



BUNDESMINISTERIUM
FÜR GESUNDHEIT

SUPRA

Suizidprävention Austria



Impressum

Eigentümer, Herausgeber und Verleger:

Bundesministerium für Gesundheit
Radetzkystraße 2, 1030 Wien

Für den Inhalt verantwortlich:

Priv.-Doz. Dr. Pamela Rendi-Wagner, MSc, Leiterin der Sektion III des BMG
MR Dr. Magdalena Arrouas, stv. Leiterin der Sektion III des BMG

Autoren und Experten:

Univ.-Prof. Dr. Christian Haring
Univ.-Prof. Dr. Gernot Sonneck
Mag. Gerhard Gollner, Dr. Nestor Kapusta,
Dr. Thomas Niederkrotenthaler, Dr. Claudius Stein,
Univ.-Prof. Dr. Carlos Watzka, Mag. Josef Wolf

Druck:

Druckerei des BMG, 1030 Wien

Internet:

<http://www.bmg.gv.at>

Alle Rechte vorbehalten, jede Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Irrtümer, Druck- und Satzfehler vorbehalten.

Wien, November 2011

Inhalt

Kapitel 1 Grundlagen der Suizidprävention	9
A. Internationale Grundlagen (UNO, WHO, EU)	9
B. Eine Metaanalyse nationaler Suizidpräventionspläne	11
1. Schweden	11
2. Estland	12
3. Finnland	13
4. Frankreich	13
5. Italien	14
6. Deutschland	14
7. Schottland	15
8. Australien	16
9. Österreich	16
10. Vergleich der verschiedenen Pläne	17
C. Soziologie und Epidemiologie des Suizids in Österreich	17
1. Zur Sozialepidemiologie des Suizids in der (post-)modernen Gesellschaft	17
2. Statistiken zur Suizidsterblichkeit	18
D. Kosten-Nutzen-Rechnung	23
1. Direkte medizinische Kosten	24
2. Direkte nichtmedizinische Kosten	24
3. Indirekte Kosten	24
4. Intangible Kosten	25
5. Kostenbeispiel Schweiz	25
Kapitel 2 Die zehn Arbeitsgebiete der Suizidprävention	27
1. Schaffung von erhöhtem Bewusstsein und Wissen	27
a. Suizidprävention durch proaktive Medienarbeit	27
b. Die Wiener U-Bahn-Suizide	28
c. Papageno-Effekt	29
d. Beteiligung	29
e. Wiederholte Symposien für Medienberichterstatte/innen	30

f. Zur Bedeutung zielgruppenorientierter suizidpräventiver Informationsarbeit	30
2. Unterstützung und Behandlung	32
a. Definition von Krisen	33
b. Definition von Krisenintervention	34
c. Ziele von Krisenintervention	34
d. Standards für Krisenintervention	35
e. Aktuelle Situation der ambulanten Krisenintervention	36
f. Umsetzung.....	37
3. Kinder und Jugendliche	38
a. Erziehung und Unterricht	38
b. Suizidprävention.....	39
c. Bestandsaufnahme zur Situation in Österreich	39
d. Gegeneinander oder miteinander?	41
e. Prävention im Kontext schulischer Gesundheitsförderung und Schulentwicklung.....	41
f. Katalysatoren einer strategischen Präventionspolitik.....	42
g. Überregionale Kooperation der regionalen Umsetzer	42
h. Bundesweit akkordierte Projekte und Programme	43
4. Zielgruppe: Erwachsene	43
5. Suizidprävention im Alter	44
a. Ursachen der Suizidalität älterer Menschen	45
b. Behandlung der Suizidalität bei älteren Menschen.....	46
6. Gruppen mit erhöhtem Risiko	47
a. Gesundheits- und medizinische Betreuung, Sozialarbeit	47
7. Schulung und Entwicklung	48
a. Ausbildungsmaßnahmen für Professionelle	48
b. Wer an diesen Programmen teilnehmen soll.....	49
c. Forschung und Entwicklung	49
8. Reduzierte Erreichbarkeit und Verfügbarkeit von Suizidmitteln	50
a. Verkehr	50
b. Gebäudesicherung („Hot Spots“)	50
b. Waffen	50
c. Medikamentensicherheit.....	51

9. Nationale Expertise	51
a. Datenbasen.....	51
b. Qualitätssicherung.....	51
10. Gesetzliche Voraussetzung	52
Kapitel 3 Entwicklung einer nationalen Suizidpräventionsstrategie	53
1. Grundsätzliche Überlegungen	53
2. Tabu Suizid	53
a. Tabu und soziales Milieu	54
3. Situation in Österreich und deren Berücksichtigung in SUPRA	55
a. Stand und Entwicklungsmöglichkeiten von Kriseninterventionszentren	55
4. Organisationen, die in der Suizidprävention explizit aktiv sind	59
a. Network for Suicide Prevention	59
b. Die Österreichische Gesellschaft für Suizidprävention (ÖGS):	60
c. Die AG Suizidprävention und Krisenintervention der ÖGPP	60
d. Psychiatriekoordinatorinnen/-koordinatoren	60
e. Kriseninterventionszentren KIZ	61
f. Bundesministerium für Gesundheit (BMG)	61
g. Gesundheitseinrichtungen	61
h. pro mente austria	61
i. Kriseninterventionsteams.....	62
j. ARGE Suchtprävention.....	62
k. Wiener Werkstätte	62
l. Universitäre Einrichtungen	62
5. Organisation der nationalen Suizidprävention Österreich	63
6. Ressortübergreifende Zusammenarbeit (Health in All Policies)	63
a. BM für Gesundheit:	63
b. BM für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz:	64
c. BM für Wissenschaft und Forschung:	64
d. BM für Landesverteidigung und Sport:	64
e. BM für Inneres:.....	64
f. BM für Unterricht, Kunst und Kultur	64
g. BM für Wirtschaft, Familie und Jugend	65

h. BM für Verkehr, Innovation und Technologie	65
7. Beispiele für nationale Zentren für Suizidprävention	65
8. Zeit, Geld und Wollen	66
9.Literatur	67

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren!



Dem eigenen Leben ein Ende zu setzen, aus welchen Motiven und aus welcher Situation heraus auch immer, bedeutet in den meisten Fällen neben den damit verbundenen persönlichen Schicksalsschlägen auch eine Niederlage bzw. ein Versagen der Gesellschaft. Dies umso mehr, wenn junge Menschen diesen Ausweg als einzige Möglichkeit betrachten.

Trotz eines eindrucksvollen Rückgangs der Suizidrate zählt die Selbsttötung zu einer der häufigsten Todesursachen der unter 40-Jährigen.

