



## Vorlage an den Landrat des Kantons Basel-Landschaft

---

**Titel:** Bericht zum Postulat von Elisabeth Augstburger: «Suizidprävention: Handlungsspielraum wirkungsvoller nutzen» ([2011/323](#))

Datum: 12. April 2016

Nummer: 2016-093

Bemerkungen: [Verlauf dieses Geschäfts](#)

---

Links:

- [Übersicht Geschäfte des Landrats](#)
- [Hinweise und Erklärungen zu den Geschäften des Landrats](#)
- [Landrat / Parlament des Kantons Basel-Landschaft](#)
- [Homepage des Kantons Basel-Landschaft](#)

---



---

## Vorlage an den Landrat

**Bericht zum Postulat von Elisabeth Augstburger: «Suizidprävention: Handlungsspielraum wirkungsvoller nutzen» ([2011/323](#))**

vom 12. April 2016

### Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b><i>Text des Postulats</i></b> .....	<b>2</b>
<b>2</b>	<b><i>Stellungnahme des Regierungsrates</i></b> .....	<b>3</b>
<b>2.1</b>	<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>3</b>
<b>2.2</b>	<b>Ausgangslage</b> .....	<b>3</b>
2.2.1	Definition assistierter Suizid, nicht-assistierter Suizid und Suizidversuche .....	4
2.2.2	Aktuelle Situation der Suizide in der Schweiz .....	5
2.2.3	Suizidmethoden .....	12
<b>2.3</b>	<b>Suizidprävention</b> .....	<b>13</b>
2.3.1	Suizidprävention in der Schweiz .....	15
2.3.2	Beteiligte / Akteure der Suizidprävention .....	16
2.3.3	Best-Practice Zug .....	17
2.3.4	Suizidprävention im Kanton Basel-Landschaft .....	17
<b>2.4</b>	<b>Weiteres Vorgehen</b> .....	<b>19</b>
<b>3</b>	<b><i>Antrag</i></b> .....	<b>19</b>
<b>4</b>	<b><i>Literaturverzeichnis</i></b> .....	<b>20</b>

## 1 Text des Postulats

Am 23. Juni 2011 reichte Elisabeth Augstburger, EVP/CVP-Fraktion, das Postulat «Suizidprävention – Handlungsspielraum wirkungsvoller nutzen» mit folgendem Wortlaut ein:

*Die Suizidstatistik der Schweiz und ihre Analyse im Bericht des Bundesrates zu «Palliativcare, Suizidprävention und organisierte Suizidhilfe» (Juni 2011) hält fest: Suizid bleibt eine der häufigsten Todesursachen von Menschen zwischen 15 und 44 Jahren. 90 % aller Menschen, die Suizid begehen, litten an einer Depression oder an einer anderen psychischen Störung oder Suchterkrankung. In allen industrialisierten Ländern ist die Suizidrate bei Personen über 75 Jahren am höchsten. Und da die Bevölkerung immer älter wird, wird auch die Anzahl Suizide steigen. Studien sind sich darüber einig, dass etwa 60 % der älteren Suizidfälle depressiv waren. Aber auch die Lebensumstände spielen eine wichtige Rolle. Das Risiko der sozialen Isolation ist für Menschen über 75 deutlich erhöht und steigt weiter an bei schlechtem Gesundheitszustand und Vereinzelung infolge Verlustes der familiären und nachbarlichen Solidarität, die in der individualisierten Gesellschaft teilweise der Vergangenheit angehört.*

*Im Bericht zeigt der Bundesrat seine beschränkten Handlungsspielräume auf. Er erkennt und nennt Handlungsbedarf und mögliche Massnahmen. Doch ausser der Bildung einer Arbeitsgruppe und dem NFP 67 «Lebensende», das erst in 5 Jahren Empfehlungen liefert, will der Bundesrat weiterhin nur die Kantone unterstützen mit der Aufbereitung von Daten und Informationen (z. B. Erhebungen zu Todesumständen, Unterstützung der Bündnisse gegen Depression der Kantone). Grosser Handlungsbedarf besteht aber in der breiten Aufklärung der Bevölkerung über Depression und ihre Früherkennung. Weiter müssen die Präventionsmassnahmen dringend dem Risiko der veränderten Lebenswelten, der Vereinsamung als Mitursache von Suiziden Rechnung tragen. Da auf Bundesebene ein wirkungsvolles Gesamtkonzept fehlt, muss der Kanton selber tätig werden. Ausserdem konzentriert sich der bundesrätliche Bericht fast ausschliesslich auf gefährdete Menschen im Alter. Dass die Schweiz zur traurigen Spitze im Suizidrating gehört, hängt aber mit den hohen Zahlen von Menschen zusammen, die sich umbringen im jungen und mittleren Alter. Diese Zahl zu senken, muss ein griffiger Aktionsplan wert sein.*

**Der Regierungsrat wird gebeten, einen Aktionsplan zur Suizidprävention zu prüfen, der bei den erkannten Hauptrisiken Depression und soziale Isolation ansetzt und die steigende Suizidrate zu brechen vermag.**

## **2 Stellungnahme des Regierungsrates**

### **2.1 Zusammenfassung**

Gemäss Landratsbeschluss vom 29.03.2012 wurde der Regierungsrat beauftragt, dem Landrat einen Bericht zur Suizidprävention vorzulegen. Darin soll geprüft werden, ob ein Aktionsplan zur Suizidprävention die Suizidrate stagnieren oder sogar verringern lässt.

Der folgende Bericht verschafft einen Überblick über die aktuelle Situation der Suizide und Suizidprävention in der Schweiz und im Kanton Basel-Landschaft und zeigt Möglichkeiten zur Suizidprävention auf.

In der Schweiz ist der Tod durch einen (nicht-assistierten) Suizid die vierthäufigste Todesursache. Suizid(versuch) ist ein ernstzunehmender Grund für einen verfrühten Tod mit nicht zu unterschätzenden sozialen, gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Auswirkungen. Dabei geht es nicht nur um die Direktbetroffenen, sondern auch um Hinterbliebene wie Familien, Freunde und in den Suizid(versuch) involvierte Personen und Berufsgruppen.

Hinter jedem Suizid und jedem Suizidversuch steckt eine persönliche Geschichte; manchmal sind diese verbunden mit einem langen Leidensweg, manchmal mit einer kurzfristigen Krise. Die Ursachen sind vielfältig und ebenso die Faktoren für ein erhöhtes Suizid- und Suizidversuchsrisiko. Zudem sind die Einflussfaktoren komplex und interagieren miteinander. Als Mitursache von Suizid(versuchen) stehen Depressionen im Vordergrund.

Aus finanziellen Gründen ist es dem Kanton Basel-Landschaft nicht möglich selbst ein Programm zur Förderung der psychischen Gesundheit und zur Suizidprävention aufzubauen. Er begrüsst und unterstützt aus diesem Grund, dass der Verein Tele-Hilfe Basel sich bereit erklärt hat, ein «Bündnis gegen Depression» im Kanton Basel-Landschaft zu entwickeln und dass er zu diesem Zweck ein Gesuch an den Swisslosfonds gestellt hat. Der Verein Tele-Hilfe Basel ist eine etablierte und gut vernetzte Organisation im Bereich der psychischen Gesundheit und Suizidprävention.

Im Weiteren wird aktuell auf Bundesebene als Antwort auf die Motion Ingold ein Aktionsplan zur Suizidprävention ausgearbeitet, von welchem der Kanton Basel-Landschaft inhaltlich profitieren können wird. Der Aktionsplan wird voraussichtlich im Herbst 2016 erscheinen.

### **2.2 Ausgangslage**

Als Grundlage für die Beantwortung dieses Postulats diente der Entwurf zum Bericht «Suizidprävention in der Schweiz» (Epidemiologie von Suiziden, Suizidversuchen und assistierten Suiziden in der Schweiz), der sehr ausführlich die Suizidprävention in der Schweiz beleuchtet. Am 11.09.2013 reichte die Nationalrätin Maja Ingold eine Motion ein mit dem Titel «Suizidprävention. Handlungsspielraum wirkungsvoller nutzen» ([11.3973](#)). Das

Bundesamt für Gesundheit ist nun daran einen Bericht zum Thema Suizidprävention in der Schweiz (Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan) auszuarbeiten. Spätestens im Herbst 2016 sollte das Geschäft dem Bundesrat überreicht werden.<sup>1</sup> Im Wissen um die Bearbeitung einer gleichlautenden Motion auf Bundesebene wurde mit der Bearbeitung des Postulats auf kantonaler Ebene zugewartet.

