

Vorarlberger Suizidbericht 2012

Inhaltliche Analyse des aks Suizidregisters 1988 bis 2011

Verfassende

Prim. Dr. Albert Lingg

Prim. Prof. Dr. Reinhard Haller

MMag. Dr. Isabel Bitriol-Dittrich

Bregenz, August 2013

Suizidbericht

aks gesundheit GmbH
Rheinstraße 61
6900 Bregenz
T 055 74 / 202 - 0
F 055 74 / 202 - 9
gesundheit@aks.or.at
www.aks.or.at

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	2
Vorarlberger Suizidzahlen 2012	3
Absolute Zahlen	3
Suizidrate	4
Jahresvergleich Suizidrate.....	5
Geschlechterverteilung.....	6
Altersverteilung.....	8
Suizide und Verkehrstote.....	10
Suizidregister der aks gesundheits von 1988 bis 2011	11
Geburtsort	11
Familienstand	12
Beruf.....	13
Bekannte psychische Erkrankungen.....	14
Letzter Kontakt	16
Suizidmethoden.....	17
Suizidprävention.....	19
SUPRA - Suizidprävention Austria.....	19
Generelle und spezielle Prävention	20
Die 10 Arbeitsgebiete der Suizidprävention	21
Umsetzung von SUPRA	27
Hilfreiche Links.....	29

Einleitung

Seit 1987 wird jährlich ein [Suizidbericht für Vorarlberg erstattet](#), der auf den Zahlen der Statistik Austria und des Suizidregisters der aks gesundheits basiert. Seine Präsentation soll das Interesse am Thema Suizidverhütung wach halten, auf mögliche negative Entwicklungen hinweisen, Maßnahmen vorschlagen und auf andere Initiativen und Dienste aufmerksam machen, welche sich in und außer Landes in der Suizidprophylaxe engagieren.

Die in den letzten Jahrzehnten erfreuliche Abnahme von Selbsttötungen darf nicht dazu verleiten, das Erreichte als gesichert anzusehen, wissen wir doch um die starke Abhängigkeit des Seelenzustandes vieler Menschen vom gesellschaftlichen Klima oder wirtschaftlichen Gegebenheiten. Die zuletzt drastische Zunahme von Selbsttötungen in den von der Finanzkrise gebeutelten südeuropäischen Ländern spricht eine deutliche Sprache. Auch können psychisch Kranke im Verteilungskampf um knappere Budgetmittel leicht ins Hintertreffen geraten. Hier gilt es etwa, mögliche Folgen der geänderten Zuerkennung von IV-Pensionierungen abzuwarten. Suizidverhütung lässt sich auch nicht allein an Expertinnen und Experten oder Programme delegieren, sondern beginnt bei der Bereitschaft jeder und jedes Einzelnen, Krisen und Gefährdungen Betroffener ernst zu nehmen, bei Hilferufen nicht weg zu hören und nach Möglichkeit Hilfe zu vermitteln.

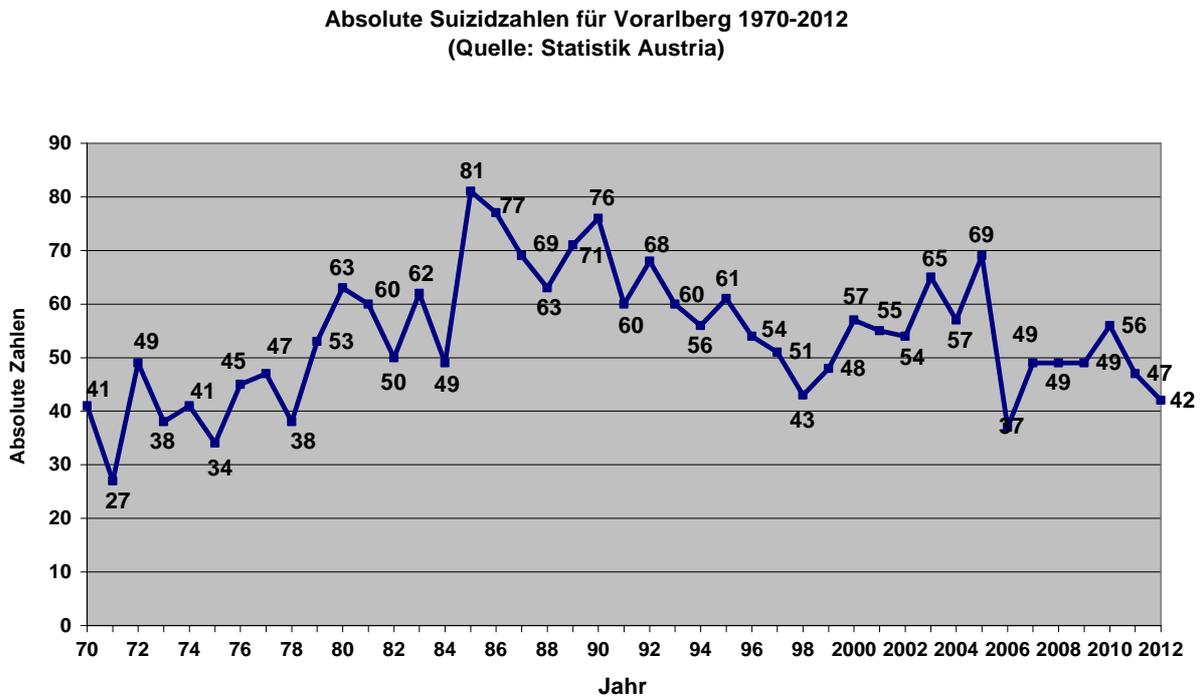
Nach einem Höchststand Mitte der 80er Jahre geht die Zahl der Selbsttötungen [in Österreich](#) anhaltend zurück: wurden 1986 national noch 2.139 Suizide registriert, waren es im vergangenen Jahr [1.275 Suizide](#). Damit hat sich, rechnet man das Bevölkerungswachstum mit ein, in diesem Zeitraum die Zahl der Selbsttötungen halbiert! Die Enttabuisierung des Suizidthemas, das Einrichten leichter zugänglicher Beratungs- und Behandlungsstellen, bessere Behandlungsmöglichkeiten psychischer Störungen und ein verlässlicheres soziales Auffangnetz, ein sorgsamerer Umgang der Medien mit der Thematik und eine verbesserte Notfallversorgung dürfen als Gründe für die Abnahme der Selbsttötungen angenommen werden.

Vorarlberger Suizidzahlen 2012

Absolute Zahlen

Im Jahre 2012 wurden in Vorarlberg **42 Suizide** registriert. Damit weist unser Bundesland erneut eine erfreulich niedrige Zahl auf.

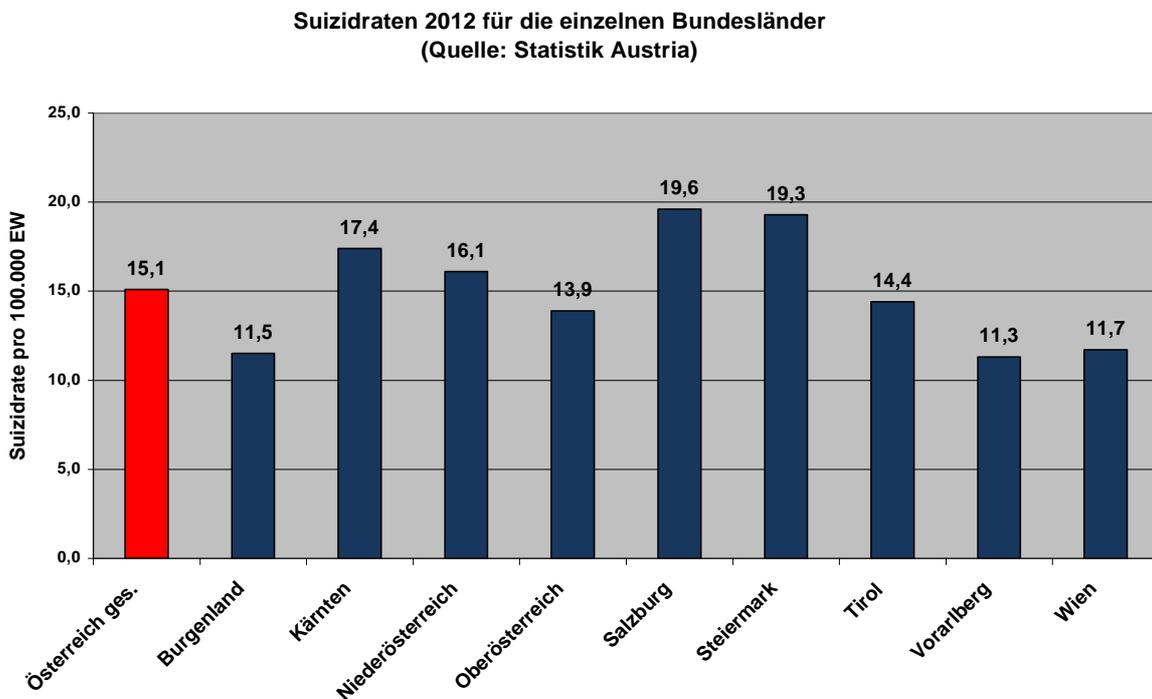
Abb. 1: Absolute Suizidzahlen für Vorarlberg 1970 bis 2012 (Quelle: Statistik Austria)



Suizidrate

Aussagekräftiger wie absolute Zahlen ist die Suizidrate, das heißt, die Zahl der Suizide pro 100.000 Einwohner. Lag die Rate Mitte der 80er Jahre noch deutlich über 20, liegt sie 2012 mit 11,3 unter dem gesamtösterreichischen Schnitt von 15,1. Das von der WHO um die Jahrtausendwende ausgegebene Ziel, die Suizidrate unter 15 zu drücken, wurde damit wieder erfüllt.