Als Gesundheitsminister sehe ich es als meine vordringliche Aufgabe an, maßgeblich an einer effektiven, strukturellen Suizidprävention mitzuwirken. Das in meinem Auftrag von einem Expertenteam entwickelte Suizidpräventionsprogramm bildet den Startschuss zur Umsetzung eines Maßnahmenbündels, das bei den unterschiedlichen Dimensionen der Prävention ansetzt.

Eine an der Gesundheit Österreich mit 1. Jänner 2012 eingerichtete Kontaktstelle Suizidprävention wird sich der Umsetzung einzelner Schritte konkret annehmen.

Auch wenn wir den Suizid nie völlig ausschalten können, sollte es einer hochentwickelten Gesellschaft und einem solidarisch organisierten Gesundheitssystem doch gelingen, diesen auf ein Minimum zurückzudrängen.

Mit dem vorliegenden Präventionsprogramm leisten wir einen wichtigen Beitrag, um dieses Ziel zu erreichen!

Ihr Gesundheitsminister



Alois Stöger

Vorwort

Ich möchte mich auf diesem Wege herzlich beim Gesundheitsministerium, im Speziellen bei Frau MR Dr. Magdalena Arrouas, für den Auftrag bedanken, einen Umsetzungsplan für den Suizidpräventionsplan Austria (SUPRA) zu formulieren. Professor Dr. Gernot Sonneck hat durch seinen Suizidpräventionsplan, den er im Jahr 2000 erstellt und publiziert hat, schon erhebliche Vorarbeit geleistet. Dies bedeutet, dass Prof. Sonneck die Ziele zum Teil bereits formuliert und in diesem Konzept noch einmal persönlich eingebracht hat, wofür ihm mein ganz besonderer persönlicher Dank gilt. Die Aufgabe dieses Konzeptes ist, zu beschreiben, wie die Umsetzung der Suizidprävention erfolgen soll.

Dass dieses Vorhaben wichtig ist, ergibt sich aus den epidemiologischen Zahlen, die zeigen, dass Suizid in Österreich eine der häufigsten Todesursachen bis zum 50. Lebensjahr ist. Dass das Problem des Suizides in Österreich immer schon bewusst war, ist an der langen Tradition der Suizidprävention ersichtlich. Immer hat es in Österreich charismatische Repräsentanten der Suizidprävention gegeben, die international höchste Aufmerksamkeit erreicht haben. Nur in Österreich selbst hat diese Tradition im Sinne der Gründung eines universitär verankerten Institutes für Suizidprävention nicht gefruchtet. Man könnte einwenden, dass nicht jedes Thema einer universitären Repräsentanz bedarf, ich möchte aber hier darauf hinweisen, dass in Österreich doppelt so viele Menschen durch Suizid versterben wie im Straßenverkehr. Jedes Jahr versterben 1.200 Menschen an einem Suizid, an einem Tod also, der meist durch nicht erkannte oder nicht behandelte psychische Erkrankungen verursacht wird.

In dieser Arbeit finden sich einige Hinweise, wie das WIE ausschauen könnte. Es soll als Anregung zu einem überfälligen Start eines jung gebliebenen Präventionsprogramms dienen. Dass viele österreichische Experten jederzeit ihre Expertise in den Dienst der Prävention stellen, kann man den hochkompetenten Beiträgen sämtlicher Koautoren entnehmen, bei denen ich mich hier besonders herzlich bedanken möchte. Alle Autoren dieses Programms haben ausführliche Publikationen aus ihren Spezialbereichen verfasst, die dann zu einer einheitlichen Arbeit zusammengefasst wurden. Sämtliche Beiträge sind explizit für dieses Programm erstellt worden, und alle Inhalte sind höchst aktuell. Den meisten epidemiologischen Angaben wurden die Zahlen des Jahres 2009 zugrunde gelegt, womit eine hohe Aktualität gegeben ist.

Dieses Programm dient ausschließlich als Leitlinie für das Bundesministerium für Gesundheit, um die Umsetzung eines politisch getragenen, nationalen Suizidpräventionsprogramms in Österreich einzuleiten.

Christian Haring, Hall in Tirol, Oktober 2011

Kapitel 1

Grundlagen der Suizidprävention

In diesem Kapitel werden die Grundlagen, auf denen die Suizidprävention aufbaut, dargelegt. Zuerst wird ein Überblick über die Grundsatzpapiere der WHO, der Vereinten Nationen und der Europäischen Union gegeben. Anschließend gibt es einen soziologischen und einen epidemiologischen Überblick über die Thematik Hilfestellung, in welche Richtung man suizidprophylaktisch arbeiten muss, um eine möglichst große Gruppe von Betroffenen zu erreichen. In diesem Kapitel wird auch ein Überblick über die bestehenden Versorgungsstrukturen gegeben.

A. Internationale Grundlagen (UNO, WHO, EU)

Fast jede **Publikation zum Thema Suizidprävention** erinnert daran, dass jährlich weltweit eine Million Menschen an Suizid sterben und dass der Suizid eine der häufigsten Todesursachen überhaupt ist (1).

Auf **dieses Faktum beziehen sich alle** politischen Übereinkünfte.

By the year 2000 there should be a sustained and continuing reduction in the prevalence of mental disorders and improvement in the quality of life of all people with such disorders and a reversal of the raising in suicide and attempted suicide. (2)

Tatsächlich erkannte bereits **1985 die WHO** die gesundheitspolitische Bedeutsamkeit des Suizides:

Es war der WHO besonders wichtig, dass weltweit die Bedeutung der Suizidprävention als fester Bestandteil einer guten Gesundheits- und Sozialpolitik wahrgenommen wird. Schon damals wurden den WHO-Mitgliedstaaten folgende Empfehlungen für eine gute nationale Suizidpräventionsstrategie schriftlich mitgeteilt:

1. Die Mitgliedstaaten sollten realisieren, dass der Suizid ein Problem von höchstem gesundheitspolitischem Interesse ist.
2. Es sollten nationale Suizidpräventionsprogramme entwickelt werden.
3. Es sollten nationale koordinierende Managementgruppen gegründet werden.

In weiterer Folge hatte die Mental-Health-Politik in Europa drei wesentliche Grundlagen, die die Entwicklung nationaler Programme positiv beeinflussen sollten. Diese Grundlagen sind „The Mental Health Declaration“ der WHO (2005) (3), das „European Commission Green Paper“ 2005 (4) und der „European Mental Health Pact“ (2008).