Für die Beantwortung wurden ferner Gespräche mit Spezialisten im Gebiet der Suizidprävention im Kanton Basel-Landschaft (z.B. Psychiatrie Baselland, Tele-Hilfe Basel) geführt.

Der Tod durch Suizid ist ein unterschätztes Gesundheitsproblem in der Schweiz: Suizid ist nach Krebs-, Kreislauferkrankungen und Unfällen der vierthäufigste Grund für frühzeitige Sterblichkeit (gemessen an verlorenen potentiellen Lebensjahren<sup>2</sup>). Suizidfälle haben auch beträchtliche indirekte Folgen: Durchschnittlich sind vier bis sechs Angehörige und Nahestehende betroffen. Oft trifft es diese völlig unerwartet, einige entwickeln danach ein erhebliches Leiden. Wenn Suizide im öffentlichen Raum stattfinden, z.B. bei einem Sprung von einem Gebäude oder vor den Zug, kann es zudem zur Traumatisierung von Drittpersonen kommen.

### **2.2.1 Definition assistierter Suizid, nicht-assistierter Suizid und Suizidversuche**

Eine suizidale Handlung ist eine akut selbst zugeführte Verletzung, die zum Tod führt. Beim vollendeten Suizid führt die Verletzung zum Tod.

Spricht man von Suizid muss zwischen nicht-assistierten Suiziden und assistierten Suiziden (organisierte Beihilfe zum Suizid, auch Suizidhilfe) unterschieden werden. Beim assistierten Suizid geht es darum, einer suizidwilligen Person die tödliche Substanz zu vermitteln, die sie ohne Fremdeinwirkung selber einnimmt. Seit dem Erhebungsjahr 2009 werden in der Todesursachenstatistik des Bundesamt für Statistik die Fälle von assistiertem Suizid (durch eine Sterbehilfeorganisation) nicht mehr zu den Suiziden gezählt, sondern separat ausgewiesen. 2009 kommen auf einen Fall von assistiertem Suizid (mittels Sterbehilfeorganisation) vier Fälle von nicht-assistiertem Suizid.<sup>3</sup> Die assistierten Suizide sind für die Beantwortung dieses Postulats nicht zentral.

Ein Suizidversuch hat einen nicht-tödlichen Ausgang. Suizidversuche sind schwieriger zu definieren als Suizide. Am zuverlässigsten sind Daten aus medizinisch dokumentierten Suizidversuchen. Sie stammen für die Schweiz aus den WHO/EURO-Multicenterstudien aus Basel und Bern. Diese Studien definieren Suizidversuche als «Handlung mit nicht tödlichem

---

<sup>1</sup> Weitere Infos unter

<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14149/14173/14972/index.html?lang=de>, Zugriff am 18.11.2015.

<sup>2</sup> Verlorene potenzielle Lebensjahre sind Lebensjahre, die in einem Kalenderjahr durch Todesfälle vor dem vollendeten 70. Altersjahr verloren gehen. Berechnungsgrundlage bildet die Summe aller Differenzen zwischen dem Todesalter der einzelnen Verstorbenen und einem definitorisch festgelegten Referenzalter von 70 Jahren.

<sup>3</sup> <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14149/14173/14182/?lang=de>, Zugriff am 10.11.2015.

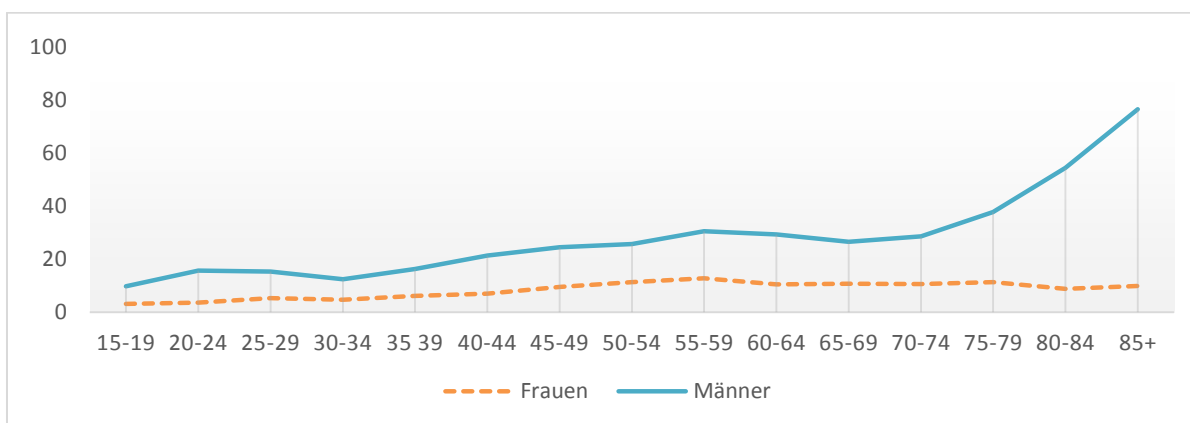
Ausgang, bei der ein Individuum ein nicht habituelles Verhalten beginnt, das ohne Intervention von dritter Seite eine Selbstschädigung bewirken würde, oder bei der es absichtlich eine Substanz in einer Dosis einnimmt, die über die verschriebene oder im Allgemeinen als therapeutisch angesehene Dosis hinausgeht, und die zum Ziel hat, durch die aktuellen oder erwarteten Folgen Veränderungen zu bewirken» (Muheim, et al., 2013, S. 2).

Suizidale Handlungen sind selten nüchtern überlegte, rationale Handlungen. Sie werden oft in einem psychischen Ausnahmezustand eingeleitet und können Folge einer kurzfristigen Krise oder eines langen Leidenswegs sein.

## 2.2.2 Aktuelle Situation der Suizide in der Schweiz<sup>4</sup>

Die Suizidraten in der Schweiz sind seit einigen Jahren leicht rückläufig. Dennoch führt Suizid zu vier Mal mehr Todesfälle als der Strassenverkehr. Im Jahr 2013 starben in der Schweiz 786 Männer und 284 Frauen durch Suizid.

Suizidrate pro 100'000 Einwohner der entsprechenden Altersgruppen nach Geschlecht (Durchschnitt 2009-2013)



Quelle: BFS Todesursachenstatistik, Auswertungen: BAG 2015

Gemäss Hochrechnungen werden in der Schweiz pro Jahr rund 10'000 Suizidversuche medizinisch betreut, viele bleiben jedoch unbekannt und unbehandelt.

Bei den vollendeten Suiziden dominieren die Männer in allen Alterskategorien deutlich. Werden hingegen Suizidversuche betrachtet, überwiegen die Frauen. Somit kann gesagt werden, dass Suizidprävention beide Geschlechter erreichen muss. Gründe für diese Unterschiede liegen in der gewählten Suizidmethode. Männer wählen häufig eine *harte* Methode mit hoher Letalität wie Erschiessen. Nach dem Rückgang der Unfälle im Strassenverkehr (durch gross angelegte Präventionsmassnahmen) ist Suizid die häufigste Todesursache bei Männern zwischen 15 bis 44 Jahren. Somit ist Suizid die Ursache für einen erheblichen Teil der frühzeitigen Todesfälle (Keller-Guglielmetti & Walter, 2015).

<sup>4</sup> Siehe auch (Muheim, et al., 2013).

### **2.2.2.1 Vulnerable Gruppen**

Verschiedene Gruppen von Menschen haben ein erhöhtes Suizidrisiko. Als Risikogruppen für Suizide gelten Personen nach einem Suizidversuch, Menschen mit psychischen Erkrankungen, Jugendliche in Krisensituationen, ältere und sozial isolierte Menschen, Hinterbliebene von Suizidopfern usw.