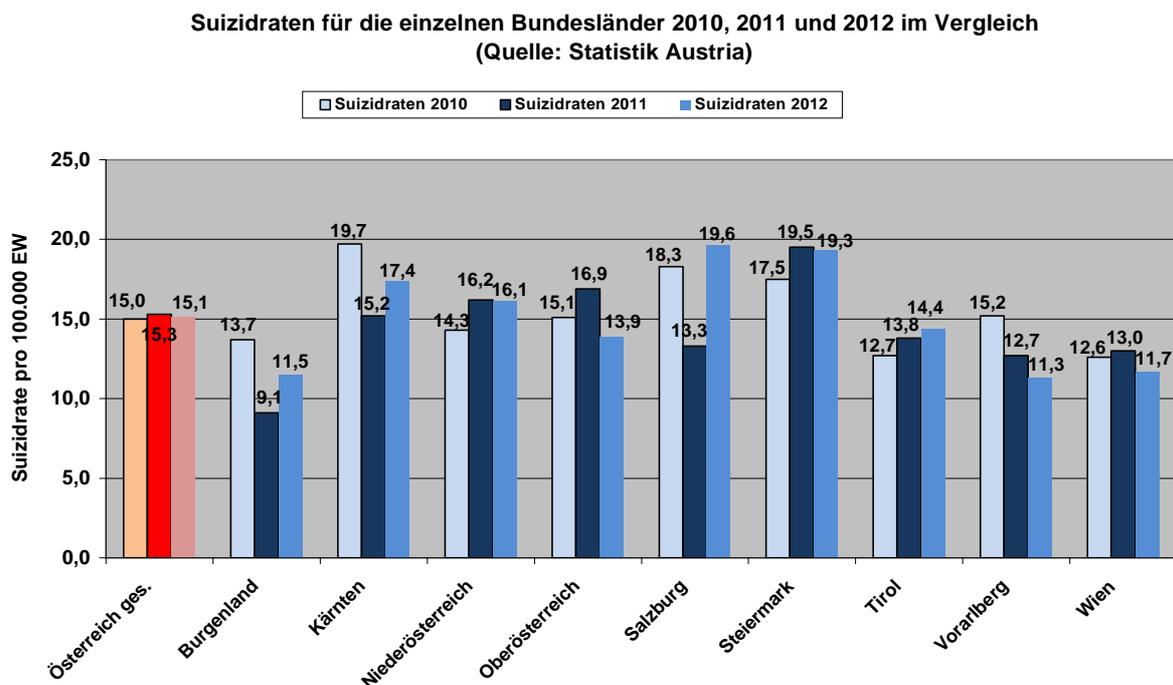
Abb. 2: Suizidraten 2012 für die einzelnen Bundesländer (Quelle: Statistik Austria)



Jahresvergleich Suizidrate

Der Vergleich von Jahr zu Jahr weist, auf einzelne Länder bezogen, teils beträchtliche Sprünge auf; dies mahnt uns, weder Rückgänge noch Zunahmen von einem Jahr aufs andere überzubewerten und einmal vorschnell eine Krise, dann wieder kurzschlüssig einen raschen Erfolg bestimmter Maßnahmen zu behaupten. Nur die Beobachtung über längere Perioden lässt einigermaßen sichere Schlüsse zu. Gesamtösterreichisch lag die Rate in den drei Jahren dann auch konstant um 15.

Abb. 3: Suizidraten 2010 bis 2012 für die einzelnen Bundesländer (Quelle: Statistik Austria)



Geschlechterverteilung

In Vorarlberg kamen – wie auch österreichweit – zwischen 1988 und 2011 **drei männliche auf ein weibliches Suizidopfer**. Wie später noch dargestellt, sind Selbsttötungen bei Männern häufiger als Folge von Kurzschlussreaktionen (Kränkungen in Beziehungskrisen, am Arbeitsplatz u. ä.) zu erklären. Männer versäumen ferner nach wie vor häufiger rechtzeitig Hilfe zu suchen, wie von den meisten Anlaufstellen (Telefonseelsorge, IfS u. a.) immer wieder bestätigt.

Im Jahre 2012 fiel in Vorarlberg das Verhältnis mit 4:1 noch deutlicher zu Ungunsten der Männer aus.

Abb. 4: Geschlechtsverteilung nach den Bundesländern 2012 (Quelle: Statistik Austria)

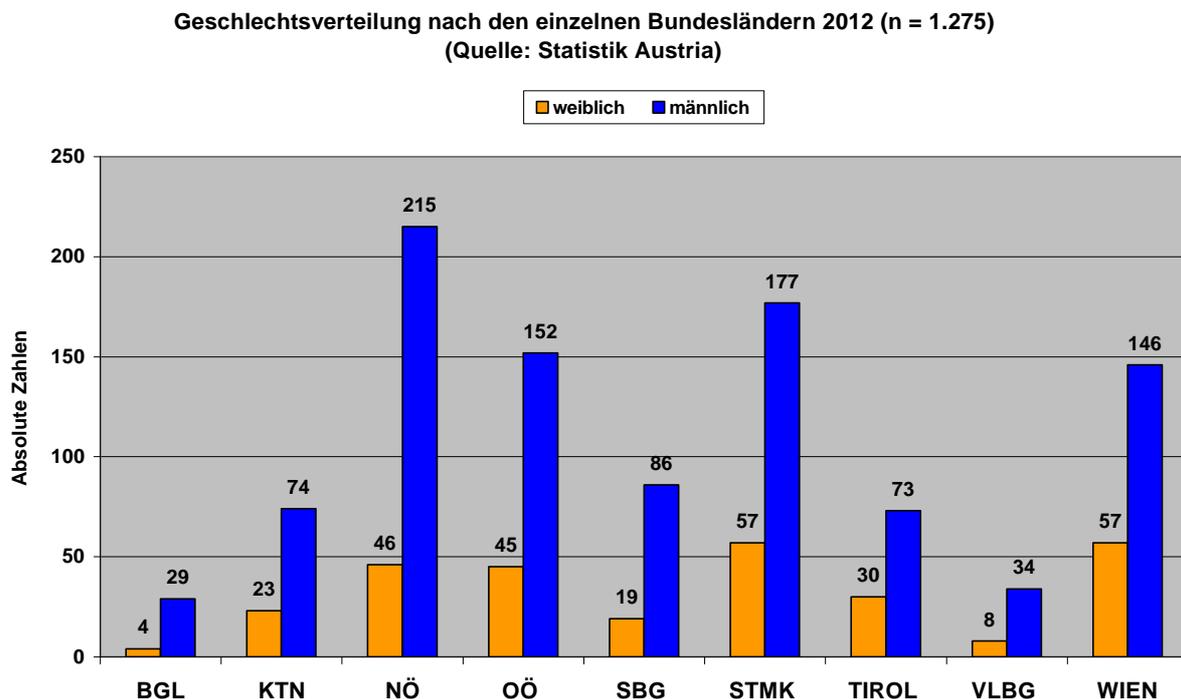
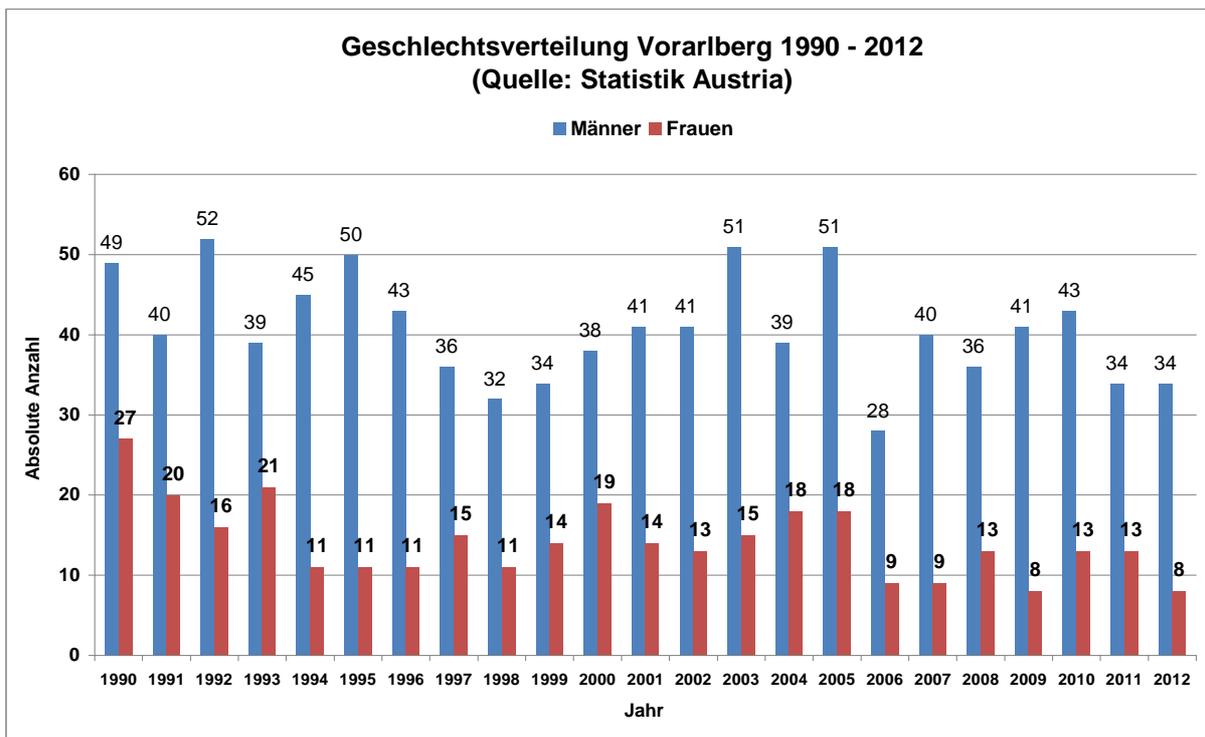


Abb. 5: Geschlechtsverteilung 1988 bis 2011 in Vorarlberg (Quelle: Statistik Austria)



Abb. 6: Geschlechtsverteilung in Vorarlberg 1990 bis 2012 (Quelle: Statistik Austria)



Altersverteilung

Bei Betrachtung der **Altersverteilung** in einem bestimmten Beobachtungsjahr muss bedacht werden, dass hier eine Interpretation aufgrund der (für statistische Berechnungen) kleinen Zahlen schwierig ist; es müssten die Suizidopfer nämlich in Beziehung zur jeweiligen Zahl der Jahrgängerinnen und Jahrgänger errechnet werden, was für ein einzelnes Jahr nicht möglich ist. Es war 2012 **kein Kindersuizid** zu beklagen. So wurden in Vorarlberg zwischen 1988 und 2011 **vier Kindersuizide** (unter 14-Jährige) registriert. Bei den **alten und hoch betagten Mitbürgern zeigt sich hierzulande weiterhin eine günstige Situation**. Es wurde in Vorarlberg kein Suizid in der Altersgruppe 85 und älter gemeldet, österreichweit hingegen 80. Eine vermeintlich herausragende Betroffenheit der mittleren Altersgruppen relativiert sich in Anbetracht der dort starken Jahrgänge, gleichwohl dürften – wie auch in Krisendiensten und Behandlungsstellen beobachtet – der verstärkte Druck im Berufsleben und nicht minder Beziehungskrisen und Trennungen (auch langjähriger Ehen oder Beziehungen) diese Altersgruppe besonders betreffen.