„The Mental Health Declaration“ der WHO wurde im Januar 2005 in Helsinki formuliert (5) und von 52 Gesundheitsministern der WHO-Euro-Region unterzeichnet.

Die Kernaussage dieser Deklaration ist:

There is no health without mental health. Mental Health is central to the human, social and economical capital of nations and should therefore be considered as an integral and essential part of other public policy areas as human rights, social care, education and employment. (WHO p 3)

Die Implementierung von Mental-Health-Programmen mit dem Ziel der Reduktion vermeidbarer Ursachen für psychiatrische Störungen, Komorbidität und Suizidalität wird in dieser Deklaration dringend empfohlen. Die Suizidprävention betreffen die Punkte V, VI, XI und XII.

V. Maßnahmen entwickeln und umsetzen, um die vermeidbaren Ursachen von psychischen Gesundheitsproblemen, Komorbidität und Suizid zu reduzieren,
VI. die Kapazitäten und die Kompetenz von Hausärzten und Primärversorgung ausbauen,
XI. angemessene und ausreichende finanzielle Mittel zur Verfügung stellen, damit diese Ziele erreicht werden können,
XII. Forschung veranlassen und die Auswertung und Weiterverbreitung der oben genannten Maßnahmen unterstützen.

Hier geht es um die Einbindung niedergelassener praktischer Ärzte, ohne die eine Suizidprävention nur schwer denkbar ist, das Zurverfügungstellen der notwendigen Mittel und die wissenschaftliche Begleitung der Aktivitäten.

Das „European Commission Green Paper“ (www.escap-net.org/.../document/green_paper.gif) „Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental Health for the European Union“ (2005) war die Reaktion der EU auf die „European Mental Health Declaration“ der WHO. Ziel war, die Kooperation unter den Europäischen Nationen zu fördern und dadurch politische Strategien im Sinne einer Verbesserung von Mental-Health-Aktivitäten zu unterstützen. Ausgang war das Faktum, dass jeder vierte Europäer unter einer psychischen Erkrankung leidet und dass im Jahr 2006 59.000 Menschen in den 27 EU-Mitgliedstaaten an Suizid verstorben sind (14.000 Frauen und 45.000 Männer), die Anzahl der Suizidversuche wurde als 10- bis 40-mal höher angenommen. Diese Fakten untermauern, wie notwendig es ist, politische Maßnahmen für ein evidenzbasiertes Programm zu Verbesserung der psychischen Gesundheit der europäischen Bevölkerung einzuleiten.

Den Höhepunkt der Anregungen von Seiten der Europäischen Union im Sinne einer europaweiten Verbesserung der psychischen Gesundheit bildete eine hochkarätige Konferenz mit dem Thema: „Together for Mental Health and Well-being“, das schriftliche Resultat war „The European Pact on Mental Health“ (5) (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf).

Dieser „Pact“ bekennt sich zur Notwendigkeit der Arbeit im Feld der psychischen Gesundheit und definiert fünf Arbeitsbereiche:

- Prävention von Depression und Suizid
- Psychische Gesundheit bei Jugendlichen
- Psychische Gesundheit im Arbeitsbereich
- Psychische Gesundheit älterer Menschen
- Kampf gegen Stigma und soziale Isolation

Grundsätzlich wiederholen sich die Inhalte, doch gerade dieses Faktum weist auf die Ernsthaftigkeit der Bemühungen der UNO, der WHO und der Europäischen Kommission hin, in den Mitgliedstaaten entsprechende, politisch gesteuerte, finanzierte und evaluierte Aktivitäten umzusetzen, und tatsächlich sind einige europäische Mitgliedstaaten diesen Vorschlägen der Kommission nachgekommen.

In **Österreich** steht mit dem vorliegenden, vom Beirat für psychische Gesundheit des Bundesministeriums für Gesundheit abgesegneten Konzept einer schrittweisen Umsetzung nichts mehr im Wege. Zudem hat sich die Regierung im Rahmen des Koalitionsabkommens klar dazu bekannt, in der Suizidprävention, besonders im Kindes- und Jugendalter, aktiv zu werden.

B. Eine Metaanalyse nationaler Suizidpräventionspläne

Die verschiedenen Nationen sind auf ganz unterschiedliche Art und Weise an ihre je eigene Suizidproblematik herangetreten. Präsentiert werden hier nur Programme, die ausreichend prominent publiziert wurden und in englischer Sprache zur Verfügung stehen. Die jeweiligen nationalen Programme werden nach einem einheitlichen Raster dargestellt. Zuerst werden, so vorhanden, die politischen Beschlüsse dargestellt, anschließend die jeweiligen Ziele beschrieben, in weiterer Folge, wie diese Ziele erreicht wurden. Am Ende steht immer die Entwicklung der jeweiligen Suizidraten.

1. Schweden

Schweden hat 1992 eine politische Entscheidung getroffen, um ein nationales Suizidpräventionskonzept umzusetzen. Im Gefolge des „Health for All“-Programms der WHO und inspiriert durch die norwegischen und die finnischen Suizidpräventionsaktivitäten, wurde 1993 das schwedische National Council for Suicide Prevention mit dem Ziel gegründet, ein schwedisches Suizidpräventionsprogramm zu erstellen (6). Den Vorsitz in diesem Council hatten der Generaldirektor des „National Board of Health and Welfare“ und der des „National Institute of Public Health“. Vertreten waren weiters der Erzbischof der Schwedischen Kirche, das Health Care Board der Schwedischen Armee, das nationale Police Board und verschiedenste Vertreter von Körperschaften öffentlichen Rechts. Damit wurde das nationale Programm auf eine breite politische Basis gestellt. Die Schwedische Psychiatrische Gesellschaft war durch ihre Präsidentin vertreten. Die schwedischen Journalisten waren ebenso repräsentiert wie das zu diesem Zeitpunkt schon etablierte „National Institute for Suicide Prevention“ (8).

In weiterer Folge wurden durch das Council folgende Ziele formuliert:

- Suizidversuche und Suizide reduzieren
- Umstände, die Kinder und Jugendliche dazu bringen, sich das Leben zu nehmen, soweit möglich eliminieren.
- Tendenziellen Anstieg der Suizidraten in bestimmten Gruppen) zu unterbrechen (Menschen im mittleren Alter, ältere Frauen, Drogenabhängige, Alkoholiker und Migranten)
- Generelles Wissen über suizidales Verhalten in der Allgemeinbevölkerung steigern

Folgende Ziele wurden verfolgt

- a. Steigerung der Awareness
Das Wissen der Allgemeinbevölkerung zum Thema selbstschädigende Handlungen sollte unterstützt werden.