Deshalb stellt sich die schwierige Frage beim Fokus der Ziel- bzw. Altersgruppe der Suizidprävention. Werden die absoluten Zahlen verglichen, gibt es in der Altersspanne 30 – 69 Jahren die meisten Suizidfälle. Betrachtet man jedoch die relativen Zahlen (Tod durch Suizid im Verhältnis zu anderen Todesursachen) stehen Jugendliche und junge Erwachsene bzw. ältere und hochbetagte Menschen im Fokus. Dies sowohl in den Suiziden als auch in den Suizidversuchen. Es kann also festgestellt werden, dass alle Altersgruppen mit der Suizidprävention erreichen werden müssen.

Viele Internationale Studien zeigen zudem auf, dass LGBT\* (Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender) gegenüber heterosexuellen Vergleichsgruppen sowohl eine erhöhte Suizidalität als auch eine erhöhte Suizidrate haben. Auch in der Schweiz zeigt die Studie von Wang et al. (2015), dass homo- und bisexuelle junge Männer fünf Mal häufiger Suizidversuche begehen als heterosexuelle.

### **2.2.2.2 Kosten**

Suizide verursachen sowohl direkte als auch indirekte Kosten. Die direkten Kosten sind neben medizinischen Kosten auch nicht-medizinische wie polizeiliche, richterliche und rechtsmedizinische Abklärungen oder Reinigungsarbeiten. Bei Schienensuiziden fallen noch zusätzliche Kosten an für Streckensperrungen und in Folge Zugausfälle und Verspätungen. Im Weiteren entstehen Kosten für die Betreuung und Behandlung von Hinterbliebenen und in den Suizid(versuch) involvierte Personen und Berufsgruppen.

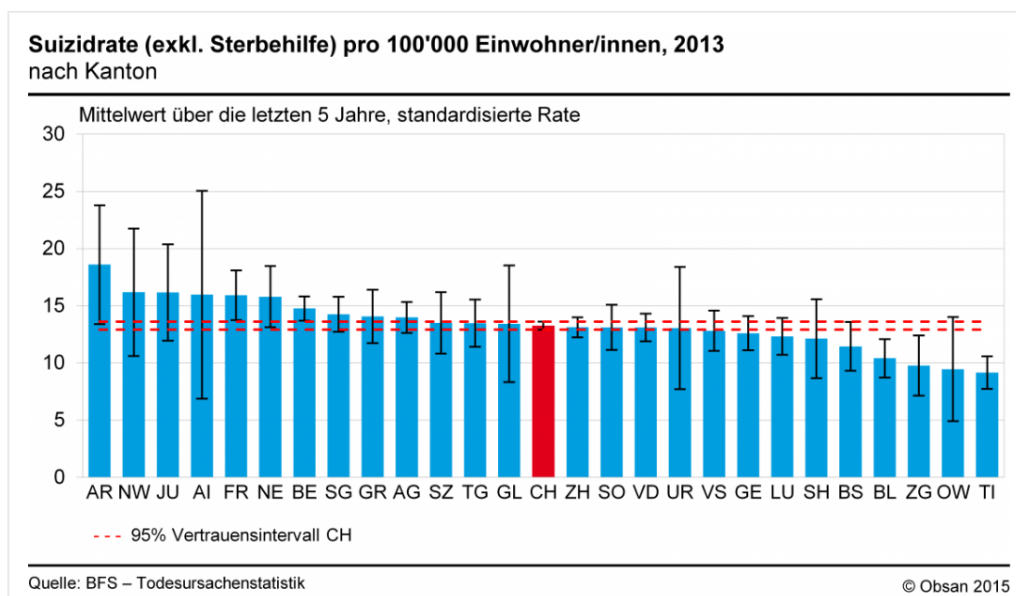
Die indirekten Kosten wie Produktionsausfall bzw. nicht erwirtschaftetes potenzielles Einkommen (lost productivity) sind mindestens genauso relevant.

Gemäss einer Studie (Czernin et al., 2012) aus dem Kanton Basel-Stadt aus dem Jahr 2003 verursachte ein Suizidversuch durchschnittlich medizinische Kosten von CHF 19'000.-. Dies sind jährlich rund 200 Millionen CHF bei einer Hochrechnung von 10'000 medizinisch versorgten Suizidversuchen in der Schweiz. Für den Kanton Basel-Landschaft liegen keine vergleichbaren Studien oder Kostenaufstellungen vor.

### **2.2.2.3 Situation im Kanton Basel-Landschaft**

Die Suizidrate im Kanton Basel-Landschaft liegt statistisch signifikant unter dem Schweizerischen Durchschnitt. Über die Ursachen und Gründe für diesen Umstand kann nur spekuliert werden. Es ist zu vermuten, dass ein kulturell unterschiedlicher Umgang mit psychischen

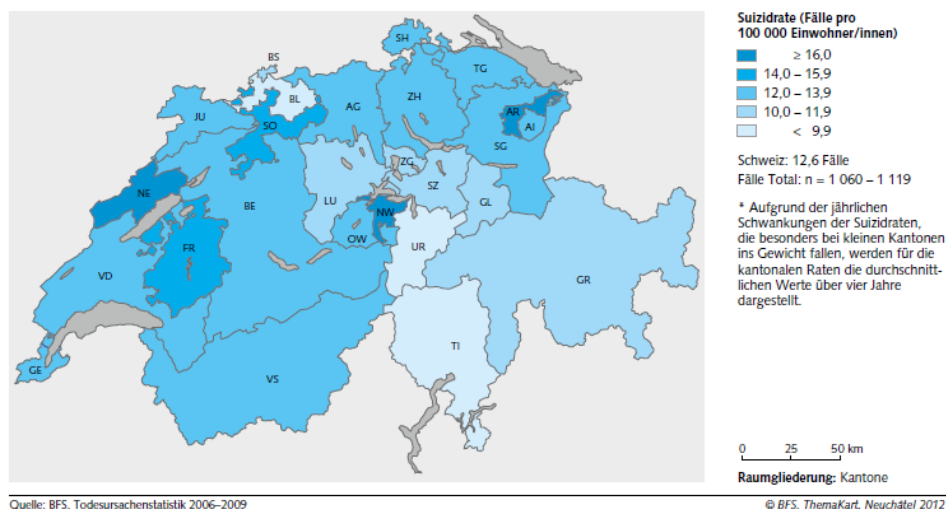
Problemen oder Krisen eine Erklärung für die kantonalen Unterschiede darstellt. Weiter spielt die Verfügbarkeit von Methoden eine wichtige Rolle. So finden sich z.B. deutliche kantonale Unterschiede in Bezug auf Suizide durch Sturz in die Tiefe: Untersuchungen zeigen, dass Kantone mit wenigen hohen Brücken (von denen in suizidaler Absicht gesprungen werden kann) eine geringere Anzahl von Suizidsprüngen verzeichnen. Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass die Suizidzahl durch Präventionsmassnahmen günstig beeinflusst werden kann (Schuler & Bula, 2012). Einfluss auf die Gesamtheit aller suizidalen Handlungen hat eine Vielzahl von Variablen wie z.B. die Religionszugehörigkeit (weniger Suizide von gläubigen Menschen) oder der kulturelle Hintergrund (weniger Suizide im italienischsprachigen Raum als im deutschsprachigen Raum).<sup>5</sup>



Der Mittelwert der Suizidrate von 2009 - 2013 beträgt im Kanton Basel-Landschaft 10.4; leicht unter dem Schweizerischen Durchschnitt. Dennoch darf die Suizidprävention nicht vernachlässigt werden. Durch geeignete Präventionsmassnahmen können und müssen möglichst viele Suizide und Suizidversuche verhindert werden.

<sup>5</sup> Vergleiche: [http://www.projuventute.ch/fileadmin/kundendaten/projuventute/tv-spot/studien/Suizid\\_und\\_Suizidversuch\\_OBSAN\\_2009.pdf](http://www.projuventute.ch/fileadmin/kundendaten/projuventute/tv-spot/studien/Suizid_und_Suizidversuch_OBSAN_2009.pdf) (zuletzt aufgerufen am 08.12.2015)





Der Kantonshauptort Liestal steht immer wieder im Fokus aufgrund von Schienensuiziden bzw. wird damit in Verbindung gebracht.<sup>6</sup> Durch die Nähe der Psychiatrischen Klinik Baselland (PBL) zu den Bahngleisen liegt die Vermutung nahe, dass hier ein Zusammenhang besteht. Seit dem Jahr 2010 haben sich drei in der Klinik behandelte Patienten auf den Bahngleisen das Leben genommen. Wie der Direktor der Erwachsenenpsychiatrie der PBL Joachim Küchenhoff in einem Interview mit der Basler Zeitung<sup>7</sup> erläutert, berechtige diese Zahl nicht, die Klinik mit den Bahnsuiziden zu verknüpfen.