Abb. 7: Suizidfälle nach Alter in Vorarlberg 2012 (Quelle: Statistik Austria)

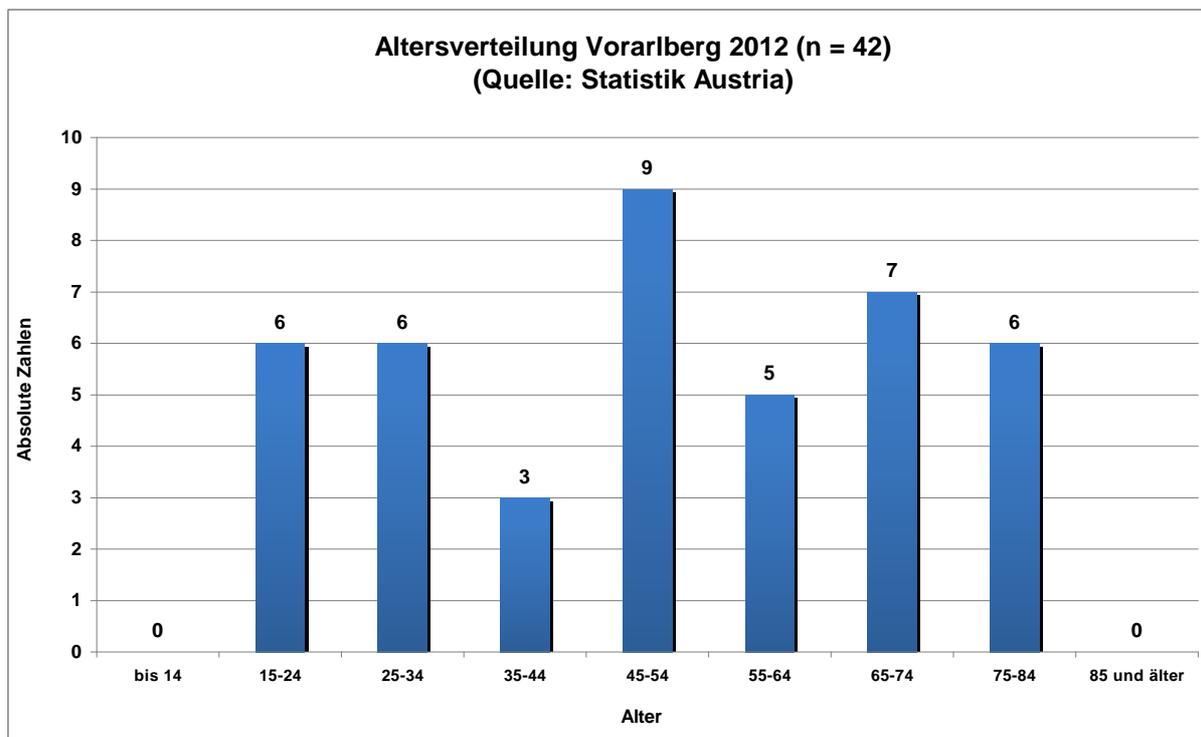


Abb. 8: Altersverteilung der Suizidfälle in ganz Österreich (in Prozentzahlen)

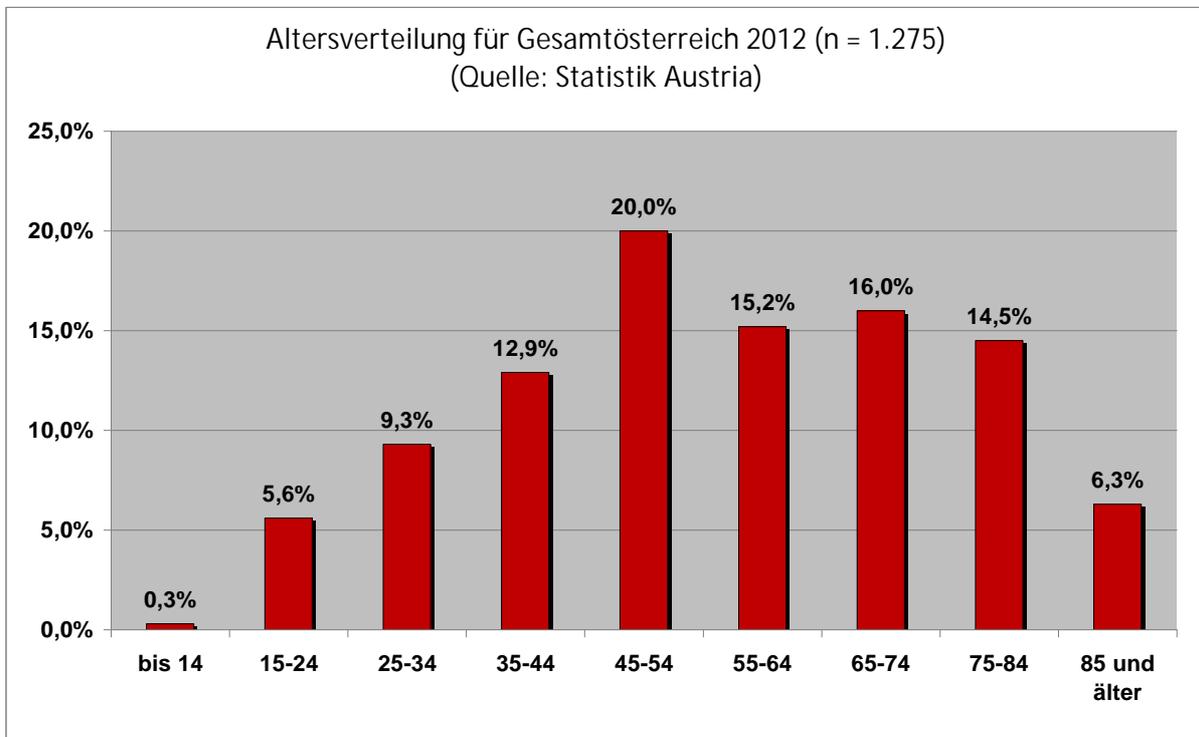
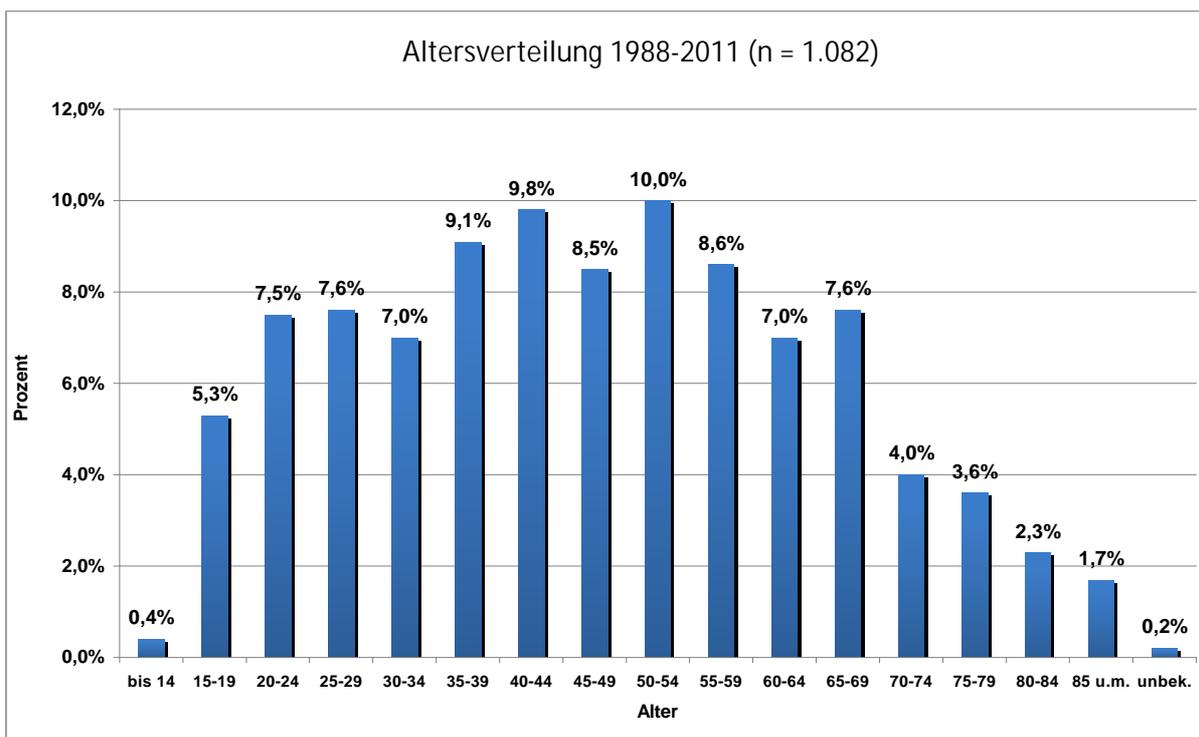


Abb. 9: Altersverteilung der Suizidfälle in Vorarlberg 1988 bis 2011 (in Prozentzahlen)

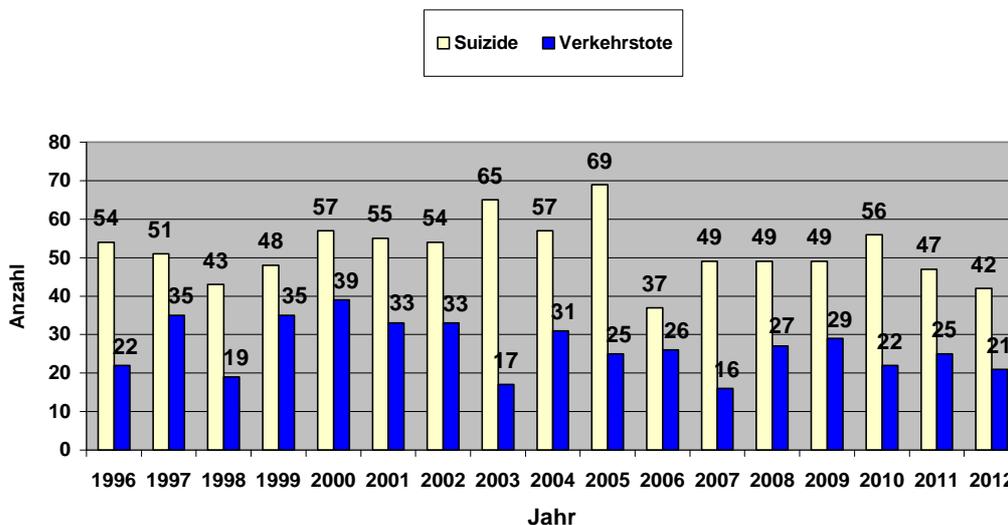


Suizide und Verkehrstote

Während bekanntlich die Zahl der **Verkehrstoten in Österreich** bis in die 70er Jahre jene der Suizidopfer weit überstieg, haben vielfältige Maßnahmen zur Verkehrssicherheit hier einen drastischen Wandel herbei geführt: so wurden im „schlechtesten“ Jahr 1972 österreichweit 2.948 Verkehrstote registriert – die niedrigste Zahl nun 2010 mit 548, was fast nur noch ein Fünftel der Horrorzahl von 1972 bedeutet! Auch die Zahl der Suizide nahm im letzten Vierteljahrhundert trotz Zunahme der Bevölkerungszahl um über ein Drittel ab – übersteigt jedoch Jahr um Jahr jene der Verkehrstoten.