- b. Unterstützung und Behandlung
Von den Angehörigen und Freunden bis zu den professionellen Helfersystemen auf verschiedensten Ebenen sollten die jeweils adäquaten Unterstützungsformen beherrscht und zum Einsatz gebracht werden können.
- c. Kinder und Jugendliche
Kinder und Jugendliche sollten lernen, mit Krisen umzugehen und ihre depressiven und suizidalen Tendenzen zu bewältigen.
- d. Arbeitsleben
Im Arbeitsleben sollte mehr auf Konflikte, Krisen und suizidale Probleme geachtet werden als bisher.
- e. Ausbildungsprogramme
Ausbildungsprogramme für unterschiedliche Zielgruppen sollten entwickelt werden.
- f. Reduktion der Zugangsmöglichkeiten
Ziele sind die schwedische Eisenbahn, Straßenverkehr, Pharmaindustrie
- g. Nationale Expertise
Im National Institute for Suicide Prevention im Karolinska Hospital wurden folgende Abteilungen etabliert: Information und Primärprävention, Trainingskurse und Sekundärprävention und Sozioepidemiologie. Der Ansatz ist multiprofessionell und psychodynamisch, soziologisch sowie biologisch ausgerichtet.
- h. Datenbank
Das Nationale Institut errichtet eine Datenbank, die auf nationaler und europäischer Basis Daten erhebt.
- i. Systeme der Regulation
Diese Aufgabe fällt dem Nationalen Institut zu.

Zusammenfassung des schwedischen Programmes:

Wenn man auch viele Punkte heute nicht mehr so formulieren würde, muss man dennoch feststellen, dass Schweden wichtige Inhalte bereits Anfang der 90er Jahre umgesetzt hat. Im Zentrum steht das Nationale Institut, dem die Inhalte generierende, regulierende und evaluierende Funktion zufällt.

Erfolg:

Es konnte die Suizidrate von 17,2 im Jahre 1990 auf 13,2 im Jahr 2006 gesenkt werden (7).

2. Estland

Estland hat sofort nach der Loslösung von der Sowjetunion das Problem der Suizidalität erkannt und mit Suizidpräventionsprogrammen gestartet. Auch hier stand wie in Schweden am Beginn (1993) die Gründung eines nationalen Suizidpräventionsinstitutes (Estonian Swedish Mental Health and Suizidology Institut – ERSI), welches damals und noch heute eng mit dem Karolinska-Institut kooperiert (1).

Ziele waren:

- a. Vermittlung von Wissen und Kompetenzen bezüglich Suizidalität auf verschiedensten Ebenen.
Es werden Professionelle geschult, aber auch die Öffentlichkeit im Umgang mit dem Thema Suizidalität in ihrer Kompetenz gesteigert.

- b. Mit Hilfe der Massenmedien wurden Entstigmatisierungsprogramme durchgeführt. Ein Schwerpunkt wird auf die Information von Politikern und Entscheidungsträgern gelegt.

Erfolg:

Es konnte die Suizidrate von 41 im Jahre 1995 auf 19 im Jahr 2005 gesenkt werden. Die Suizidrate vor den gravierenden politischen Veränderungen (im Jahre 1990) lag bei 27,3 (7).

3. Finnland

Finnland erkannte schon Mitte der 1980er Jahre das Problem des Suizides aus gesundheitspolitischer Sicht und fasste 1986 den politischen Beschluss, aktiv in die Suizidprävention einzusteigen. Es wurde zwar kein Institut gegründet, aber Jouko Lönnqvist als Leiter erhielt ausreichend Personal zur Verfügung gestellt, um gezielt präventiv tätig werden zu können. Diese Gruppe bestand aus einem Projektleiter, einer Sekretärin und einem Kernteam.

Ziele waren:

- a. Epidemiologische Grundlagen
Voraussetzung für die Suizidprävention in Finnland war das Schaffen einer guten Datenlage, auf die aufbauend das Projekt Psychologische Autopsie gestartet wurde.
- b. Awareness-Programme
Die Awareness-Programme wurden unter Einbeziehung der Massenmedien und über lokale Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt.
- c. Psychologische Autopsie
250 Feldforscher wurden speziell ausgebildet, um dieses Programm durchzuführen. Finnland wurde in 15 regionale Untereinheiten aufgeteilt. Alle Suizide eines Jahres (n = 1.397) wurden unter Einbeziehung der Angehörigen, der lokalen medizinischen Einrichtungen und aller durch den Suizid betroffenen Personen eingehend diskutiert. Anschließend verfassten alle 15 Regionen Vorschläge für eine zielführende Suizidprävention ihrer Region (1).
Durch die Einbeziehung der Angehörigen und Betroffenen im Umfeld und der professionell Beteiligten wurde eine erhebliche Breitenwirkung erzielt. In diesem Projekt wurde Fortbildung, Awareness und Entstigmatisierung gleichermaßen auf besondere Weise erreicht.

Erfolg:

Es konnte die Suizidrate von 30,3 im Jahre 1990 auf 18,8 im Jahre 2006 gesenkt werden (7).

4. Frankreich

Seit 1998 besteht ein Regierungsbeschluss und seit 2000 ein nationaler Suizidpräventionsplan.

Ziele waren:

- a. Ein „Train the Trainers“-Programm

- b. Eine Konsensus-Konferenz im Jahr 2000 mit dem Thema „Management suizidaler Menschen“
- c. Die Verbreitung des von der WHO zur Verfügung gestellten Materials

In Frankreich wurde viel Energie in Awareness-Programme investiert (pers. Kommunikation Jean Pierre Kahn). Öffentlichkeitsarbeit im Sinne der Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen und suizidaler Handlungen wurden in ganz Frankreich flächendeckend umgesetzt. Die Gratwanderung bei der Medienarbeit zwischen Werther-Effekt, auch bei nur sachlicher Berichterstattung, und sinnvoller Information und Enttabuisierung des Suizidthemas durch Medien scheint in Frankreich gelungen zu sein (1).

Erfolg:

Es konnte die Suizidrate von 20 im Jahre 1990 auf 17 im Jahre 2006 gesenkt werden (7).

5. Italien

Italien hat weder ein nationales Programm noch einen Regierungsbeschluss, der Suizidprävention auf nationaler Basis vorsieht. Der Grund liegt nach persönlicher Kommunikation mit Roger Pycha (Provinz Bozen) und Roberto Merli (Provinz Piemont) im Rahmen der Herbsttagung „Suizidprävention“ 2010 in Hall in Tirol an der niedrigen Suizidrate in Italien. Trotzdem sind einige psychiatrische Zentren bemüht, zumindest auf lokaler Ebene Suizidpräventionsprogramme durchzuführen.