### Anlaufstellen im Kanton Basel-Landschaft

Es gibt für die Bevölkerung im Kanton Basel-Landschaft verschiedene Anlaufstellen für Menschen in Krisen. In Notfall-Situationen kann jederzeit die Notrufnummer 144 oder die Polizei (an-)gerufen werden. Dazu kommen lokale Anlaufstellen wie: Kinder-, Schul- und Hausärztinnen und -ärzte, Seelsorgerinnen und Seelsorger, der Schulpsychologische Dienst oder die Jugendberatungen. Lokal, kantonal und national gibt es weitere Institutionen und Gruppierungen, die untenstehend kurz vorgestellt werden:

### Psychiatrie Baselland ([www.pbl.ch](http://www.pbl.ch))

Die Psychiatrie Baselland ist ein Kompetenzzentrum für alle psychischen Störungen in jedem Lebensalter und bietet ambulante, teilstationäre und stationäre Hilfen für Menschen in psychischen Krisen an. Das seit September 2015 geschaffene Zentrum für Kriseninterventionen ist in besonderer Weise auf den Umgang mit suizidalen Patienten/innen eingerichtet. Die ebenfalls seit September 2015 geschaffene Zentrale Aufnahme ist jederzeit als Anlaufstelle für Betroffene, Angehörige und Behandler verfügbar.

<sup>6</sup> Vergleiche BZ vom 09.04.2014 (<http://www.basellandschaftlichezeitung.ch/basel/baselbiet/joachim-kuechenhoff-wir-wollen-der-upk-keine-patienten-abwerben-127863421>)

<sup>7</sup> BaZ vom 16.06.2015 (<http://bazonline.ch/basel/land/Personenunfall/story/20599169>).

**Tele-Hilfe Basel** ([www.basel.143.ch](http://www.basel.143.ch))

Tel 143 - Die Dargebotene Hand ist eine Notrufnummer, die rund um die Uhr für Menschen, die ein helfendes und unterstützendes Gespräch benötigen, da ist. Das Schweizer Sorgen-telefon bietet Anrufenden völlige Anonymität. Tel 143 erteilt nicht einfach Ratschläge, sondern aktives Zuhören und empathisches Dasein stehen im Zentrum. Das Schweizer Sorgen-Telefon für Erwachsene kann aber - falls erwünscht - Impulse geben, um Wege aus schwierigen Lebenssituationen zu finden. Den Anrufenden werden nach Wunsch auch geeignete Hilfsangebote vorgestellt. Noch anonym er kann Die Dargebotene Hand schriftlich per Mail- oder Chat-Kontakt erreicht werden - also auf insgesamt drei Kanälen.

**Pro Juventute – Beratung und Hilfe 147** ([www.147.ch](http://www.147.ch))

Das Beratungsangebot von Pro Juventute Beratung + Hilfe 147 unterstützt Kinder und Jugendliche bei Fragen zu Familienproblemen, Gewalt, Sucht, Schule und Beruf sowie Liebe, Freundschaft und Sexualität: an 365 Tagen, rund um die Uhr – schweizweit und kostenlos. Kinder und Jugendliche werden nach dem integralen Beratungsansatz, systemisch, ressourcen- und lösungsorientiert, beraten. Das Beratungsangebot ist eine vertrauenswürdige, kompetente Anlaufstelle per Telefon, SMS, E-Mail, über Chat oder über die Informationsplattform [www.147.ch](http://www.147.ch).

**Stiftung Rheinleben** (ehemals Stiftung Melchior und PSAG) ([www.rheinleben.ch](http://www.rheinleben.ch))

Die Stiftung Rheinleben ist eine Institution mit einem breiten, ambulanten Angebot für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und ihre Angehörigen. Menschen mit psychischen Schwierigkeiten und ihre Angehörigen finden Unterstützung im Alltag und auf dem Weg zu einem selbstbestimmten Leben.

**REFUGIUM** ([www.verein-refugium.ch](http://www.verein-refugium.ch))

Die REFUGIUM Monatsrunde bietet Hinterbliebenen, die einen Menschen durch Suizid verloren haben, die Möglichkeit, ihre Erfahrungen auszutauschen und über ihre komplexen Gefühle und Fragen zu reden.

**Equilibrium** ([www.equilibrium.ch](http://www.equilibrium.ch))

Equilibrium ist ein Verein zur Bewältigung von Depressionen in all ihren Erscheinungsformen. Der Verein gründet, begleitet und baut in der ganzen Schweiz Selbsthilfegruppen auf. Er vermittelt Informationen über Entstehung, Verlauf und Therapiemöglichkeiten von Depressionen.

## **Selbsthilfegruppe bei Suizid eines nachgestandenen Menschen**

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

In dieser Selbsthilfegruppe wird ausgetauscht, ermutigt und angeregt, eigene Wege zu gehen. Die Selbsthilfegruppe geht gemeinsam einen Weg und unterstützt sich gegenseitig in der Tatsache der Lücke und im Entwickeln verschiedener Formen des Verbundenbleibens.

## **Nebelmeer** ([www.nebelmeer.net](http://www.nebelmeer.net))

Nebelmeer ist eine Selbsthilfevereinigung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die einen Elternteil durch Suizid verloren haben.

## **Verein Regenbogen** ([www.verein-regenbogen.ch](http://www.verein-regenbogen.ch))

Sinn und Zweck des Vereins Regenbogen ist die Unterstützung von Familien, die um ein verstorbenes Kind trauern und die Förderung von Freundschaft und Solidarität unter den Betroffenen.

## **Life with** ([www.lifewith.ch](http://www.lifewith.ch))

Life with ist eine Gruppe junger Menschen, die eine Schwester oder einen Bruder durch Krankheit, Suizid oder Unfall verloren haben. Life with gehört zum Verein Regenbogen Schweiz und ist konfessionslos.

## **SMS- und Internetseelsorge** (SMS 767 / [www.seelsorge.ch](http://www.seelsorge.ch))

Erfahrene Seelsorger- innen und Seelsorger kümmern sich um Menschen in schwierigen Situationen und bieten Ihnen Sinn stiftende Beratung. Ein Angebot der reformierten und der katholischen Kirchen der Schweiz.

## **Du bist Du** ([www.du-bist-du.ch](http://www.du-bist-du.ch))

Du bist Du ist eine Peer-Beratung und Infoplattform für hilfeschuchende junge Menschen, die unsicher sind bezüglich ihrer Identität oder ihrer Sexualität oder auf Probleme wegen ihrer sexuellen Neigung stossen.

## **Online-Jugendsuizidprävention** ([www.u25-schweiz.ch](http://www.u25-schweiz.ch))

Anonyme online Peer-Beratung für Jugendliche mit Suizidgedanken, in Krisen, mit suizidgefährdeten Angehörigen oder Freunden etc.

#### 2.2.2.4 Gründe für Suizid

Hinter jedem Suizid und jedem Suizidversuch steht eine persönliche Geschichte. Manchmal ist diese ein langer Leidensweg, manchmal eine kurzfristige Krise. Die Ursachen sind vielfältig: psychische Krankheiten wie Depressionen, Persönlichkeitsstörungen oder Suchterkrankungen, Einsamkeit, chronische Schmerzen, existenzielle Sinnkrisen, Liebeskummer, Kränkungen, Geldsorgen oder Arbeitslosigkeit. Meist ist es ein komplexes Zusammenspiel diverser Faktoren. Suizidale Handlungen werden in einem psychischen Ausnahmezustand eingeleitet und sind nur selten nüchtern überlegte, rationale Handlungen. Ein Suizid(versuch) wird von den Betroffenen als einziger Ausweg aus einer als unerträglich wahrgenommenen Situation gesehen. Eine andere Option besteht nicht mehr und somit auch keine Wahlfreiheit.