Abb. 10: Suizide und Verkehrstote in Vorarlberg 1996 bis 2012 (Quelle: Statistik Austria)

**Suizide und Verkehrstote in Vorarlberg 1996-2012
(Quelle: Statistik Austria)**



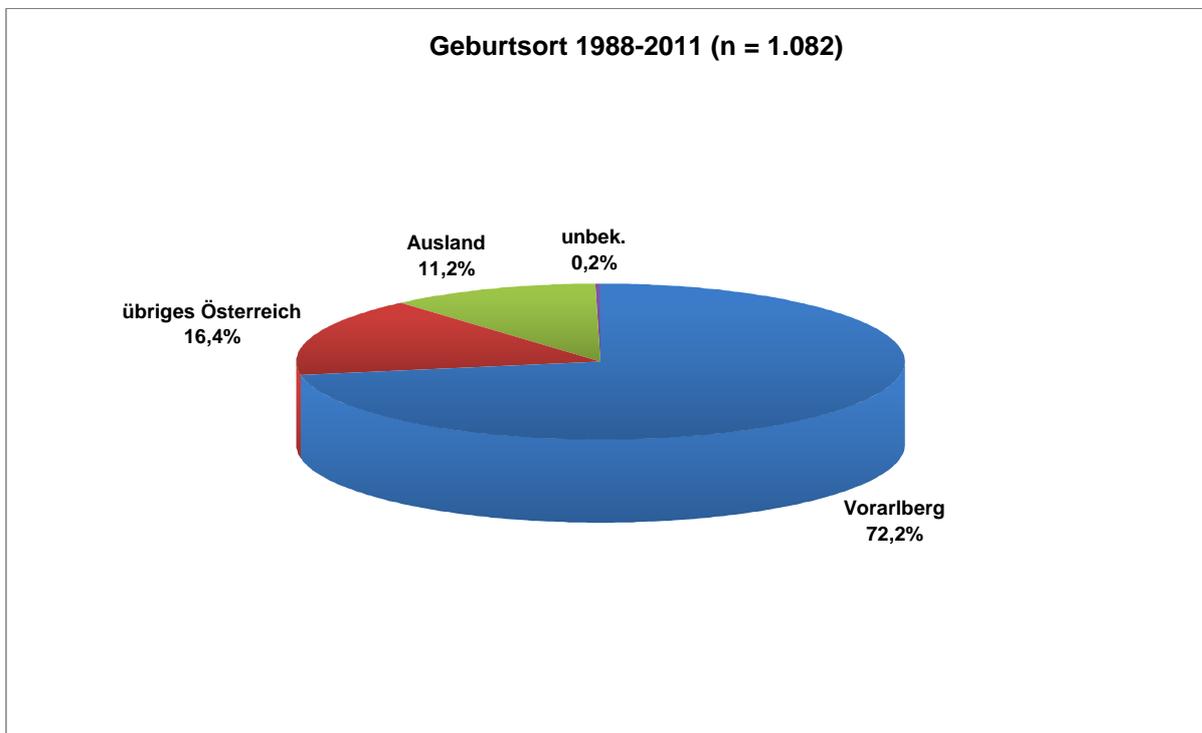
Analyse aks Suizidregister von 1988 bis 2011

Es werden nun die verfügbaren statistischen Daten für das Jahr 2012 dargestellt und interpretiert, ferner jene des aks Suizidregisters aus dem Zeitraum 1988 bis 2011 herangezogen, nähere Daten wurden dort von etwa ¾ der Suizidfälle erhoben.

Geburtsort

Mit einem Ausländeranteil von 11,2 Prozent liegt Vorarlberg nach Wien (16 Prozent) an zweiter Stelle (österreichischer Durchschnitt: 8,9 Prozent). Entgegen häufiger Berichte eines erhöhten Risikos für Migranten, Suizid zu begehen, ist ihre Betroffenheit in Vorarlberg nicht erhöht.

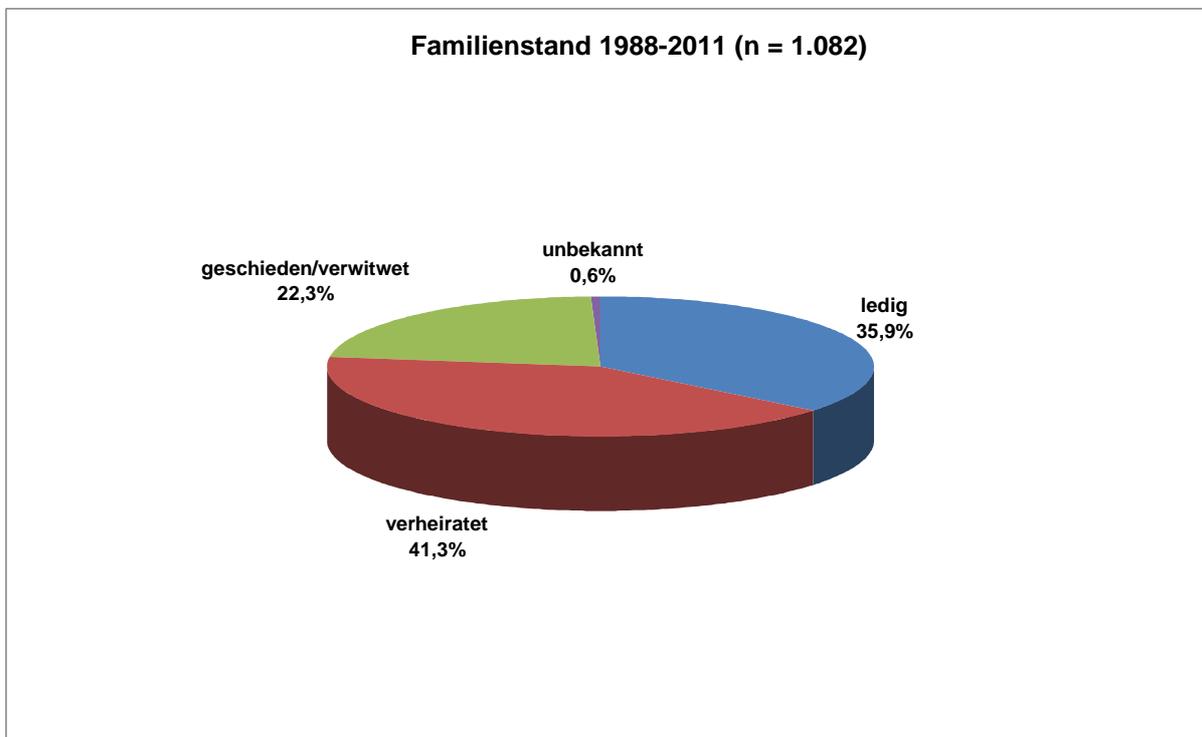
Abb. 11: Geburtsort der Suizidopfer in Vorarlberg 1988 bis 2011



Familienstand

Alleinstehende Personen tragen bekanntlich ein höheres Risiko Suizid zu begehen, worauf Emile Durckheim schon im vorletzten Jahrhundert hinwies und vom „Schutz der Institution Ehe“ sprach. Schwierige Lebensverhältnisse oder chronische psychische Erkrankungen können es Menschen schwer oder unmöglich machen in festen Beziehungen zu leben, welche im Falle ihres Funktionierens wiederum in Krisen Halt geben können.

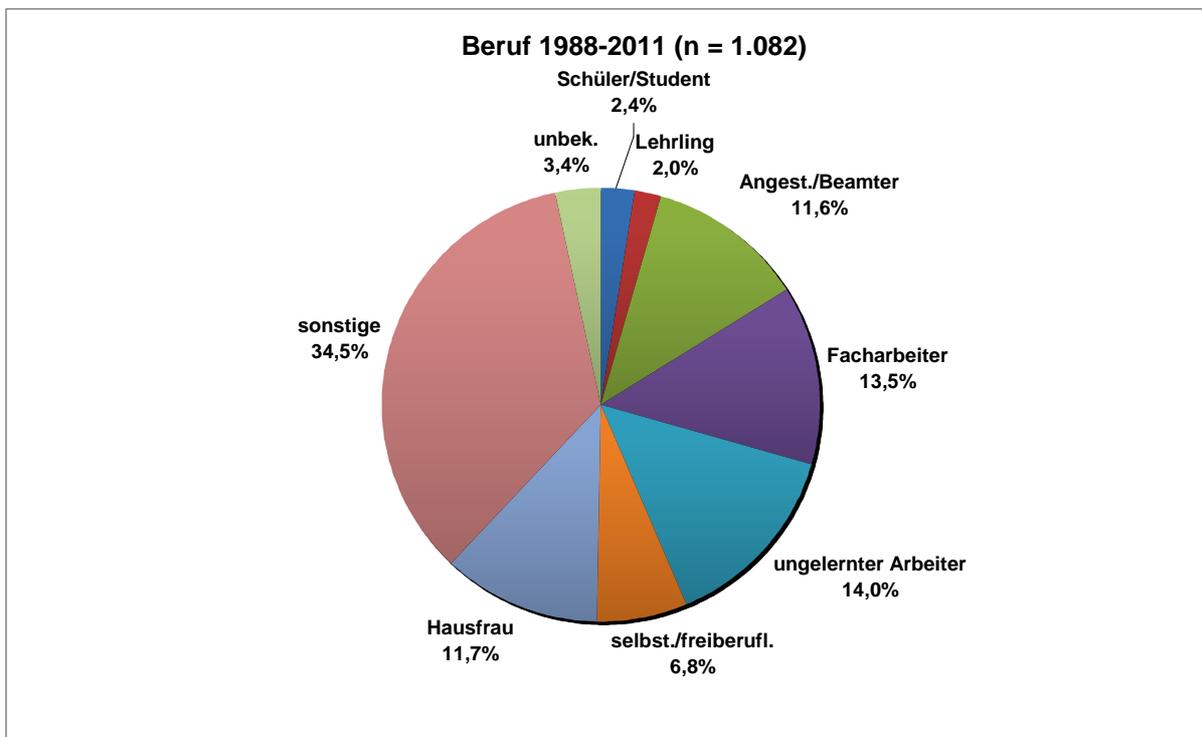
Abb. 12: Familienstand der Suizidopfer in Vorarlberg 1988 bis 2011



Beruf

Suizid betrifft besonders häufig Personen, die ihrer Erkrankung wegen nie erwerbsfähig wurden bzw. aus dem freien Arbeitsmarkt ausscheiden mussten. Aus zahlreichen Studien ist das erhöhte Suizidrisiko für Menschen ohne Arbeit oder sinnvolle Beschäftigung belegt.

Abb. 13: Beruf der Suizidopfer in Vorarlberg 1988 bis 2011



Bekannte psychische Erkrankungen

In etwa der Hälfte der Suizidfälle war den Hinterbliebenen eine psychische Erkrankung der Betroffenen bekannt, der erhebliche Unterschied im Geschlechtervergleich ist weiterhin auffällig und deutet auf die höhere Zahl von Kurzschlusssuiziden bei Männern, wie auch auf eine höherer Bereitschaft der Frauen hin, im Krisen- oder Krankheitsfall Hilfe zu suchen.