Ziele sind:

- a. Steigerung der Professionalität: CME-Kurse an der Privatuniversität in Molise
- b. Lokale Programme wie EAAD (European Alliance against Depression) in Trient und Bozen
- c. Suizidprävention bei Jugendlichen (www.amicocharlie.it) und „Saving and Empowering Young Lifes in Europe“ – SEYLE(www.seyle.com) in Molise (1).

Erfolg:

Es konnte die Suizidrate von 7,6 im Jahre 1990 auf 6,3 im Jahre 2006 gesenkt werden (7).

6. Deutschland

Seit 2002 besteht in Deutschland das Nationale Suizidpräventionsprogramm (NaSpro) www.suizidpraevention-deutschland.de.

Das NaSpro definiert nicht nur die Ziele der Suizidprävention, sondern hat auch eine Vorgehensweise definiert. Durchgeführt wird NaSpro in Zusammenarbeit mit dem European Network on Suicide Research and Prevention und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unter Beteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Die verschiedenen Ziele werden durch Arbeitsgruppen abgedeckt, die sich einmal pro Jahr in einer Botschaft eines deutschen Bundeslandes in Berlin treffen, um die Fortschritte des vorangegangenen Jahres auszutauschen.

Die Arbeitsgruppen (Ziele) sind:

- a. Primärprävention

- b. Arbeitsplatz
- c. Medien und Öffentlichkeitsarbeit
- d. „Awareness“ psychiatrische Erkrankungen (Nürnberger Bündnis gegen Depression)
- e. Kinder und Jugendliche
- f. Alte Menschen
- g. Angehörige
- h. Spezifische Risikogruppen
- i. Spezifische psychische Erkrankungen
- j. Suchterkrankungen
- k. Akutversorgung
- l. Niederschwellige Angebote
- m. Vernetzung
- n. Aus-, Fort- und Weiterbildung
- o. Strafvollzug
- p. Migranten
- q. Streitkräfte
- r. Bauwerke Umwelt
- s. Bahn

Jede dieser Arbeitsgruppen hat mehrere Vorsitzende, die sich um die Weiterentwicklung der jeweiligen Themen bemühen. Jeder Interessierte ist zur Mitarbeit eingeladen. Woran es fehlt, ist, dass die einzelnen Programme nicht finanziert sind. Laut Armin Schmidtke (Referat Suizid, Tagung 2010 in Hall) fehlt eine Kosten-Nutzen-Rechnung, die auch die finanziellen Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch die öffentliche Hand schaffen könnte. Auch in Deutschland besteht das Problem der verschiedensten Finanzierungsstellen, die sich gegenseitig die Kosten zuschieben.

Erfolg:

Es konnte die Suizidrate von 17,8 im Jahre 1990 auf 11,9 im Jahre 2006 gesenkt werden (7).

7. Schottland

Es gibt in Schottland seit 2002 einen nationalen Suizidpräventionsplan mit dem Projekttitel „Choose Life“. Zur Umsetzung wurde das „Suicide Information and Research Evidence Network“ (SIREN) gegründet, zur Durchführung das „National Implementation Team“ (NIST).

Die Ziele waren:

- a. Sammlung und Verbreitung epidemiologischer Daten
- b. Spezielle Zielgruppen wurden definiert: Jugendliche, Menschen mit psychischen Problemen, Abhängige, Menschen nach Suizidversuch.
- c. Schottlandweit wurden Trainingsprogramme durchgeführt.

Hervorzuheben ist, dass in Schottland die Ressourcen, die für eine Umsetzung eines nationalen Suizidpräventionsplanes notwendig sind, zur Verfügung gestellt wurden. Den Aktivitäten wurde vorweg auch ein Kosten-Nutzen-Modell zugrundegelegt. Es zeigte sich, dass medizinische Entscheidungen durch mathematische Modelle, die den gesamtgesellschaftlichen Nutzen darstellen können, von politischer Seite leichter unterstützt werden (1).

Erfolg:

Die Suizidraten von Schottland sind nicht explizit ausgewiesen (7).

8. Australien

Australien hat einen nationalen Suizidpräventionsplan mit dem Projekttitel „Living for Everyone“ (LIFE), der bereits 1995 von der australischen Regierung beschlossen wurde.

Ziele waren:

- a. Suizide verhindern, Resilienz fördern. Unter diesem Titel wird nachhaltig versucht, Risikofaktoren für psychische Erkrankungen und Suizid zu reduzieren.
- b. In sieben Jahren wurden 22 nationale und 165 regionale Suizidpräventionsprogramme gefördert (1).

Erfolg:

Es konnte die Suizidrate von 12,9 im Jahre 1990 auf 10,5 im Jahre 2006 gesenkt werden (7).

9. Österreich

Österreich hat seit dem Jahre 2000 ein Programm und seit den letzten Koalitionsverhandlungen (64) ein klares politisches Bekenntnis zur nationalen Suizidprävention. Am 8. Juli 2011 ist ein Entschließungsantrag, den nationalen Suizidpräventionsplan vom Parlament anzunehmen, einstimmig im Nationalrat angenommen worden. Nun bedarf es eines bundesweit koordinierten Vorgehens. Es gibt viele lokale (Salzburg, Steiermark, Wien, Oberösterreich, Vorarlberg) und zwei auf nationaler Ebene durchgeführte Projekte, nämlich ein österreichweit koordinierter und standardisierter medialer Umgang mit der Berichterstattung von Suiziden und eine Einflussnahme auf die Waffengesetzgebung im Sinne einer Suizidprävention.

Es gibt noch keine politische Beauftragung einer Person oder einer Institution, die sich gezielt mit dem Thema auseinandersetzt. Die Akteure sind in vielerlei Verpflichtungen eingebunden und nur zeitlich begrenzt in der Lage, sich der weiteren Entwicklung der Suizidprävention zu widmen. Zentren, die lokale Projekte und Programme umsetzen, sind die Wiener Werkstätte, die Kriseninterventionseinrichtungen in Wien, Salzburg (Paracelsus Universität) und Linz, die Research Division für Mental Health der Universität für Medizinische Informationstechnologie (UMIT) in Hall und das Institut für Suizidprävention in der Steiermark.

Bisherige Ziele:

- a. Medienrichtlinien
- b. Krisenintervention
- c. Lokale Programme
- d. Ein politisch beschlossenes und koordiniertes nationales Programm

Erfolg:

Es konnte die Suizidrate von 23,6 im Jahre 1990 auf 15,4 im Jahre 2007 gesenkt werden (7).