Die Auslöser für Suizidalität sind vielfältig. Oftmals sind es traumatisierende Situationen oder Veränderungskrisen wie Gewalterfahrungen, Partnerverlust, Identitätskrisen, Kränkungen. Es gibt Menschen, bei denen entstehen Suizidgedanken schnell und heftig, bilden sich jedoch auch wieder schnell zurück. Die Gefahr von Affektsuiziden ist hier gross, gerade impulsive Menschen sind besonders gefährdet. Andere erleben einen langsam steigenden Leidensdruck und wieder andere leben konstant mit einem hohen Suizidrisiko (Ajdacic-Gross, 2015).

Es gibt viele verschiedene Faktoren für ein erhöhtes Suizid- und Suizidversuchsrisiko. Die Einflussfaktoren sind komplex und interagieren miteinander. Selten sind Suizide und Suizidversuche von langer Hand geplant, sondern entspringen einer krisenhaften Situation und sind somit das Resultat von Verkettungen vieler Faktoren. Aus diesem Grund ist es schwierig Suizide und Suizidversuche vorherzusagen. Auf der anderen Seite eröffnen sich dadurch Chancen für die Prävention, da auf verschiedenen Ebenen auf das Verhalten Einfluss genommen werden kann. Gerade bei Jugendlichen sind Suizide zur Mehrheit *Kurzschluss-handlungen*; die Folge von impulsiven Handlungen und nicht freie Willensentscheidungen (Meister & Böckelmann, 2015).

Als Mitursache von Suizid(versuchen) stehen Depressionen im Vordergrund. In der Schweiz enthalten 53 Prozent der Todesursachenmeldungen keine Angaben zu den Begleitkrankheiten. Gibt es jedoch eine Nennung, so weisen 56 Prozent der Meldungen auf eine Depression, 44 Prozent auf eine körperliche Krankheit hin. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen dominieren akute Belastungsstörungen (Konflikte in der Schule/Ausbildung, Beziehungsprobleme etc.) als Grund für den Suizid(versuch). Bei älteren<sup>8</sup> und hochaltrigen<sup>9</sup> Menschen hingegen sind Schmerzen, Beeinträchtigungen, Multimorbidität, Hoffnungslosigkeit, soziale Isolation, Verwitwung oder Pflegebelastung ein hohes Suizidrisiko (Stoppe, 2011). Fehlende soziale Ressourcen sind ein starker Prädiktor für Suizidversuche und Suizide. So

---

<sup>8</sup> Als ältere Menschen gelten Menschen ab 70 Jahren.

<sup>9</sup> Als hochaltrige Menschen gelten Menschen ab 85 Jahren.

ist Einsamkeit ein treibender Faktor für einen Suizid. Einsamkeitsgefühle treten in allen Altersgruppen auf, so fühlen sich ein Drittel der 15-34 Jährigen einsam (Schuler & Bula, 2012).

### 2.2.2.5 Depression

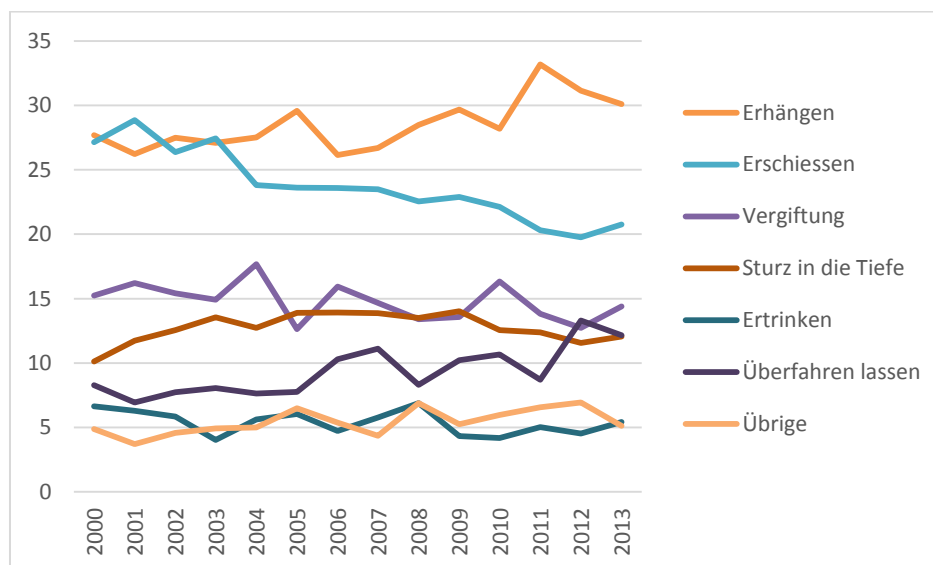
Depressionen können in jedem Alter treffen. Besonders gefährdet sind Menschen in Phasen des Übergangs wie z.B. Schulwechsel, Einstieg in die Berufswelt, Geburt eines Kindes, Pensionierung. Auch Arbeitslosigkeit erhöht das Risiko für psychische Erkrankungen und als Folge Suizid massiv. So zeigt Muheim, et al. (2013) in seiner Studie im Zeitraum 2003-2006 bei arbeitslosen Männern bzw. Frauen eine Suizidrate von 506/100'000 bzw. 453/100'000 im Vergleich zu 39/100'000 bzw. 123/100'000 bei Erwerbstätigen.

Depressionen werden bei höchstens der Hälfte der Betroffenen erkannt. Im Verlaufe des Lebens ist ca. jede fünfte Person von einer ernsthaften Depression betroffen. Die Dunkelziffer von Depressionen bzw. nicht diagnostizierte Depressionen sind bei Jugendlichen/jungen Erwachsenen und Älteren, Hochaltrigen und Betagten erhöht. Depressionen werden oft nicht erkannt oder falsch diagnostiziert (besonders bei Betagten werden diese oft dem Prozess des Alters zugeschrieben und von somatischen Störungen überdeckt (Minder & Harbauer, 2015; Stoppe, 2011).

### 2.2.3 Suizidmethoden

Die gewählten Suizidmethoden unterscheiden sich zwischen den Geschlechtern. Grundsätzlich wählen Männer sogenannte harte Suizidmethode, also Methoden mit einer hohen Letalität (Wahrscheinlichkeit zu sterben) im Gegensatz zu Frauen. Als harte Suizidmethoden gelten Erschiessen, Erhängen, Sturz in die Tiefe und Schienensuizide.

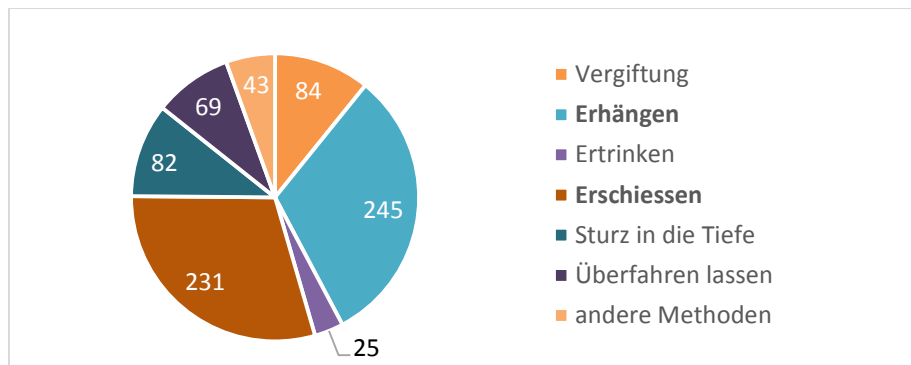
Suizidmethoden 2000-2013 (relative Zahlen, ohne assistierte Suizide) in der Schweiz



