

Qualitätsverbesserungsmassnahme: Systematische Suizidprävention

Ablauf Antrag	Datum
Eingereicht	15.08.2022
fachliche Anerkennung	22.08.2022
vertragliche Anerkennung	31.08.2023
Publikation	Oktober 2023
Aktualisierung	März 2026

Allgemeines

Qualitätsverbesserungsmassnahmen sind konkrete, systematische und von den Vertragspartnern anerkannte Massnahmen in Bezug auf Strukturen und Prozesse innerhalb eines Spitals oder einer Klinik. Sie haben zum Ziel, einen Teilaspekt der Behandlungsqualität und der Sicherheit von Patientinnen und Patienten in einem Handlungsfeld zu verbessern. Deren Wirkung in einem spezifischen Spital oder einer spezifischen Klinik wird im Rahmen des übergeordneten Qualitätskonzepts des Handlungsfelds evaluiert und kontinuierlich verbessert. Die QVM wird in den PDCA-Zyklus des Qualitätskonzeptes des Handlungsfelds integriert. Diese Integration muss im Qualitätskonzept festgehalten und beschrieben sein.

Zusammenfassung

Die systematische Suizidprävention im stationären psychiatrischen Setting basiert auf einem klinikspezifischen Konzept, das zentrale Rahmenbedingungen festlegt. Kernbestandteil ist die strukturierte Erhebung des suizidalen Erlebens und Verhaltens inklusive Risikoabschätzung im Behandlungsverlauf. Darauf aufbauend erfolgen schweregradbasierte Interventionen sowie klar definierte Postventionsmassnahmen für Patienten, Angehörige, Mitpatienten und Mitarbeitende. Der PDCA-Prozess beinhaltet u. a. die systematische Analyse von Suizidversuchen, die Evaluation der umgesetzten Massnahmen sowie die Ableitung und Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen.

1. Abgrenzung der Qualitätsverbesserungsmassnahme (QVM)

a) Name der Qualitätsverbesserungsmassnahme
Systematische Suizidprävention
b) Ziel und Wirkung der Qualitätsverbesserungsmassnahme auf Patientensicherheit und Behandlungsqualität
Die Suizidprävention soll möglichst viele stationäre Leistungserbringer dabei unterstützen, die Versorgungsqualität von suizidalen Menschen und Menschen mit einem erhöhten Suizidrisiko zu verbessern. Dafür werden evidenzbasierte suizidpräventive Massnahmen systematisch umgesetzt und deren Implementierung kann im Rahmen der Audits einfach nachgewiesen werden. Ein Raster legt die wesentlichen Prozessbestandteile der Suizidprävention fest und vermeidet gleichzeitig allzu spezifische Vorgaben. So soll der klinische Nutzen und gleichzeitig die Übertragbarkeit auf verschiedene stationäre Settings (von der grossen Akut-/Vollversorgungsklinik bis zur kleinen Klinik mit Spezialversorgung) gewährleistet werden. Spezifische Ziele sind: • Verankerung der Suizidpräventions-Prozessqualität in der stationären Psychiatrie • Suizidversuche und vollendete Suizide verhindern Aktuell ist die im Vereinigten Königreich vom National Institute for Health and Care Excellence (NICE) entwickelte Leitlinie „Self-harm“ [1] die umfassendste. Im deutschsprachigen Raum fehlt eine solche Leitlinie, wird aber zurzeit der Antragsstellung in Deutschland erarbeitet. Die in diesem Antrag enthaltenen Massnahmen beinhalten die in der Schweiz vom Bundesamt für Gesundheit empfohlenen Massnahmen [2,3]. Der den Massnahmen zugrundeliegende Evidenzgrad reicht von Stufe 1a (Meta-Analysen) bis zu 5 (Expertenmeinungen). Zur Evaluation werden KPI bzw. Outcome-Indikatoren herangezogen, insbesondere: • Rate von Suizidversuchen und vollendeten Suiziden im stationären Setting • Dokumentationsrate standardisierter Suizidrisiko-Abschätzung • Schulungsquote des Personals in suizidpräventiven Massnahmen. Diese Indikatoren ermöglichen die kontinuierliche Überprüfung der Prozessqualität und der Patientensicherheit. Es gilt zu beachten, dass die QVM die systematische Reduktion suizidbezogener Risiken und die Verbesserung der Versorgungsqualität bezweckt. Sie begründet keine Ergebnisgarantie. Ein Suizid, Suizidversuch oder selbstverletzendes Ereignis stellt für sich allein keine Nichterfüllung der QVM dar.
↑ Beilagen zur Wirkung bzw. Evidenz 1 National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Self-harm: assessment, management and preventing recurrence (NICE guideline NG225). 2022. 2 Trageser J, von Stokar T, Reisch T. Zwischenstand Umsetzung Nationaler Aktionsplan Suizidprävention. 2021. 3 Bundesamt für Gesundheit BAG, Projektgruppe Suizidprävention bei Klinikaustritten. Suizidprävention bei Klinikaustritten - Empfehlungen für Gesundheitsfachpersonen. 2021. 4 Glasow N. <i>Bauliche Suizidprävention in stationären psychiatrischen Einrichtungen</i>. Berlin: Logos-Verlag 2011. 5 Lewitzka U, Knappe S. Suizidalität. <i>PSYCH up2date</i>. 2021;15:419–32. 6 Cutcliffe JR, Barker P. The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): developing a tool for clinical practice. <i>Psychiatric Ment Health Nurs</i>. 2004;11:393–400. doi: 10.1111/j.1365-2850.2003.00721.x 7 Conrad AK, Jacoby AM, Jobes DA, et al. A Psychometric Investigation of the Suicide Status Form II with a Psychiatric Inpatient Sample. <i>Suicide and Life-Threatening Behavior</i>. 2009;39:307–20. doi: 10.1521/suli.2009.39.3.307