Abb. 14: Bekannte psychische Erkrankung der Suizidopfer in Vorarlberg 1988 bis 2011

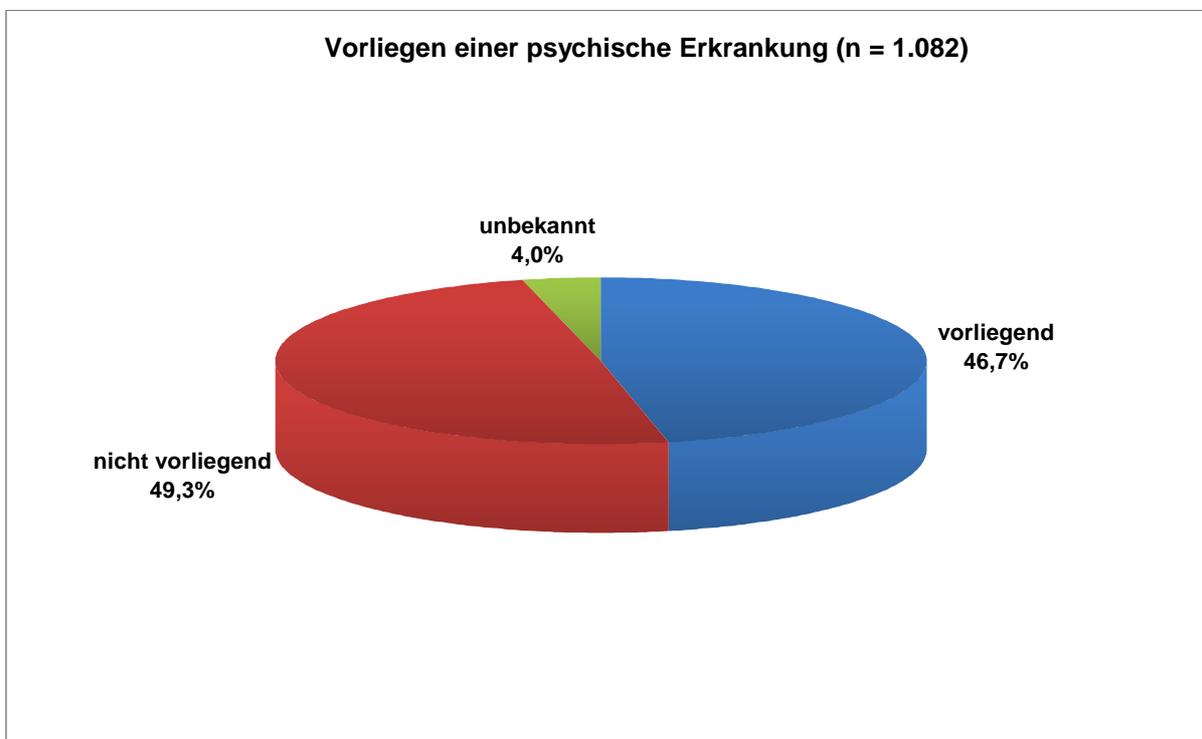
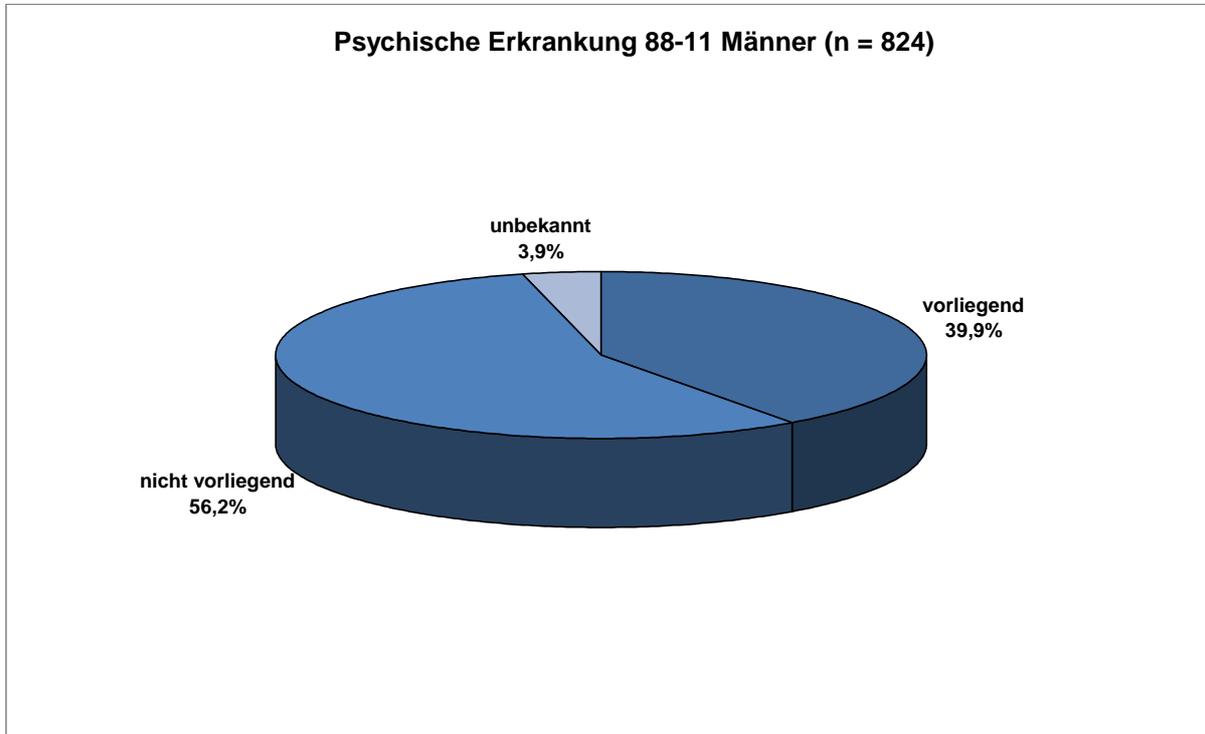
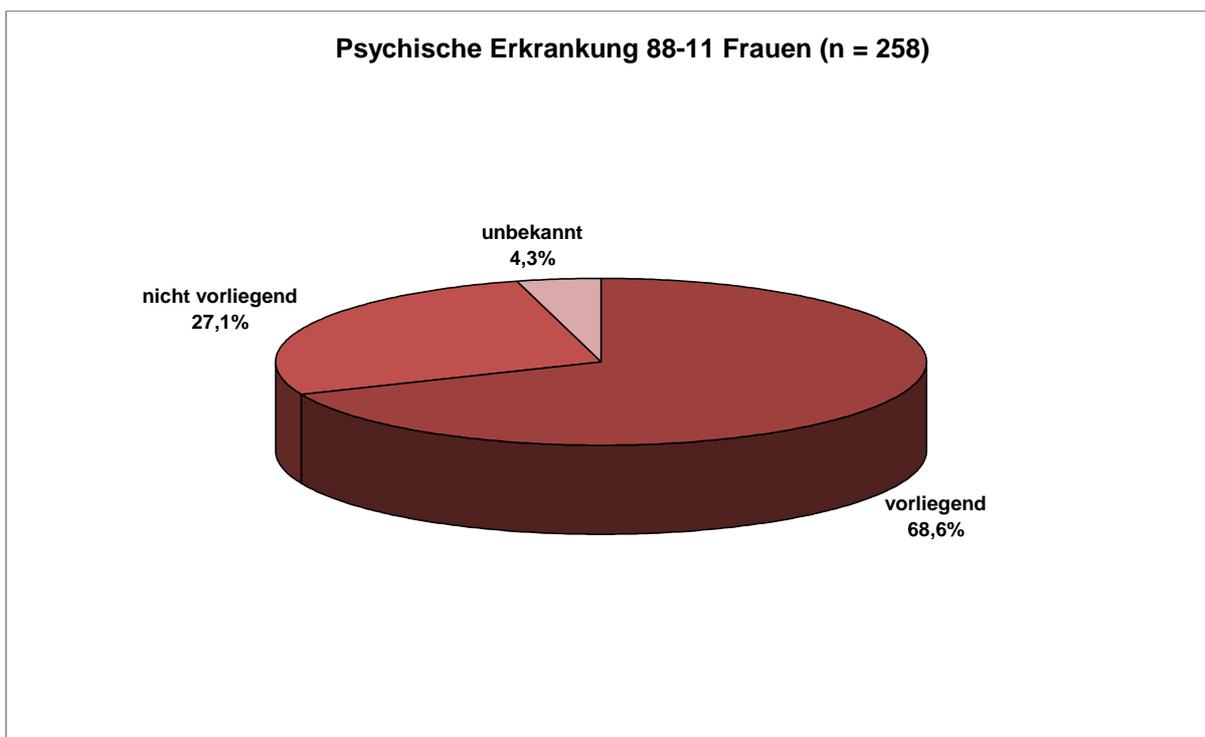


Abb. 15: Bekannte psychische Erkrankung der männlichen Suizidopfer in Vorarlberg 1988 bis 2011



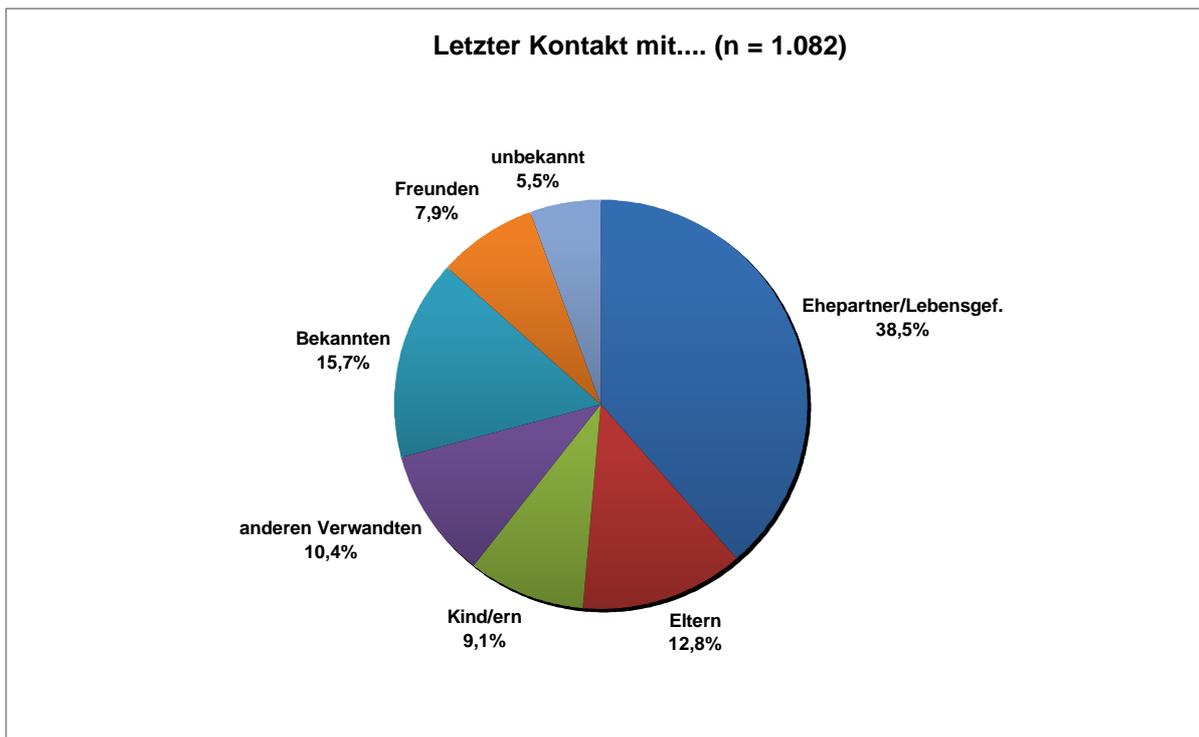
16: Bekannte psychische Erkrankung der weiblichen Suizidopfer in Vorarlberg 1988 bis 2011



Letzter Kontakt

Personen, mit welchen Suizidenten letzten Kontakt hatten, tragen oft schwer daran und fragen sich (wie auch die vorher mitunter involvierten Helferinnen und Helfer), ob sie Ankündigungen nicht ernst genommen oder versteckte Hilferufe überhört haben könnten. Unterstützung in der Verarbeitung finden betroffene Angehörige, Freunde oder Kollegen bei Beratungsdiensten, Therapeutinnen und Therapeuten und einem Selbsthilfeverein für „Hinterbliebene nach Suizid“.