Quelle: BFS Todesursachenstatistik, Auswertungen: BAG 2015

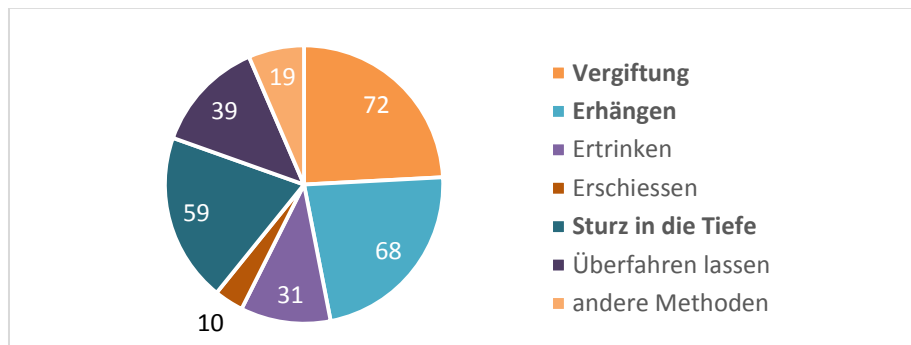
Die Schweiz hat weltweit eine der höchsten Suizidquoten mit Schusswaffen (Reisch, 2011). Diese hohe Quote ist jedoch, dank Reformen zum Waffenerwerb, -besitz und zur Waffenrückgabe in den letzten zehn Jahren markant zurückgegangen. Dennoch werden rund ein Drittel aller Schusswaffensuizide mit einer (ehemaligen) Armeewaffe verübt. Noch häufiger wird eine Privatwaffe verwendet (48.5%). Eine untergeordnete Rolle bei Suiziden spielen Polizeiwaffen oder andere Dienstwaffen (Reisch, Bartsch, & Ajdacic-Gross, 2015).

Suizidmethoden nach Geschlecht: Männer, Durchschnitt 2004 - 2013 in der Schweiz



Quelle: BFS Todesursachenstatistik, Auswertungen: BAG 2015

Suizidmethoden nach Geschlecht: Frauen, Durchschnitt 2004 - 2013 in der Schweiz



Quelle: BFS Todesursachenstatistik, Auswertungen: BAG 2015

### 2.3 Suizidprävention

Eines der wirksamsten Mittel ist - soweit überhaupt möglich - die Einschränkung der Verfügbarkeit von Suizidmethoden (z.B. Waffen, Medikamente, Chemikalien, Absicherung von Bauwerken). Die konkrete Verfügbarkeit von Suizidmitteln bei einer suizidalen Krise hat Auswirkungen auf die Häufigkeit von Suiziden, insbesondere bei Kurzschlusshandlungen. Selbst einfache Einschränkungen und Hindernisse verringern daher das Risiko für Suizide und impulsive Selbsttötungsversuche nachweisbar. So wird z.B. oft ein Standort in der Nähe des Wohnortes, der somit leicht erreichbar ist, gewählt beim Sprung in die Tiefe. Ist dieser nicht vorhanden, wird der Suizid(versuch) nicht durchgeführt (Wohner, Schmidtke, & Sell,

2005). Weitere Mittel der Suizidprävention sind u.a. die Verfügbarkeit niedrigschwelliger Behandlungsangebote, die Fortbildung in den medizinischen und psychosozialen Berufen sowie die Förderung der Früherkennung von Suizidgefährdung und von psychischen Erkrankungen und nicht zuletzt ein gesellschaftliches Klima, in welchem die Suizidproblematik wahr- und ernst genommen wird.

Prävention wird in vier verschiedene Stadien eingeteilt. Wie diese Unterteilung im Falle der Suizidprävention aussehen könnte, wird im Folgenden erläutert. <sup>10</sup>

Primärprävention: Vorbeugen (Förderung der psychischen Gesundheit generell)

- Erschwerter Zugang bzw. Verringerung von Mittel und Möglichkeiten
- Förderung der Selbstkompetenzen bzw. Stärkung der Schutzfaktoren und Verringerung der Risikofaktoren
- Aufklärung über psychische Erkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten

Sekundärprävention: Früherkennung- und Frühintervention

- Schulungen, Fort- und Weiterbildungen für Fachpersonen
- Früherkennungs- und Frühinterventionskonzepte

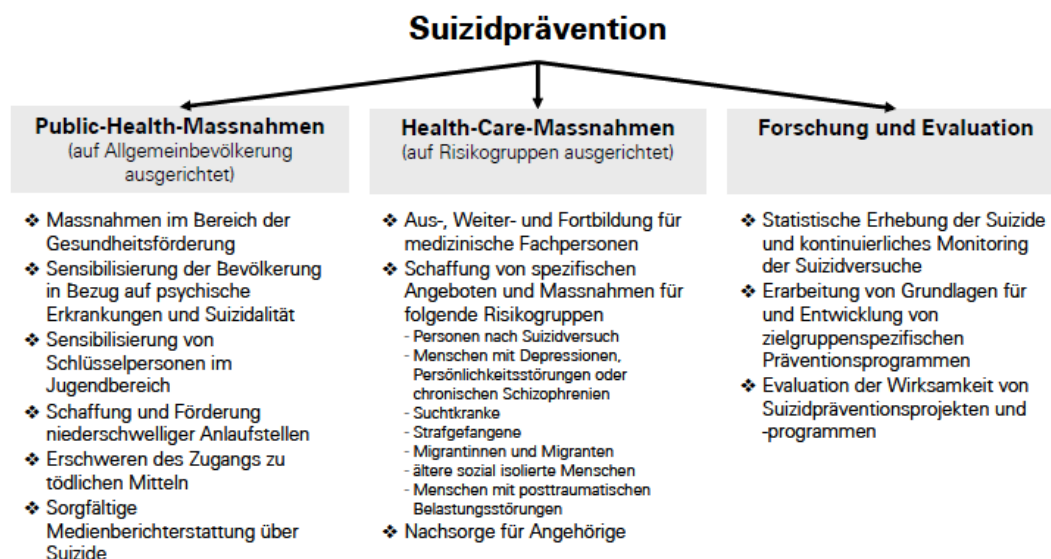
Tertiärprävention: Therapie und Schadenminderung

- Therapie suizidaler Personen
- Schadenminderung (Verkleinerung der Letalität)

Postvention: Betreuung Angehöriger

- Betreuung von Hinterbliebenen und Betroffenen nach einem Suizid

Das Bundesamt für Gesundheit hat in seinem Bericht «Suizid und Suizidprävention in der Schweiz» (BAG, 2005) Suizidpräventionsmassnahmen folgendermassen eingeteilt:



Quelle: BAG (2005), S. 21

<sup>10</sup> Vergleiche dazu <http://www.suizidpraevention-kantonbern.ch/Informationen.php>.

### 2.3.1 Suizidprävention in der Schweiz

«Bei Gesprächen mit Leuten, die Suizidversuche unternommen haben oder in einer suizidalen Krise stecken, erkennt man ganz klar, dass eine Entwicklungskette zu dieser Handlung geführt hat. Als Aussenstehender kann man sehr rasch feststellen, dass es möglich gewesen wäre, an verschiedenen Stellen dieser Entwicklung die Weichen anders zu stellen.»

Dr. Konrad Michel, Oberarzt an der Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie in Bern (Högger, 2010)

Im Moment liegt die Hauptverantwortung für die Suizidprävention bei den Kantonen. Gewisse Kantone sind bereits sehr aktiv in der Suizidprävention. Einige dieser kantonalen Aktivitäten sind:

- Erschwerter Zugang zu Mitteln, z. B. Sicherung von «suicide hot spots» wie Gebäuden, Bahnstrecken oder Brücken zur Verhinderung der Suizide aus grosser Höhe
- Verbesserung der Medienberichterstattung über Suizide
- Kurzfristige Interventionen und Nachbetreuung von Personen, die einen Suizidversuch unternommen haben
- Sensibilisierung und Fortbildung für Schlüsselpersonen und Fachpersonen
- Aufklärung und Sensibilisierung der Bevölkerung
- Selbsthilfegruppen für Hinterbliebene
- Kriseninterventionszentren
- Telefonberatungen

Zentrale Herausforderungen bei der Suizidprävention liegen in der Entwicklung einer bisher fehlenden nationalen Koordination – so werden beispielsweise keine Best-Practice-Erfahrungen geteilt. Zudem müssen die unterschiedlichen kantonalen Prioritäten und Ressourcenbereitstellung überwunden werden, um Aktivitäten schweizweit umsetzen zu können.