10. Vergleich der verschiedenen Pläne

Was bei dieser Zusammenfassung auffällt, ist, dass zwei strukturelle Voraussetzungen die Umsetzung nationaler Pläne enorm beschleunigen. Diese sind ein politisches Bekenntnis zu einer nationalen Suizidprävention und das Bereitstellen der entsprechenden finanziellen Mittel. Strukturell ein wichtiger Faktor ist die Schaffung eines Institutes, welches für die Umsetzung eines Konzepts verantwortlich ist.

Auf Verantwortungsebene muss eine kompetente Person betraut und mit den Mitteln und der entsprechenden Kompetenz ausgestattet werden. Lokale Projekte müssen weiterhin durchgeführt und die jeweiligen Erfahrungen ausgetauscht werden. Ein Vorteil ist, dass ein nationales Programm schriftlich vorliegt und nur mehr österreichweit umgesetzt werden müsste.

C. Soziologie und Epidemiologie des Suizids in Österreich

1. Zur Sozialepidemiologie des Suizids in der (post-)modernen Gesellschaft

Nicht ohne Grund stehen die beiden fundamentalen demografischen Parameter Geschlecht und Alter im Zentrum epidemiologischer Studien, zeigen sich hier doch markante Differenzen zwischen eindeutig voneinander abgrenzbaren, die Gesamtbevölkerung übersichtlich strukturierenden Personenkategorien.

Für den Bereich der letalen Suizidalität erweisen sich hierbei als die wichtigsten Beobachtungen: Seit Jahrzehnten liegt die Suizidhäufigkeit von Männern in Österreich mindestens beim Doppelten gegenüber Frauen, seit ca. 20 Jahren sogar beim Dreifachen (8). Hinsichtlich des Alters wiederum weisen generell Menschen im Seniorenalter, insbesondere aber Männer im Alter über 70, drastisch erhöhte Suizidrisiken auf (9). Zu beachten ist in diesem Zusammenhang aber, dass die Mehrzahl der Todesfälle durch Suizid dennoch im mittleren Erwachsenenalter geschieht und hinsichtlich des Anteils der Selbsttötungen an der Gesamtheit der altersspezifischen Todesfälle Jugendliche und junge Erwachsene am stärksten betroffen sind.

Die Risiken einer Person, an Suizid zu versterben, hängen natürlich noch von zahlreichen anderen biopsychosozialen Faktoren ab; dass hierzu insbesondere psychische und somatische Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen einschließlich Abhängigkeits-Erkrankungen zählen, ist seit langem bekannt (10). Oftmals nicht beachtet wird aber, dass das Auftreten von (primär) psychischen wie von (primär) somatischen Erkrankungen seinerseits sehr deutlich mit sozialen Faktoren im engeren Sinn assoziiert ist.

Differenzen hinsichtlich von Erkrankungshäufigkeiten und -verläufen zeigen sich insbesondere hinsichtlich des sozialen Status bzw. der grundlegenden, zu dessen Bestimmung i. A. herangezogenen Aspekte Beruf, Bildung und Einkommen (11).

In einer rezenten österreichischen Studie konnte Carlos Watzka einen deutlichen, jedoch nicht linearen, sondern J-förmigen Zusammenhang von Suizidhäufigkeit und sozialem Status

nachweisen (Abbildung 1) (12). Wie aus der Grafik zu entnehmen ist, haben Personen mit hoher Bildung und/oder in besonders anspruchsvollen und gut bezahlten Berufspositionen – Unternehmer, Manager, Wissenschaftler, Ärzte u. ä. – ein deutlich höheres Risiko, durch Selbsttötung zu versterben, als Personen mit mittleren Bildungsabschlüssen und Berufsqualifikationen, insbesondere im Dienstleistungsbereich; die Suizidrisiken von Personen mit geringem Bildungsniveau bzw. in wenig qualifizierten und meist schlecht bezahlten Berufen sind aber höher als die aller anderen Gruppen.

Eine Sonderstellung mit exzessiv hoher Suizidalität nehmen schließlich die in Land- und Forstwirtschaft Berufstätigen ein, ungeachtet ihrer in materieller Hinsicht (Grundbesitz) zum Teil überdurchschnittlich guten Situierung.

2. Statistiken zur Suizidsterblichkeit

Statistiken zur Suizidsterblichkeit basieren auf den Zahlen der Todesursachenstatistik, welche von der Statistik Austria geführt wird. Jede/r Verstorbene wird in Österreich anhand entsprechender Richtlinien zur Registrierung von Todesursachen nach einem einheitlichen Schema in eine der unterschiedlichen Todesursachenkategorien klassifiziert. Diese entsprechen der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelten Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, gegenwärtig in der 10. Revision (ICD-10).