Abb. 17: Letzter Kontakt der Suizidopfer in Vorarlberg 1988 bis 2011



Suizidmethoden

Nach wie vor ist Suizid durch Erhängen die häufigste Suizidart, bei Männern wie Frauen. Sogenannte „weiche“ Methoden (Medikamentenvergiftung, Ertrinken) sind zwar bei weiblichen Opfern häufiger doch insgesamt auch bei ihnen im Vergleich zu früher seltener angewandt.

Abb. 18: Methode der Suizidopfer in Vorarlberg 1988 bis 2011

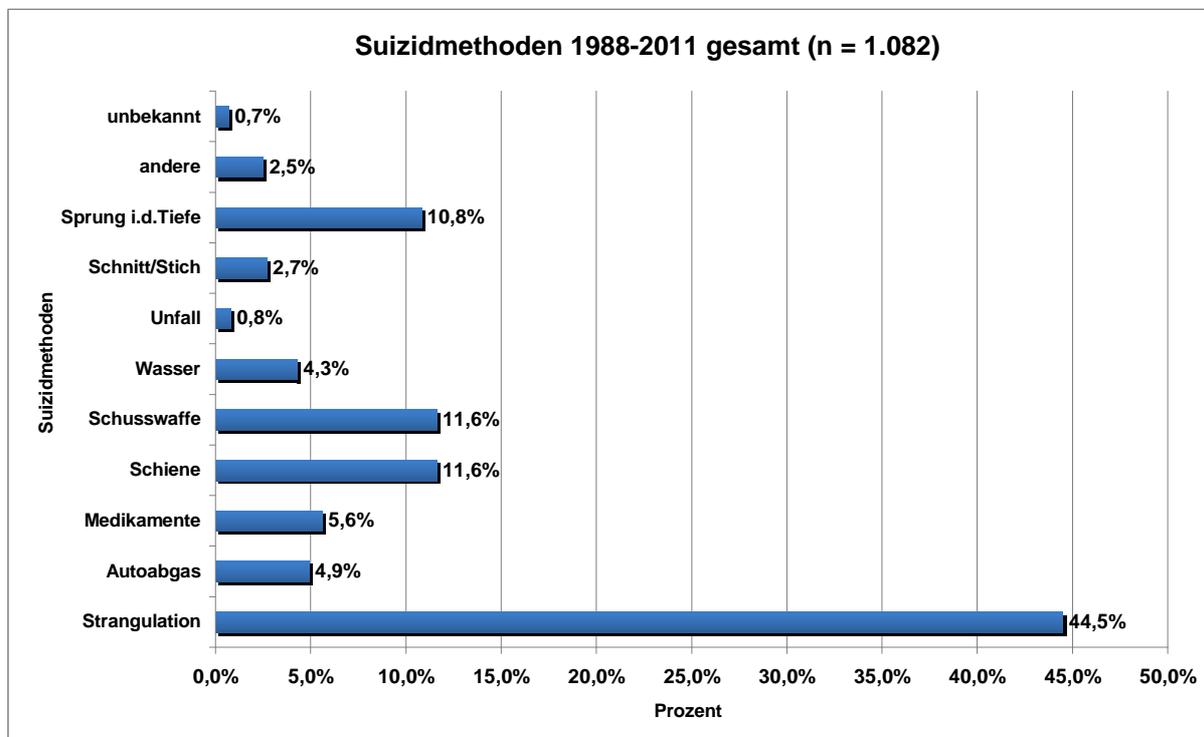


Abb. 19: Methode der weiblichen Suizidopfer in Vorarlberg 1988 bis 2011

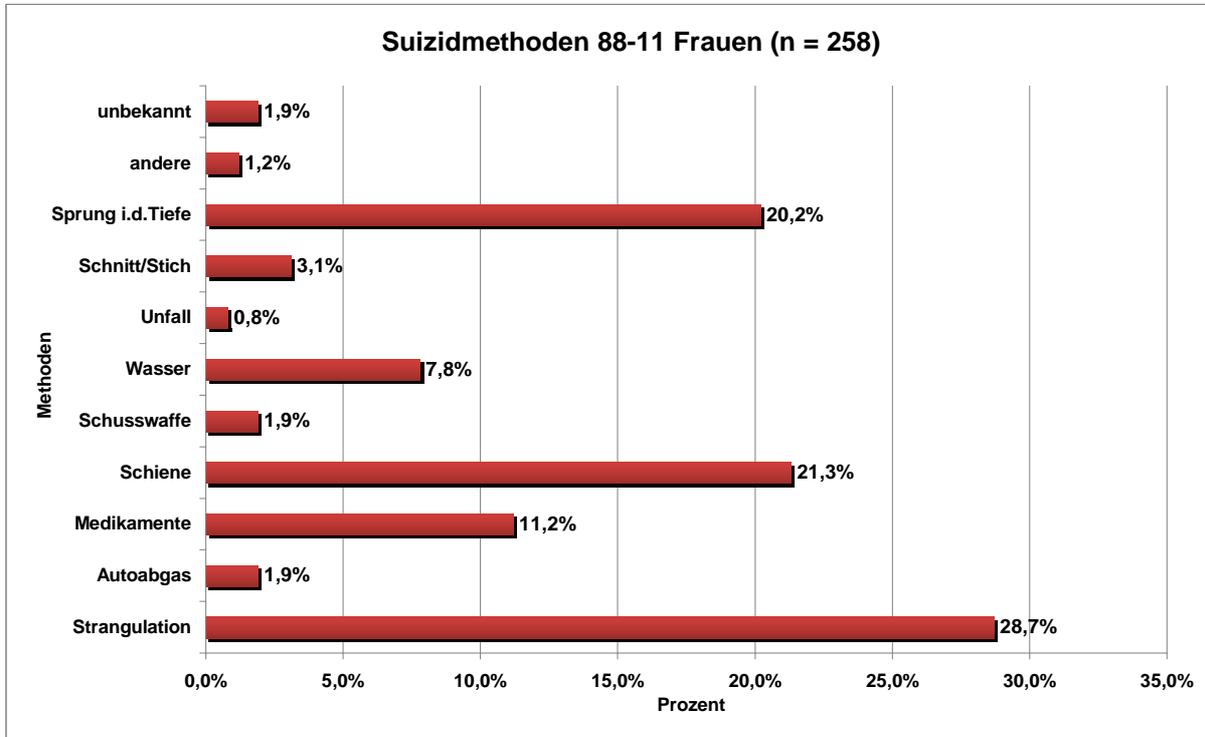
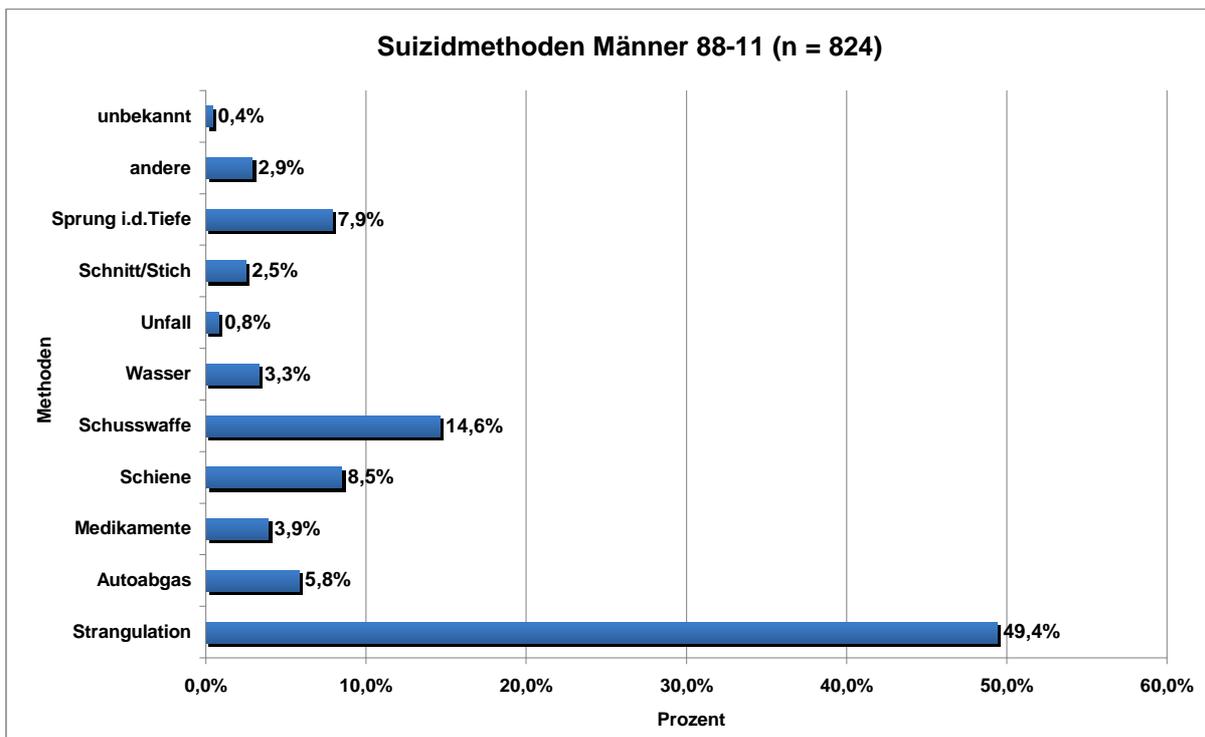


Abb. 20: Methode der männlichen Suizidopfer in Vorarlberg 1988 bis 2011



Suizidprävention

Die Suizidprävention auszubauen ist Teil des Regierungsprogrammes. Das Konzept „SUPRA - Suizidprävention Austria“, stellt die Basis für die Entwicklung einer nationalen Suizidpräventionsstrategie dar. In einem ersten Schritt wurde an der Gesundheit Österreich GmbH eine Kontaktstelle für Suizidprävention eingerichtet. Ziel ist es, in Österreich eine nachhaltige und qualitativ hochwertige Suizidprävention sicherzustellen (7. September 2012).