Auf nationaler Ebene wird als Antwort auf die Motion Ingold (11.3973) im Herbst 2016 der Bericht «Suizidprävention Schweiz. Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan.» dem Bundesrat vorgelegt. Dieser Bericht bzw. der Aktionsplan soll klären, wie die Rollen der Kantone und des Bundes in der Suizidprävention zukünftig verteilt werden.

Indirekte Suizidprävention wurde in den letzten Jahren durch die Verschärfung der Militär- und Waffengesetze betrieben. So ist als Beispiel seit 2010 für den Erwerb der Armeewaffe nach absolviertem Militärdienst ein Waffenerwerbsschein erforderlich. Dies führte zu einem massiven Rückgang von Armeewaffen, die in den privaten Besitz übergegangen sind. Oder auch die gebührenfreie Abgabe von Waffen bei der Polizei (seit 2008) hat den Bestand von Privatwaffen verkleinert.

Eine Befragung im Frühjahr 2015 durch das Netzwerk Psychische Gesundheit zeigt, dass nur wenige Kantone (VD, VS, ZG und ZH) explizite Programme zur Suizidprävention umset-



zen. Dennoch verfügen viele Kantone über Aktivitäten in der Suizidprävention, die vom Kanton selber durchgeführt oder vom Kanton (teil-)finanziert werden.

### **2.3.2 Beteiligte / Akteure der Suizidprävention**

Im Bereich der medizinischen Versorgung stehen besonders die qualitative und quantitative Versorgung von psychisch Kranken im Fokus. Weiter liegt der Schwerpunkt auf Menschen nach einem Suizidversuch sowie die Betreuung und Behandlung von Hinterbliebenen und Personen (Berufsgruppen), die stark in Suizid(-versuche) involviert sind. Der Früherkennung von psychischen Erkrankungen, psychosozialen oder suizidalen Krisen oder gar Handlungen und damit verbunden Triagefunktion wird eine grosse Wichtigkeit zugeteilt. Eine entscheidende Rolle darin spielen Hausärztinnen und Hausärzte, das Gesundheitspersonal in Alters- und Pflegeheimen, Spitälern. Um auch nicht-medizinische Fachpersonen, die in Gemeinden, Betrieben, Gefängnissen, Kirchen etc. arbeiten ihre Funktion in der Früherkennung und Triage wahrnehmen können, müssen Multiplikatoren-Schulungen noch stärker verbreitet werden. Somit sind für die Suizidprävention ambulante und stationäre psychiatrische oder psychologische Versorgungseinrichtungen sehr wichtig. Insbesondere Angebote zur Krisenintervention, die rund um die Uhr, d.h. 24 Stunden an 365 Tagen im Jahr, erreichbar sind.

Beratungsstellen insbesondere Suchtpräventionsstellen sind sensibilisiert und prädestiniert für Suizidprävention und dort vor allem Sozialarbeitende und Psychologinnen und Psychologen. Wichtig ist die Vernetzung und auch Triage von den Beratungsstellen mit der psychiatrischen und psychologischen Versorgung. Insgesamt gibt es jedoch zu wenig niederschwellige Anlaufstellen für vulnerable Gruppen (ältere Menschen, homo-, bi- und transsexuelle Jugendliche, Migrantinnen und Migranten sowie Männer).

Nichtregierungsorganisationen (NGO's) sind in der Schweiz zentrale Akteure, hauptsächlich im nicht-medizinischen Setting, der Suizidprävention. Dabei wird zwischen Akteuren unterschieden, die sich ausschliesslich der Suizidprävention widmen und solchen, die nebst anderen Themen auch Suizidprävention betreiben. Die NGO's setzen sich zusammen aus Fachgruppen, Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen etc. Die zwei bekanntesten Organisationen sind IPSILON und das Forum für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich (FSZZ). IPSILON ist die nationale Dachorganisation, welche von Organisationen und Institutionen, die sich in ihrer täglichen Arbeit mit Suizid konfrontieren, gegründet wurde. Eine nationale Koordinations-Stelle mit Schwerpunkten in den Bereichen Politik, Information und Koordination sowie Wissensförderung aufzubauen, ist das Ziel. Das FSSZ ist ein interdisziplinärer, regionaler Verein, in welchem Fachpersonen aus der Praxis und der Forschung versuchen, einen gemeinsamen Weg zu finden, um Suizidprävention vermehrt zu fördern und wirksam anzugehen. Hauptaufgaben sind die Vernetzung von Forschung und Praxis, Suizidprävention für Jugendliche, die Initiierung von Forschungsprojekten und die Öffentlichkeitsarbeit.

### **2.3.3 Best-Practice Zug**

Der Kanton Zug hat im Jahr 2004 als Pilotprojekt «Zuger Bündnis gegen Depression» in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit, der Zuger Ärzteschaft und der Selbsthilfeeorganisation Equilibrium lanciert. Das damalige Zuger Projekt war schweizweit neu und legte den Schwerpunkt in der Öffentlichkeitsarbeit und in der Vernetzung der Leistungserbringer aus Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesen sowie von Polizei und Landeskirchen. Auf Grundlage der Erkenntnisse des zweijährigen Pilotprojekts wurde daraufhin das Massnahmenpaket 2007-2012 zur psychischen Gesundheit erarbeitet und in diesem Rahmen das Konzept «Früherkennung und Suizidprävention im Kanton Zug 2010-2015». In diesem Konzept werden auf der Grundlage von nationalen und internationalen Empfehlungen konkrete Umsetzungsmassnahmen vorgeschlagen. Diese werden von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe, bestehend aus wesentlichen Akteuren im Bereich der Suizidprävention, begleitet und evaluiert. Hanspeter Walti, Chefarzt der Ambulanten Psychiatrischen Dienste, leitet diese Arbeitsgruppe und trägt die Hauptverantwortung für die Umsetzung des Konzepts. Für ihn ist folgendes ganz wichtig: «Hinter jedem Suizid steht eine persönliche Tragik und hinter jedem Suizidversuch ein Appell. Der Aufschub einer suizidalen Krise gibt den Betroffenen eine zweite Chance und uns Fachleuten die Möglichkeit, Hilfe anzubieten. Damit lassen sich Suizide verhüten».<sup>11</sup>

### **2.3.4 Suizidprävention im Kanton Basel-Landschaft**

#### **2.3.4.1 Aktuelle Situation**

Im Kanton Basel-Landschaft waren bisher verschiedene Organisationen wie die Tele-Hilfe Basel, die Psychiatrie Baselland, schulpsychologische Dienste etc. in der Suizidprävention tätig; zum Teil nur situativ und ohne Konzept. Diese Organisationen sind sehr unterschiedlich miteinander vernetzt, von sehr gut bis nicht oder schlecht vernetzt.

Der Kanton Basel-Landschaft unterhält kein spezielles Programm zur Förderung der psychischen Gesundheit oder zur Suizidprävention. Er unterstützt jedoch Beratungsstellen und Organisationen, die in der Suizidprävention tätig sind. Im Weiteren finanziert er die Medikamentensammlung bzw. die Entsorgung der Medikamente, die in der Apotheke abgegeben werden. Im schulischen Setting gibt es verschiedene Stellen (schulpsychologischer Dienst, Beratungsstellen für Schüler und Eltern etc.) oder auch Materialien (Kapitel Jugendsuizid im Ordner «sicher!gesund!») zur Suizidprävention.

#### **2.3.4.2 Bündnis gegen Depression**

Am 11.01.2016 hat der Verein Tele-Hilfe Basel beim Swisslos-Fonds des Kantons Basel-Landschaft ein Gesuch für den Aufbau eines «Bündnis gegen Depression» eingereicht. Seit

---

<sup>11</sup> <https://www.zg.ch/behoerden/gesundheitsdirektion/direktionssekretariat/aktuell/zug-verstaerkt-frueherkennung-und>

dem 1. Dezember 2011 ist dieses Aktionsprogramm integriert im Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz, welches vom Bund, GDK und der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz getragen wird.