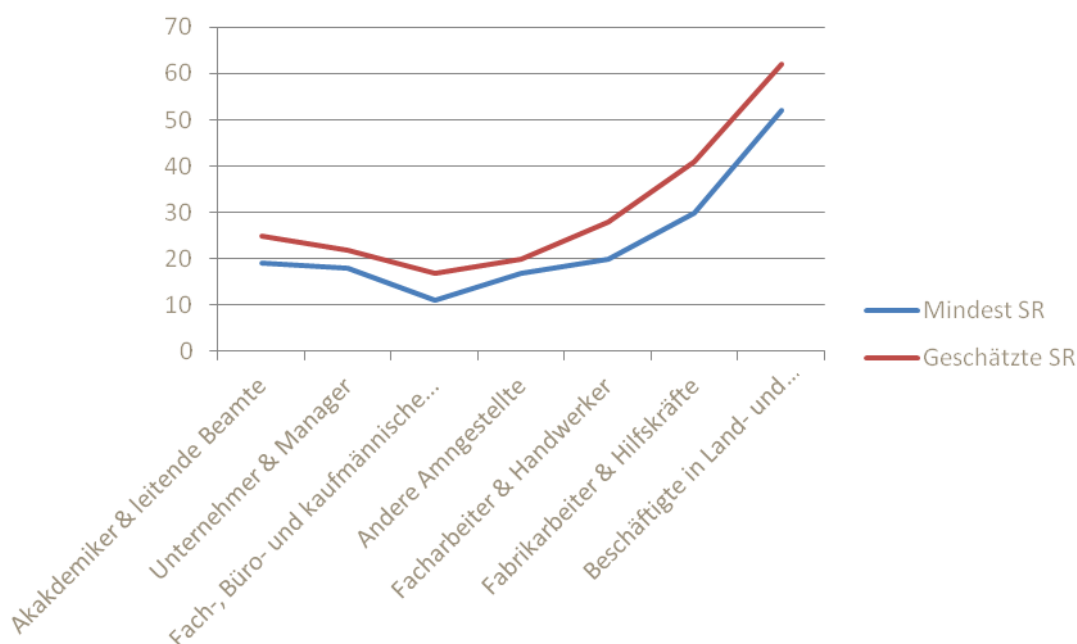


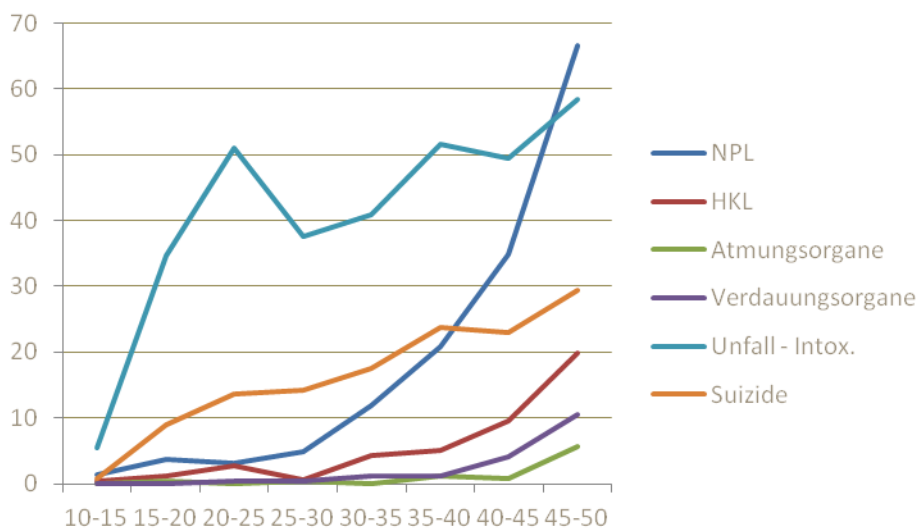
Abbildung 1: Schichtspezifische Suizidraten – Männer (C. Watzka)

Seit 1970 werden Todesursachen in elektronischer Form geführt (damals noch nach ICD-8, später ICD-9). Dies ermöglicht eine statistische Verarbeitung und ein Verlaufsmonitoring von Suiziden sowie eine entsprechende Präventionsplanung. Suizide werden in der Todesursachenstatistik nach Alter, Geschlecht, Sterbejahr, Suizidmethode, religiösem Bekenntnis, politischem Bezirk, Staatszugehörigkeit sowie Todeszeitpunkt verzeichnet.

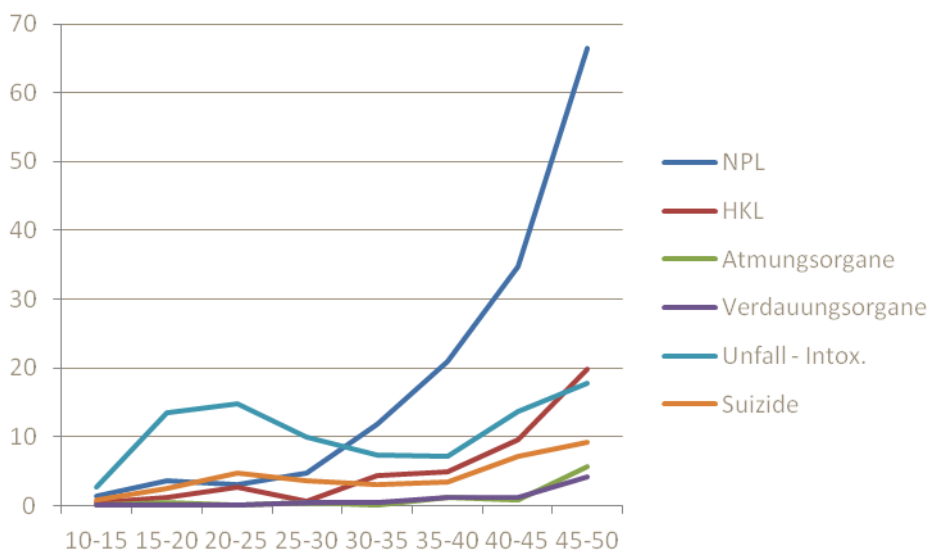
Allgemeine Zahlen über die Anzahl der Suizide pro Jahr wurden in Österreich bereits ab etwa 1829 registriert (13), detaillierte Daten sind jedoch erst ab 1970 verfügbar und wurden für die folgenden Berechnungen und Darstellungen herangezogen.

a. Häufigkeit der Todesursache Suizid im Vergleich zu anderen Todesursachen

Der Suizid ist sowohl bei Männern (Abbildung 2) als auch bei Frauen (Abbildung 3) bis zum 50. Lebensjahr eine der häufigsten Todesursachen. Über alle Altersgruppen ist nur die Kategorie Unfall und Intoxikation häufiger. Es wäre naheliegend, dass dieser Rangordnung auch die medizinischen und präventiven Interventionsmöglichkeiten entsprechen müssten.



NPL ...Neoplasien (Tumore); HKL ... Herz-Kreislauf-Erkrankungen
 Abbildung 2: Suizid im Vergleich zu anderen Todesursachen bis zum 50. Lebensjahr bei Männern (C. Haring)



NPL ...Neoplasien (Tumore); HKL ... Herz-Kreislauf-Erkrankungen
 Abbildung 3: Suizid im Vergleich zu anderen Todesursachen bis zum 50. Lebensjahr bei Frauen (C. Haring)

b. Epidemiologische Entwicklung

Seit dem Ende des Zweiten Weltkriegs stieg die Anzahl der Suizide pro Jahr stetig an, mit einem Höchstwert von 2.139 Suiziden im Jahr 1986. Danach kam es zu einem kontinuierlichen Rückgang der Suizide. Im Jahr 2010 wurde ein Tiefstand von 1.261 Suiziden verzeichnet.

Dies entspricht einem Rückgang der Suizidrate von 28,3 auf 15,1 pro 100.000 Einwohner, ein Rückgang von 46 Prozent. Absolut gesehen sind Suizide dennoch nahezu doppelt so häufig wie tödliche Verkehrsunfälle (14).