8 Kliem S, Lohmann A, Mößle T, <i>et al.</i> German Beck Scale for Suicide Ideation (BSS): psychometric properties from a representative population survey. <i>BMC Psychiatry</i>. 2017;17:389. doi: 10.1186/s12888-017-1559-9 9 Belsher BE, Smolenski DJ, Pruitt LD, <i>et al.</i> Prediction models for suicide attempts and deaths: a systematic review and simulation. <i>JAMA psychiatry</i>. 2019;76:642–51. 10 Riblet NB, Matsunaga S, Lee Y, <i>et al.</i> Tools to Detect Risk of Death by Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>J Clin Psychiatry</i>. 2022;84:21r14385. doi: 10.4088/JCP.21r14385
c) Entwicklungsphase der Qualitätsverbesserungsmassnahme
<i>Die Qualitätsverbesserungsmassnahme ist praxisnah entwickelt worden und durch mindestens ein Pilotprojekt erprobt. Erzielte Erkenntnisse/Erfolge sind knapp zusammenzufassen.</i>
Die Qualitätsverbesserungsmassnahme ist... ☒ ...praxisnah entwickelt worden. ☒ ...und ist durch mindestens ein <u>Pilotprojekt</u> erprobt. Als ein Pilotprojekt gilt, wenn die QVM in mind. einem Spital oder Teilbereich eines Spitals umgesetzt und Erfahrungen dazu gesammelt wurden.
Die QVM wurde bereits in den antragstellenden Kliniken über mehrere Jahre umgesetzt.

2. Geltungsbereich

a) Handlungsfelder
☐ Qualitätskultur ☒ Patientensicherheit ☐ Evidenzbasierte Entscheidungsfindung ☐ Patientenzentriertheit
b) Fachbereich(e)
☐ Akutsomatik ☒ Psychiatrie ☐ Rehabilitation
c) Abgrenzung: Abteilungen/Bereiche, Professionen etc.
Die Suizidprävention lässt sich in allen Abteilungen/Bereichen und Berufsgruppen anwenden. Der Fokus liegt auf den Prozessen und Gesundheitsfachpersonen, welche sich direkt mit der Suizidalität befassen, insbesondere Pflege, Ärzteschaft und Therapeuten. Prozesse sind auf Tageskliniken und klinikambulante Settings übertragbar. Die konkrete Umsetzung bedarf einer individuellen Anpassung der vorgesehenen Prozesse. Die Suizidprävention ist für alle Altersbereiche der Psychiatrie anwendbar, bedarf aber einer altersspezifischen Ausgestaltung der einzelnen Bestandteile.