SUPRA - Suizidprävention Austria

Die Suizidrate in Österreich konnte in den letzten Jahren erfreulicherweise deutlich gesenkt werden. Dennoch versterben in Österreich jedes Jahr etwa 1.200 Menschen an einem Suizid: doppelt so viele Menschen wie im Straßenverkehr. Suizid ist eine der häufigsten Todesursachen bei den unter 40-Jährigen.

Die Suizidprävention in Österreich blickt auf eine rund 100-jährige Geschichte zurück. Bereits 1910 wurde von der Wiener Rettungsgesellschaft Betreuung für Menschen nach Suizidversuch(en) angeboten. Diese und nachfolgende Initiativen durchlebten ein wechselhaftes Schicksal, ab 1947 sind durchgehend suizidpräventive Aktivitäten zu verzeichnen. Seit Ende der 40er Jahre des vorigen Jahrhunderts gibt es suizidpräventive Ansätze in der WHO, die jedoch in Europa erst 1980 (Health for All in the Year 2000, Target 12) Suizidprävention ausdrücklich anspricht. Fortsetzungen finden sich in „Gesundheit 21“ (1999). Zu dieser Zeit wurde auch der österreichische Suizidpräventionsplan (SPA) der Öffentlichkeit vorgestellt (Sonneck 2000). Er stützte sich auf Vorschläge der UNO (Prevention of Suicide: Guidelines for the formation and implementation of national strategies, 1996) und auf Erfahrungen, die andere Länder mit ihren nationalen Programmen gemacht hatten. 2001 übernahm das WHO / EURO Network on Suicide Research and Prevention die Patronanz für derartige Aktivitäten.

2005 empfahl die Europäische Regionalversammlung der WHO die Implementierung nationaler Programme zur Verhütung von Selbstschädigung, eine Resolution, die 2007 durch den EU-Ministerrat bekräftigt wurde. Im österreichischen Suizidpräventionsplan (SPA) sind die WHO-Präventionsstrategien (2006), Restriktion von Suizidmitteln, Behandlung von psychisch Kranken, Betreuung nach Suizidversuch, verantwortungsbewusste Berichterstattung und spezifische Schulung von Gesundheitspersonal, enthalten.

Die österreichische Bundesregierung bekennt sich dazu, die Suizidprävention weiter auszubauen. Basierend auf dem SPA wurde von führenden Experten nun das Konzept „SUPRA - Suizidprävention Austria“ erarbeitet.

Generelle und spezielle Prävention

Da es viele unterschiedliche Faktoren gibt, die zu suizidaler Einengung führen können, gibt es auch viele Maßnahmen, die suizidpräventiv wirken können. Man unterscheidet deshalb eine generelle und eine spezielle Prävention. Bei der generellen Prävention werden psychologische, pädagogische, medizinische und soziale Maßnahmen gesetzt, um die Fähigkeit einer Bevölkerung zu stärken, mit den Schwierigkeiten des Lebens besser fertig zu werden. Eine spezielle Prävention setzt Maßnahmen, die entweder direkt für die Suizidgefährdete oder den Suizidgefährdeten zur Verfügung stehen oder indirekt durch entsprechende Identifizierung, Behandlung und Betreuung von Risikogruppen (z. B. Substanzmissbrauchende, psychisch Kranken, Menschen in Lebenskrisen, Alten und Vereinsamten) helfen, mit Problemen oder Störungen besser zurecht zu kommen.

Arbeitsgebiete der Suizidprävention

Es lassen sich zehn Arbeitsgebiete der Suizidprävention identifizieren. Jedes hat spezifische Aufgaben, die jeweils von unterschiedlichen Personen, Personengruppen, Interessensgemeinschaften und Institutionen übernommen werden können.

1. Schaffung von erhöhtem Bewusstsein und Wissen
2. Unterstützung und Behandlung
3. Zielgruppe: Kinder und Jugendliche
4. Zielgruppe: Erwachsene
5. Suizidprävention im Alter
6. Gruppen mit erhöhtem Risiko
7. Schulung und Entwicklung
8. Reduzierte Erreichbarkeit und Verfügbarkeit von Suizidmitteln
9. Nationale Expertise
10. Gesetzliche Voraussetzungen

1. Schaffung von erhöhtem Bewusstsein und Wissen

Bewusstseinsbildende Maßnahmen stehen unter dem Motto, dass Suizidgefährdung kein unwiderrufliches Schicksal und Suizidprävention möglich ist. Bei der Informationsaufbereitung stehen die Darstellung des aktuellen Standes der Suizidprävention, Spezifizierung von neuen Erfordernissen und Erstellung von Richtlinien für zukünftige Entwicklungen im Mittelpunkt. Wesentlich ist zudem – neben der Erstellung und Verbreitung von Informationen über Suizidprobleme und -prävention – die Evaluation von Informationskampagnen sowie eine Dokumentation, wie diese Informationen präsentiert werden können, sodass gesundheitsfördernde Effekte erzielt und unerwünschte Effekte (Imitationseffekte) minimiert werden. Zudem soll die Information und Diskussion in Medien und Literatur stimuliert werden.

2. Unterstützung und Behandlung

Psychologische, soziale und medizinische Unterstützung und Behandlung für suizidgefährdete Personen in Krisenzentren, Notrufnummern, Gesundheits- und medizinischen Diensten muss gewährleistet und weiterentwickelt werden.

2.1 Krisenmanagement

- » Ausbildung und Training in Krisen- und Konfliktmanagementstrategien
- » individuelle und institutionelle Betreuung von Personen nach Verlusten und Katastrophen
- » Früherkennung und Unterstützung von suizidalen Personen
- » Erkennen von psychischen Störungen und Kenntnis entsprechender Hilfsmöglichkeiten.

2.2 Gesundheits- und medizinische Betreuungseinrichtungen

Es muss gewährleistet sein, dass jede Person, die solche Einrichtungen aufsucht, im Falle der Suizidgefährdung lege artis untersucht werden kann (Risikogruppe, Krise, suizidale Entwicklung, präsuizidales Syndrom) und Unterstützung und Behandlung erfährt.

- » Entwicklung von Qualitätskriterien für gute gesundheitliche und medizinische Betreuung von suizidgefährdeten Patientinnen und Patienten im ambulanten und stationären Bereich (Krankenhaus / Gesundheitssprengelbereich) z. B. durch Schaffung von Suicide-Prevention-Teams, die Expertenwissen ebenso zur Verfügung stellen wie Beratung und Supervision (psychologische und psychotherapeutische Betreuung im Krankenhaus)
- » Spezielles Augenmerk auf Bedürfnisse, effiziente Behandlung und Suizidprävention von Patientinnen und Patienten mit depressiven Psychosen, Schizophrenien, Substanzmissbrauch und Persönlichkeitsstörungen
- » Kontinuierliche einschlägige Fortbildung von Personen in der Grundversorgung; Aufbau von Aktivitäten, um Suizidgefährdete zu kontaktieren und zu unterstützen
- » Kontinuität der Betreuung (Nahtstellen der Betreuung)
- » Unterstützung für Kinder aus Familien mit Suizidproblemen und Beratung von Hinterbliebenen nach Suizid

3. Zielgruppe: Kinder und Jugendliche

- » Erziehung und Unterricht: Auch im Unterricht und in der Ausbildung kann erlernt werden, wie Konflikte zu erkennen und zu bewältigen sind und wie mit Krisen, Depressionen und Suizidproblemen umzugehen ist: Ankündigungen und Risikosignale wie Suizidmitteilungen und Suizidversuche, Schulschwänzen oder andere häufige Absenzen, auffallende Müdigkeit, Aggression, Isolation, Substanzmissbrauch, Wutanfälle und dissoziales Verhalten sollten wahrgenommen und verstanden werden. Dafür bieten sich sowohl Erziehungs- und Bildungssysteme an, als auch Kindergruppen, Jugendclubs, Vereine, Interessensgemeinschaften etc. auf das erhöhte Risiko zu suizidalem Verhalten nach einem Suizid oder Suizidversuch im Umfeld ist zu achten.

3.1 Gesundheits- und medizinische Betreuungseinrichtungen, Sozialarbeit

Die Angebote sollten niederschwellig, anonym und sofort erreichbar sein:

- » Besondere Beachtung von Risikofaktoren in der Umgebung, in der Kinder aufwachsen (broken-home, Gewalt, Missbrauch, Arbeitslosigkeit, Armut) sowie von Signalen, die auf schwierige Familienumstände hinweisen (Verhaltensänderungen und -auffälligkeiten)
- » Erhöhte Aufmerksamkeit und Unterstützung für Risikofamilien mit Suiziden oder Suizidversuchen in der Vorgeschichte oder anderen selbstdestruktiven Tendenzen, Alkohol- oder Drogenmissbrauch, psychischer Erkrankung, Gewalt und inadäquaten emotionalen Reaktionen mit besonderer Berücksichtigung der Probleme von alleinerziehenden Personen sowie Migrantinnen und Migranten

4. Zielgruppe: Erwachsene

Beziehungskrisen oder psychosozialer Stress am Arbeitsplatz bzw. durch Arbeitslosigkeit sind besonders vulnerable Phasen.

4.1 Beziehungs- und Eheprobleme

- » Vermittlung von Informationen, wie Beziehungen gestaltet bzw. wie mit Ehe- und Beziehungsproblemen umgegangen werden kann
- » Verstärktes Verständnis und Unterstützung für Personen, die von Beziehungskrisen oder zunehmender Vereinsamung bedroht sind
- » Mehr Wissen über Krisenreaktionen und Umgang mit Krisen, Depressionen und suizidalem Verhalten bei Erwachsenen.

4.2 Betriebe und Arbeitsplätze

Strukturelle Probleme am Arbeitsplatz können Angst auslösen und bei sensiblen Personen auch suizidale Krisen hervorrufen.

- » Gesprächsmöglichkeiten (individuell und Gruppendiskussionen) zu akuten Problemen am Arbeitsplatz, z. B. durch Reorganisationen, Rationalisierungen, Einsparungen oder Schließungen
- » Beachtung von psychischem Druck in der Arbeitsumgebung wie Einsamkeit, Substanzmissbrauch, psychische Störungen, Mobbing und Bullying, sexuelle Belästigung...
- » Achten auf Personen, die Verluste oder Katastrophen erlitten haben, Früherkennung und Unterstützung von suizidalen Personen

- » Erkennen von psychischen Problemen und Wissen um Hilfsmöglichkeiten; besondere Berücksichtigung von Problemen von Migrantinnen und Migranten

5. Suizidprävention im Alter

Im Zusammenhang mit Pensionierung, Krankheit, Altern und Verwitwung und Depressionen kommt es vermehrt zu Krisenreaktionen.