Der Verein Tele-Hilfe Basel wird, unterstützt durch den Kanton Basel-Landschaft, den Aufbau bzw. die Gründung dieses etablierten und mehrfach evaluierten Programms im Kanton leiten. Das «Bündnis gegen Depression» hat zum Ziel die gesundheitliche Situation depressiver Menschen zu verbessern, das Wissen über die Krankheit in der Bevölkerung zu erweitern und Suizide vorzubeugen.

Das Aktionsprogramm «Bündnis gegen Depression» basiert auf vier Interventionsebenen:

- Kooperation mit Hausärzten und Fortbildung
- Info-Aktivitäten: Aufklärung der Öffentlichkeit
- Zusammenarbeit mit Multiplikatoren
- Angebote für Betroffene und Angehörige

Der Verein Tele-Hilfe Basel, eine Regionalstelle der Dargebotenen Hand (Telefon 143), ist seit 40 Jahren da für Menschen in Notsituationen und sehr gut vernetzt mit den verschiedensten Akteuren im Bereich psychische Gesundheit. Bereits im Jahr 2012 wurden mögliche Netzwerkpartner kontaktiert sowie eine Bedürfnisumfrage durchgeführt. Leider wurde das Projekt aufgrund personeller und finanzieller Engpässe verzögert. Nun besteht jedoch die Möglichkeit, die Initiierung eines Bündnisses gegen Depression voranzutreiben. Ziel nach Ablauf der Projektdauer ist, die Öffentlichkeit über die Krankheit und ihre Behandlungsmöglichkeiten sowie Beratungsangebote zu informieren (Flyer, Homepage). Ferner soll geklärt sein, in welcher Rechtsform das Bündnis fortbestehen wird, wer Ansprechpartner ist und wie sich das Bündnis in Zukunft finanzieren kann. Bei der Bekanntmachung des Bündnisses beziehungsweise beim Informieren der Öffentlichkeit spielt das Thema der Entstigmatisierung und Endtabuisierung psychischer Erkrankungen eine grosse Rolle. Denn bis heute ist die Stigmatisierung psychischer Krankheiten die Hauptursache für Zugangsbarrieren zu rechtzeitiger Diagnose, Behandlung, Rehabilitation und Integration (Stoppe, Kohn, Schmugge, Suter, & Ursula, 2012).

Mögliche Mitglieder der das Projekt begleitenden Kerngruppe sind:

Amt für Gesundheit (VGD), Psychiatrie BL, Verband der PsychologInnen, Verband der PsychotherapeutInnen, Vereinigung der HausärztInnen, Verein für Sozialpsychiatrie Baselland, Fachperson für Transkulturelle Psychiatrie, SVA BL, Pro Senectute, Zentrum Selbsthilfe, Equilibrium, Stiftung Melchior, Verein Tele-Hilfe etc.

#### **2.3.4.3 Schlussfolgerungen für den Kanton Basel-Landschaft**

Der Schwerpunkt der Suizidprävention im Kanton Basel-Landschaft soll die Vernetzung bestehender Fach- und Beratungsstellen sein. Es gibt einige niederschwellige Angebote, wel-

che z.T. vom Kanton finanziell unterstützt werden, welche einen wichtigen Beitrag zur Suizidprävention leisten (Beispiel Tele-Hilfe, schulpyschologischer Dienst, Psychiatrie Basel-Land, verschiedene ambulante Beratungsangebote). Diese zu koordinieren und vernetzen wird eine Hauptaufgabe des Bündnis für Depression werden.

Ein weiterer Punkt wird die gezielte Sensibilisierung von Fachpersonen durch Fort- und Weiterbildungen, Fachtagungen etc. zur Thematik Depression und Suizid, speziell auf die jeweilige Zielgruppe (Kinder- & Jugendliche, junge Erwachsene, Erwachsene, ältere Erwachsene), darstellen. So können bei der frühzeitigen Erkennung und Behandlung psychischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter negative Folgen für die psychosoziale Entwicklung minimiert und einer Chronifizierung vorgebeugt werden.

## **2.4 Weiteres Vorgehen**

Der Regierungsrat begrüsst die Initiative des Vereins Tele-Hilfe Basel, im Kanton ein «Bündnis gegen Depression», ein etabliertes und mehrfach evaluiertes Programm, aufzubauen. Der Verein Tele-Hilfe Basel ist als engagierte und gut vernetzte Organisation im Bereich der psychischen Gesundheit und Suizidprävention bekannt.

Im Herbst 2016 wird ferner der Bericht des Bundesrates zur Beantwortung der Motion Ingold erwartet. Dieser wird auch einen Aktionsplan zur Suizidprävention in der Schweiz enthalten. Dieser Aktionsplan wird die Aufgaben und Rollen in der Suizidprävention auf Ebene Gemeinden, Kantone und auf nationaler Ebene umschreiben. Das vorgesehene Projekt im Kanton Basel-Landschaft wird von diesen Arbeiten profitieren können.

## **3 Antrag**

Der Regierungsrat beantragt dem Landrat, das Postulat abzuschreiben.

Liestal, 12. April 2016

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident:

Anton Lauber

Der Landschreiber:

Peter Vetter

#### 4 Literaturverzeichnis

- Ajdacic-Gross, V. (2015). Zwischen traurig und hoffnungsvoll. Suizid, Selbstmord, Selbsttötung, Freitod, Personenunfall und die Prävention. *Sozial Aktuell*(5), S. 10-14.
- BAG, B. f. (2005). *Suizid und Suizidprävention in der Schweiz, Bericht in Erfüllung des Postulates Widmer*. Bundesamt für Gesundheit, Direktionsbereich Gesundheitspolitik.
- Czernin, S., Vogel, M., Flückiger, M. M., Bourgnon, J.-C., & Reichelt, M. (2012). Cost of attempted suicide: a retrospective study of extent and associated factors. *Swiss medical weekly*, 142.
- Högger, D. (2010). *Zwischen Lebenslust und Lebensfrust. Eine Unterrichts- und Interventionshilfe zur Suizidprävention*. (F. Nordwestschweiz, & S.-N. Aargau, Hrsg.) Windisch.
- Keller-Guglielmetti, E., & Walter, E. (2015). Epidemiologie von Suiziden, Suizidversuchen und assistierten Suiziden in der Schweiz. *Unter Mitarbeit von Amina Trevisan*. (B. f. Gesundheit, Hrsg.)
- Meister, B., & Böckelmann, C. (2015). *Suizid und Schule. Prävention Früherkennung Intervention*. Bildungsdirektion Kanton Zürich und forum für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich.
- Minder, J., & Harbauer, G. (2015). Suizid im Alter. *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry*, 166(3), S. 67-77.
- Muheim, F., Eichhorn, M., Berger, P., Czernin, S., Stoppe, G., Keck, M., et al. (2013). Suicide attempts in county of Basel: results from the WHO/EURO Multicenter Study on Suicidal Behaviour. *Swiss Medical Weekly*, S. 143.
- Reisch, T. (2011). Die Schweiz im glücklichen Sinkflug. *Schweizerische Ärztezeitung*, 92(1/2), S. 11-13.
- Reisch, T., Bartsch, C., & Ajdacic-Gross, V. (2015). *Nationalfondsstudie 32003B\_133070. Suicice in Switzerland: A detailed national survey of the years 2000 - 2010*.
- Reisch, T., Steffen, T., Habenstein, A., & Tschacher, W. (2013). Change in suicide rates in Switzerland before and after firearm restriction resulting from the 2003 "Army XXI" reform. *American journal of psychiatry*, 170(9), S. 977-984.
- Schuler, D., & Bula, L. (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012*. Obsan.
- Stoppe, G. (2011). Psychische Gesundheit im Alter: Lasst uns mehr dafür tun! *Schweizerische Ärztezeitung*, 12(11), S. 2-5.

- Stoppe, G., Kohn, J., Schmugge, B., Suter, E., & Ursula, W. (2012). Positionspapier "Suizidprävention im Alter". Public Health Schweiz.
- Wang, J., Plöderl, M., Häusermann, M., & Weiss, M. G. (2015). Understanding Suicide Attempts Among Gay Men From Their Self-perceived Causes. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(7), S. 499-506.
- Wohner, J., Schmidtke, A., & Sell, R. (2005). Ist die Verhinderung von Hot-Spots suizidpräventiv. *Suizidprophylaxe*(32), S. 114-119.