3. Methodik der QVM und Überprüfung der Integration in das betriebsinterne Qualitätskonzept

a) Methodik der Qualitätsverbesserungsmassnahme
--

Plan

Die schriftliche Festlegung der systematischen Suizidprävention im stationären psychiatrischen Setting im Rahmen eines Konzeptes gilt als Mindestanforderung. Die konkrete Ausgestaltung dieser Aspekte ist jedoch den jeweiligen Kliniken überlassen und hängt massgeblich von den jeweiligen Gegebenheiten der Organisationseinheit ab, in welcher die Suizidprävention angewendet wird (Akut- und Vollversorger, Spezialkliniken, Diagnosespektrum etc.).

Kontextfaktoren, welche im Suizidpräventions-Konzept [2] abgebildet werden müssen:

- Werte / Haltung / Umgang mit Suizidalität
- Medizinische Dokumentation
- Kompetenzen: wer ist für was verantwortlich
- Schulung der Mitarbeitenden (z.B. Hinweise auf Suizidalität erkennen, Krisenintervention, Postvention etc.): wer wird wie oft zu welchen Themen geschult

Bauliche und Umgebungs-Massnahmen [4]:

- Diese Massnahmen müssen an das Angebot der Klinik angepasst sein (z.B. Spezialkliniken ohne akutsuizidale Patienten vs. Akut- und Vollversorger)
- Suizidpräventive bauliche Massnahmen (z.B. max. Belastbarkeit von Haken oder Duschstangen im Bad)

Planung suizidpräventiver Massnahmen im Behandlungsverlauf und nach dem Austritt:

- Planung des stationär-ambulanten Überganges (z.B. Brückenkonferenz) [2]
- Berücksichtigung der BAG-Empfehlungen «*Suizidprävention bei Klinikaustritten – Empfehlungen für Gesundheitsfachpersonen*» [3]

Do

Strukturierte Erhebung des suizidalen Erlebens und Verhaltens [5]:

- Trigger: Zeitpunkte (z.B. Ein- & Austritt) im Behandlungsverlauf und/oder symptom-basiert (z.B. Äusserung von Suizidabsichten)
- Suizidalität ist zwingender Bestandteil des psychopathologischen Befunds
- Störungsspezifische Anamneseerhebung und Diagnostik (psychische Erkrankungen sind Hauptrisikofaktor für Suizidalität)
- Screeningtools (z.B. NGASR [6], SSF-II [7], BSSI [8]) können zum Einsatz kommen, diese sind aber weder zwingend noch hinreichend.

Die Antragsstellenden weisen explizit darauf hin, dass quantitative Instrumente der Suizid-Risikoabschätzung auch bei vorliegender wissenschaftlicher Validierung keine absolute Sicherheit gewährleisten [1,9,10].

Schweregradbasierte Interventionen bei Suizidalität:

- Eskalationsstufen bzw. schweregradbasierte Abstufung der Interventionen und Überwachung/Monitoring (z.B. Pharmakotherapie, Psychotherapie, 1:1 Betreuung, Wahl des Behandlungssettings etc.)

Postvention:

- Massnahmen und Verantwortlichkeiten nach einem Suizidversuch oder vollendeten Suizid müssen für folgende Zielgruppen festgelegt sein:
 - die betroffenen Patienten selbst (bei Suizidversuch)
 - die Angehörigen/Vertrauenspersonen der Patienten (z.B. Vermittlung unterstützender Angebote)
 - andere stationäre Patienten unter Berücksichtigung des Persönlichkeitsrechtes des Suizidanten (Hinweis auf das Phänomen des «suicidal contagion»)
 - die Mitarbeitenden (z.B. Umgang mit belastenden Situationen, Verbesserungsmassnahmen etc.)