Soziale- und Ehe- bzw. Beziehungsprobleme

- » Verständnis und Hilfe im Umgang mit der sozialen Situation und Ehe- bzw. Beziehungsproblemen von älteren Menschen
- » Erleichterungen für ältere Leute, damit diese ihre intellektuellen, emotionalen und sozialen Ressourcen angemessen einsetzen können (z. B. Gleitpension)
- » Enttabuisierung der Altersehe und -partnerschaft (Sexualität) im Alter
- » Umgang mit Krisenreaktionen sowie mit depressivem und suizidalem Verhalten
- » Verstärkte Kooperation zwischen verschiedenen Organisationen, um sanfte Übergänge zu den verschiedensten Betreuungsformen alter Menschen sicherzustellen
- » Entwicklung und Einrichtung von sozialen und medizinischen Diensten für Betreuung, Pflege und Beistand von Menschen in der chronischen Lebens- / Sterbensphase einschließlich angemessener palliativer Maßnahmen

6. Gruppen mit erhöhtem Risiko

- » Schulung von sozialen Fertigkeiten im Umgang mit Alkohol-, Drogen- und Medikamentenmissbrauchenden, HIV-Positiven oder Aids-Erkrankten, psychisch Kranken, Opfern von Gewalt oder Selbstverletzung (nach Suizidversuch), Migrantinnen und Migranten, Strafgefangenen etc., um Verständnis dafür zu entwickeln, wie Konflikte, Krisen, Depressionen und Suizidprobleme entstehen, wahrgenommen werden und wie man mit ihnen umgehen kann.

6.1 Gesundheits- und medizinische Betreuung, Sozialarbeit

- » Ein aktives Kontaktieren der Risikogruppen soll zu einem besseren Verständnis für ihre spezifische Situation bzw. Problemlage beitragen, insbesondere wie die Betroffenen selbst mit Krisen oder Konflikten umgehen können
- » Weiterer Ausbau von Organisationen, die sich speziell mit diesen Risikogruppen befassen

7. Schulung und Entwicklung

- » Schulung im Umgang mit Risikogruppen muss gewährleistet sein
- » Darüber hinaus sind Lehrmethoden in Suizidprävention zu entwickeln, insbesondere Trainings für Lehrende, die in den verschiedenen Bereichen arbeiten
- » Ausbildung im Hinblick auf krisenhafte Entwicklungen, psychische Schwierigkeiten und Suizidprävention von unterschiedlichen Zielgruppen (Lehrkräfte, Sozialarbeiterinnen und -arbeiter, Krankenpflegerinnen und -pfleger, Psychologinnen und Psychologen, Psychotherapeuteninnen und -therapeuten, Ärztinnen und Ärzte, Geistliche etc.), aber auch von bestimmten anderen „wachenden“ Berufen wie z. B. Polizei, Rettung, Bundesheer und Sicherheitswachebeamtinnen und -beamten

8. Reduzierte Erreichbarkeit und Verfügbarkeit von Suizidmitteln

8.1 Verkehr

- » Forderung nach Alkolocks (ein Auto kann nur in Betrieb genommen werden, wenn die Fahrerin oder der Fahrer nicht alkoholisiert ist)
- » Reduktion von Kohlenmonoxid in den Auspuffgasen bzw. Installierung von Geräten, die ab einer gewissen Kohlenmonoxidkonzentration den Leerlauf stoppen
- » Flache Schlitzlöcher der Auspuffrohre
- » Airbags als Standard für alle Autos
- » Schutz und Telefonmöglichkeiten an Orten mit besonders hoher Suizidfrequenz („Hot Spots“)
- » Maßnahmen für Bahnstationen mit hoher Frequenz von Unfällen und Suiziden

8.2 Waffen

- » Restriktive Politik bezüglich Waffenbesitz

8.3 Medikamentenverordnungen

- » Passende Formen und Packungsgrößen
- » Vorsichtige Verschreibungsgewohnheiten und sorgfältige Nachkontrolle

9. Nationale Expertise

- » Errichtung und Weiterentwicklung von Zentren für Suizidforschung und -verhütung und effektives epidemiologisches Monitoring

9.1 Datenbasen

- » Information über die geographischen, sozialen und psychologischen Bedingungen
- » Datenbanken der laufenden Suizidforschung in Österreich und den Nachbarländern
- » Literaturdatenbank sowohl für die Wissenschaft als auch für die o. a. Schulungen

9.2 Qualitätssicherung

- » Höhere Priorität der Suizidforschung und Festlegung vorrangiger Forschungsbereiche mit folgenden Aufgaben: Initiierung und Durchführung von Untersuchungen speziell zu Suizidrisikofaktoren
- » Entwicklung von Methoden, um generelle, indirekte und direkte Suizidprävention zu implementieren
- » Erarbeitung von Evaluationsinstrumenten, um die Effekte von Schulung, Fortbildung und Information zu überprüfen
- » Aufbau von Netzwerken von Institutionen und Personen, die wissenschaftlich und praktisch in der Suizidprävention arbeiten
- » Informationstätigkeit in Bezug auf Diagnostik, Behandlung und Prävention für Betreuungspersonal, Öffentlichkeit und politische Entscheidungsträgerinnen und -träger

10. Gesetzliche Voraussetzungen

- » Legistische Maßnahmen können Suizidprävention in vielen Bereichen unterstützen (z. B.: bei schulischen Aktivitäten, Lohngerechtigkeit, Chancengleichheit, Personalentwicklung am Arbeitsplatz, Ruhensbestimmungen, Erreichbarkeit von Suizidmitteln etc.)

Umsetzung von SUPRA

Zahlreiche der angeführten Aktivitäten werden schon seit längerer Zeit sehr erfolgreich betrieben. Die meisten Initiativen sind klassische Bottom-up-Projekte, getragen von Pioniergeist, Idealismus und sozialem Verantwortungsgefühl, jedoch nicht immer koordiniert und ausreichend vernetzt. Bei der Umsetzung von SUPRA soll auf Vorhandenem aufgebaut und die Kräfte gebündelt werden. Ziel ist eine nationale Suizidpräventionsstrategie wie z. B. in Finnland, Dänemark, Schweden, Deutschland oder den USA, die eine nachhaltige und qualitativ hochwertige Suizidprävention sicherstellt. Bei der Umsetzung eines nationalen Planes sind viele verschiedene Bereiche einzubinden. Dies beginnt auf der Ebene einer breiten Zustimmung, Einbindung des Gesundheits- und Bildungsressorts, von Wissenschaft, Exekutive, Heer, Wirtschaft und Infrastruktur und setzt sich in einem Bekenntnis der Länder zur Suizidprävention fort.

Wesentliche, der im SUPRA angeführten Punkte, werden seit Erstellung der [Suizidstudie Vorarlberg](#) 1985 und durch die [jährlichen Suizidberichte](#) seit nunmehr 26 Jahren auf unser Bundesland bezogen beleuchtet:

So soll

- » mit der Veröffentlichung und Diskussion des jährlichen [Vorarlberger Suizidberichtes](#) sowohl die Öffentlichkeit sowie Schlüsselpersonen [sachlich über die Situation in unserem Land](#) informiert und auf jeweils aktuelle Entwicklungen und Anlaufstellen hingewiesen werden.
- » die Bedeutung, der für die Suizidverhütung niederschwelliger [Beratungs- und Krisendienste](#)
- » (IfS, Telefonseelsorge, K.I.T.) wie auch [gemeindenaher und stationärer Behandlungsstellen](#) für psychisch kranke und süchtige Menschen hervorgehoben werden.
- » der [seit langem bestehenden Forderung](#) einer zeitlichen Ausweitung angebotener ambulanter Krisendienste und nach kurzfristigen Terminen bei Fachärztinnen und -ärzten Nachdruck verliehen werden.
- » den sich [stets rascher verändernden Anforderungen](#) an die stationären wie gemeindenahen Diensten Rechnung getragen werden. So werden beide in den letzten Jahren häufiger von Menschen mit psychotraumatischen Störungen, Beziehungs- oder Orientierungskrisen, Alkoholexzessen und Toxikomanie beansprucht. All dies sind, wenn nicht rechtzeitig und fachgerecht behandelt, bekannte Risiken für suizidales Entgleisen.

- » den [Medien in unserem Land](#) für die auch im vergangenen Jahr eingehaltene Zurückhaltung im Berichten über Suizidhandlungen und den Verzicht auf reißerische Darstellungen gedankt werden. Dies verhindert nachweislich Nachfolge-Suizide, wie andererseits sachliche Berichterstattung mit gleichzeitigem Hinweis auf Anlaufstellen für Menschen in suizidalen Krisen maßgeblich zur Enttabuisierung beiträgt.
- » in den [Curricula der Ausbildungsstätten](#) für psychosoziale und Gesundheitsberufe die Thematik „Umgang mit Suizidgefahr“ etabliert und ständig auf neue Brennpunkte (Beispiel Internet-Suizidforen, die Ausweitung der „Sterbehilfe“-Propaganda auch auf psychisch Kranke u. ä.) ausgerichtet werden.
- » am 9. September der von der WHO ausgerufene [Welt-Suizidpräventionstag](#) auch bei uns Beachtung finden.

Hilfreiche Links

http://www.suizidforschung.at/statistik_suizide_oesterreich.pdf

Ursachen für den Rückgang der Suizidraten 2010 sieht Dr. Nestor Kapusta unter dem Einfluss vieler Faktoren. Unter anderem dürfte die verbesserte psychosoziale Versorgung, insbesondere die Diagnostik und Behandlung depressiver Erkrankungen, für den Rückgang der Suizidinzidenz verantwortlich sein. Personen mit Symptomen einer Depression oder anderen psychischen Erkrankungen finden ein zunehmend besseres Versorgungsnetz vor. Darüber hinaus wurden Richtlinien zur Medienberichterstattung über Suizid etabliert um Imitationssuizide zu reduzieren (s. u.).

<http://www.suizidpraevention.at/pdf/suizidpraeventionsplan.pdf>

Univ.-Prof. Dr. Gernot Sonneck, Dr. Thomas Niederkrotenthaler
Institut für Medizinische Psychologie,
Zentrum für Public Health, Medizinische Universität Wien;
Ludwig Boltzmann Institut für Sozialpsychiatrie

<http://www.suizidpraevention.at>

Österreichische Gesellschaft für Suizidprävention

<http://www.jugend.ktn.gv.at/de-1062-fileDownload.pdf>

Bundesministerium für Gesundheit Familie und Jugend
Broschüre zum Jugendsuizid

http://www.kriseninterventionszentrum.at/dokumente/pdf3_Leitfaden_Medien.pdf

Leitfaden zur Berichterstattung über Suizid
Herausgegeben vom Kriseninterventionszentrum Wien

<http://www.suizidprophylaxe.de/>

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention