratungsstellen für alle (auch für Migrant/innen und minderjährige Angehörige) adäquate Beratungsangebot sicherstellen sollen</li> </ul>
9. Fachpersonen im Bereich Psychiatrie schulen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hinweis auf Schweigepflicht bzw. Entbindung der Fachpersonen von der Schweigepflicht durch die Patientin/den Patienten</li> </ul>
10. Regionale Unterstützungsangebote kennen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Gestrichen und Teile der Empfehlung in Empfehlung (3) integriert</li> </ul>
11. Die suizidale Person motivieren, ihre Angehörigen selbst miteinzubeziehen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Stark umformuliert: Die suizidale Person darüber informieren, dass der Einbezug des sozialen Umfelds hilfreich ist</li> </ul>
12. Angehörige entlasten, indem man ihnen vermittelt, dass sie nicht die Verantwortung tragen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ersatzlos gestrichen, weil widersprüchlich zur vorläufigen Empfehlung (13)</li> </ul>
13. Angehörigen auf Augenhöhe begegnen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Als übergeordnete Empfehlung auf Metaebene an erste Stelle positioniert</li> </ul>