Check

Evaluation der umgesetzten Massnahmen (alle 4 Massnahmen sind verpflichtend):

1. Regelmässige Erfassung der Wirkung, welche durch die oben definierten Massnahmen erzielt wird. ○ Dabei ist die Erfassung von Suizidversuchen (vollendet und nicht vollendet) Pflicht ○ Optional: Ergänzende quantitative Methoden (z.B. Überweisungen in geschützten Rahmen mit/ohne fürsorgereische Unterbringung) und qualitative Methoden (z.B. Interviews oder Fokusgruppen von Patienten oder Mitarbeitenden) sind möglich. 2. Bei Suizidversuchen muss zwingend eine Analyse der Prozesse im jeweiligen Fall erfolgen und daraus bei Bedarf Massnahmen abgeleitet werden. 3. Dokumentationsrate standardisierter Suizidrisiko-Abschätzung 4. Schulungsquote (Soll gemäss Konzept vs. Ist) Quantitative Ereignisindikatoren wie Suizidrate oder Suizidversuchsrate dienen ausschliesslich der internen, kontextualisierten Qualitätsentwicklung und dürfen nicht isoliert zur Beurteilung der Erfüllung der QVM, für Rankings, Sanktionen oder spitalindividuelle Zielwertvorgaben verwendet werden. Act Ableitung von Zielen basierend auf der Evaluation sowie Planung und Umsetzung von Massnahmen, um die im vorherigen Schritt definierten Ziele zu erreichen. Die gewonnenen Erkenntnisse fliessen in die Weiterentwicklung des Suizidpräventions-Konzeptes und der klinischen Praxis ein.
<i>Beilagen zur Methodik der Qualitätsverbesserungsmassnahmen</i>
Keine
b) Überprüfung der Qualitätsverbesserungsmassnahme
<i>Die externe Prüfstelle überprüft, ob die QVM in das interne Qualitätskonzept (PDCA-Zyklus) integriert ist. Für eine zielführende und faire Überprüfung dieser Integration sind hier Kriterien festgelegt.</i>
Grundsatz: Die externe Prüfstelle beurteilt nicht die isolierte Höhe der Suizid- oder Suizidversuchsrate als Erfüllungs- oder Nichterfüllungskriterium. Plan • Ein schriftliches Suizidpräventions-Konzept liegt vor. • Das Konzept beinhaltet definierte Werte und Grundhaltungen im Umgang mit Suizidalität. • Verantwortlichkeiten und Kompetenzen der Mitarbeitenden sind festgelegt. • Prozesse der strukturierten Suizidalitätsabklärungen, schweregradbasierten Interventionen, Postventionsmassnahmen und stationär-ambulant Übergänge sind definiert • Vorgaben zur medizinischen Dokumentation von Suizidalität sind definiert. • Ein Schulungskonzept für Mitarbeitende ist vorhanden (Themen, Zielgruppen, Frequenz). • Bauliche und umgebungsbezogene Suizidpräventionsmassnahmen sind beschrieben und an das klinische Angebot angepasst. Do • Strukturierte Suizidalitätsabklärungen erfolgen gemäss Konzept (Zeitpunkte, psychopathologische Befunde, ggf. Screeningtools) • Schweregradbasierte Interventionen werden entsprechend angewendet (z.B. Monitoring, therapeutische Massnahmen, Betreuungsintensität).

- Postventionsmassnahmen werden umgesetzt und Verantwortlichkeiten für Patienten, Angehörige, Mitpatienten und Mitarbeitende sind festgelegt.
- Der stationär-ambulante Übergang wird strukturiert geplant (z. B. Übergabegespräch oder Brückenkonferenz).

Check (alle Pflicht)

- Erfassung der Suizidversuchsrate (vollendet und nicht vollendet) während des Aufenthalts.
- Bei Suizidversuchen erfolgt eine Analyse und ggf. Ableitung von Massnahmen
- Dokumentationsrate von Suizidalitätsabklärungen bei Eintritt und im Verlauf (ggf. per repräsentativer Stichprobe).
- Schulungsquote (Soll gemäss Konzept vs. Ist)

Act

- Ergebnisse der Evaluation werden regelmässig analysiert und besprochen.
- Basierend auf den Evaluationsergebnissen werden konkrete Ziele definiert.
- Verbesserungsmassnahmen werden geplant und umgesetzt (z.B. Anpassung von Prozessen, zusätzliche Schulungen).
- Das Suizidpräventions-Konzept wird bei Bedarf angepasst oder aktualisiert.

4. Gestaltungsspielraum, Übertragbarkeit, Schnittstellen und notwendige Ressourcen

a) Gestaltungsspielraum und Übertragbarkeit
Dieser Antrag definiert spezifische Bestandteile der Suizidprävention im stationären psychiatrischen Setting und ermöglicht es den Kliniken sie an die Gegebenheiten ihrer jeweiligen Organisationseinheit anzupassen. Anforderungen sind verhältnismässig, setting- und risikoadaptiert umzusetzen. Kleine Spezialkliniken, KJP, Alterspsychiatrie, Akut-/Vollversorgung und Kliniken ohne akut suizidale Patientengruppen sind nicht identisch zu behandeln.
b) Abschätzung des personellen und finanziellen Aufwands zur Umsetzung der Qualitätsverbesserungsmassnahme
Eine pauschale Aufwandsabschätzung ist nicht möglich, da diese von den jeweiligen Gegebenheiten der Organisationseinheit abhängt, in welcher die Suizidprävention angewendet wird. Grundsätzlich steigt der Schulungsaufwand mit der Anzahl Betten bzw. dem Personalbestand. Die meisten Faktoren hängen zudem mit den Charakteristiken der behandelten Patienten zusammen; je grösser das Risiko von Suizidalität, desto grösser der Aufwand für Suizidalitätsabklärung, schweregradbasierte Interventionen, Postvention sowie bauliche und Umgebungsmassnahmen.
c) Schnittstellen (betriebsintern und zu externen Leistungserbringern)
Betriebsintern bestehen Schnittstellen zwischen den direkt an der Suizidprävention beteiligten Berufsgruppen (Pflege, Ärzteschaft, Therapeuten). Zu externen Leistungserbringern sind insbesondere die Schnittstellen zum ambulanten Nachsorgesystem relevant: überweisende und weiterbehandelnde Psychiater:innen und Hausärzt:innen, ambulante psychiatrische Dienste sowie Kriseninterventionsstellen. Für die inhaltliche Ausgestaltung dieser Schnittstelle ist die strukturierte Austrittsplanung (siehe auch BAG-

Empfehlungen «Suizidprävention bei Klinikaustritten») zentral. Ergänzend bestehen Schnittstellen zu Beratungs- und Unterstützungsangeboten für Angehörige.

5. Register, Lizenzen und Zertifizierung inkl. deren Kosten

a) Register		
Sieht die QVM das Führen eines Registers oder mehrerer Register vor?	☐ Ja	☒ Nein
b) Zertifizierung		
Sieht die QVM eine Zertifizierung vor?	☐ Ja	☒ Nein
c) Lizenzen		
Sieht die QVM Lizenzen vor (z.B. Fragebogen, IT-System)?	☐ Ja	☒ Nein

6. Antragsteller und Interessenskonflikte

Antragssteller (Institution)	Klinik Oberwaid Privatklinik Meiringen Ipsilon (Dachverband für Suizidprävention Schweiz)
Beschrieb von allfälligen Interessenskonflikten des Antragsstellers	
Klinik Oberwaid: Der antragsstellende Betrieb hat Einsitz in der Fachkommission Qualität von H+ und enthält sich seiner Stimme im Rahmen der fachlichen Anerkennung. Keine weiteren Interessenskonflikte. Privatklinik Meiringen: keine Ipsilon (Dachverband für Suizidprävention Schweiz): keine	