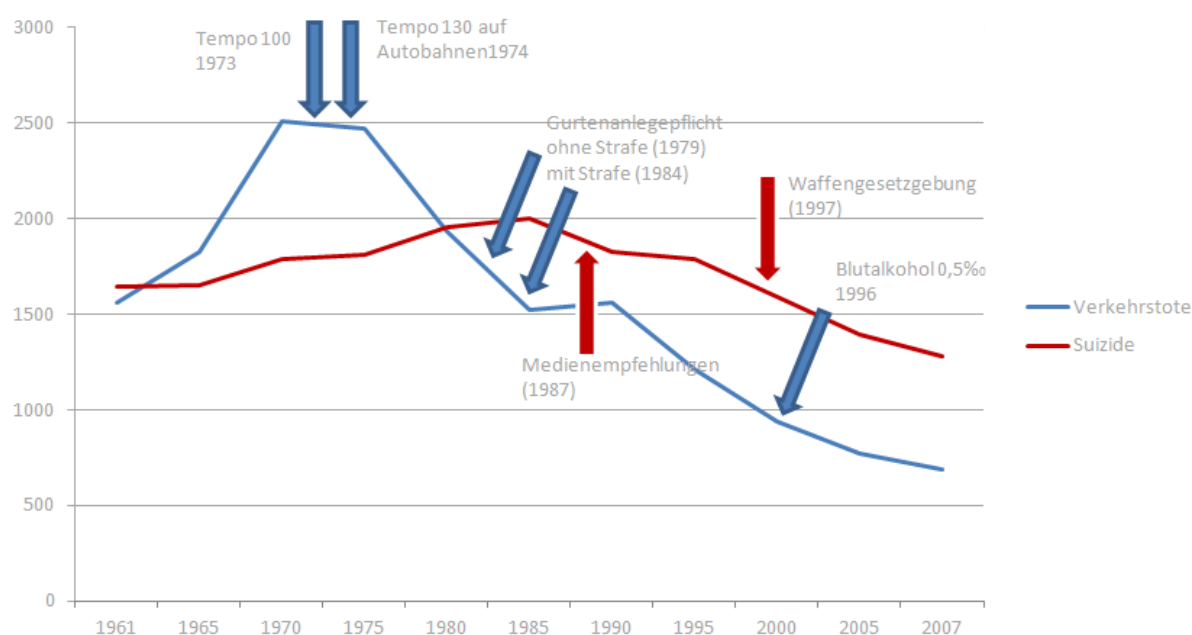


Abbildung 4: Entwicklung der absoluten Häufigkeit von Suiziden und Verkehrstoten pro Jahr

c. Geschlechterunterschiede

Suizidraten von Männern sind in den meisten westlichen Ländern um ein Vielfaches höher als jene der Frauen. In Europa wird dieses Verhältnis (M:F) mit 3:1 angegeben (15).

Dieses Verhältnis hat sich im Laufe der Zeit auch in Österreich eingestellt. Während im Jahr 1970 das Verhältnis M:F noch 2,3:1 betrug, stieg es bis zum Jahr 2005 auf 3,2:1. Dies stellt also einen Anstieg des relativen Risikos der Männer im Vergleich zu Frauen dar.

Dieser Anstieg des M:F-Verhältnisses der Suizidraten ist im Zeitverlauf sowohl in ländlich entlegenen Regionen wie auch in der Hauptstadt Wien beobachtbar. Allerdings ist das Missverhältnis der Suizidraten M:F in der Hauptstadt weniger ausgeprägt als am Land – ein Faktum, welches seit 30 Jahren beobachtbar ist (16).

d. Suizid und Alter

Entgegen häufiger Meinungen steigt das Suizidrisiko mit zunehmendem Alter an. Es ist hingegen gut belegt, dass Suizidversuche häufiger bei Jugendlichen stattfinden.

In Abbildung 3 ist die hohe Suizidrate der ältesten Altersgruppen der Männer besonders augenfällig. Im Vergleich zu europäischen Mitgliedstaaten rangieren die Suizidraten der alten Männer Österreichs auch unter den höchsten (17).

Die zeitliche Entwicklung der Suizidraten nach Altersgruppen zeigt, dass der in Österreich beobachtbare Rückgang der Gesamtsuizidrate sich aus dem Rückgang in allen Altersgruppen zusammensetzt, mit Ausnahme der alten Männer über 85 Jahre. Das Alter stellt somit neben dem Geschlecht einen wesentlichen Risikofaktor für Suizid dar.

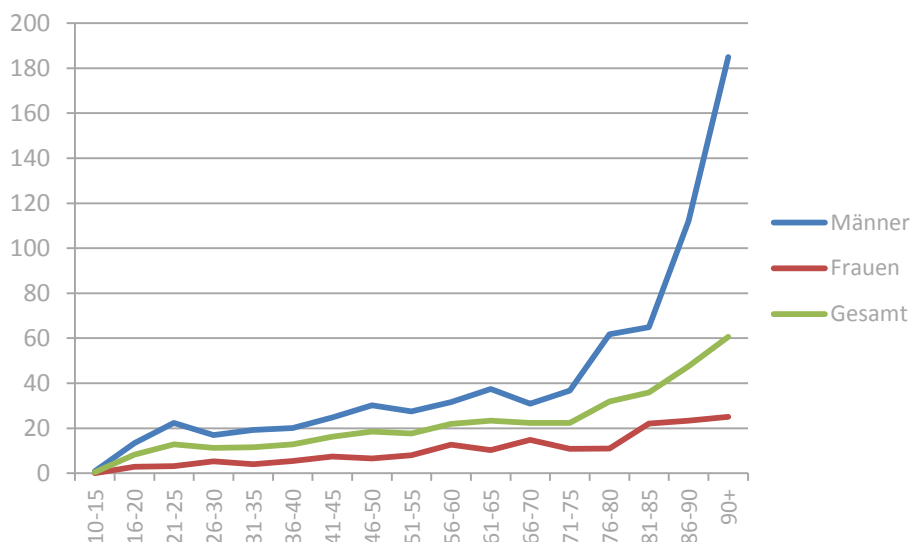


Abbildung 5: Altersverteilung der Suizidraten in Österreich 2008 nach Geschlecht (N. Kapusta)

e. Suizid bei Kindern und Jugendlichen

Suizide bei Kindern und Jugendlichen sind im Vergleich zu allen Suiziden in Österreich relativ selten. In der Altersgruppe bis 14 Jahre werden im Durchschnitt acht Suizide pro Jahr verübt, in der Altersgruppe 15–19 bereits 61 pro Jahr.

Auch wenn es entgegen diversen Wahrnehmungen keinen Anstieg von Kinder- und Jugendsuiziden in Österreich gab, ist es verständlich, dass Suizide junger Menschen eine vermehrte Aufmerksamkeit erhalten, so etwa im OECD-Bericht (2009) (18).

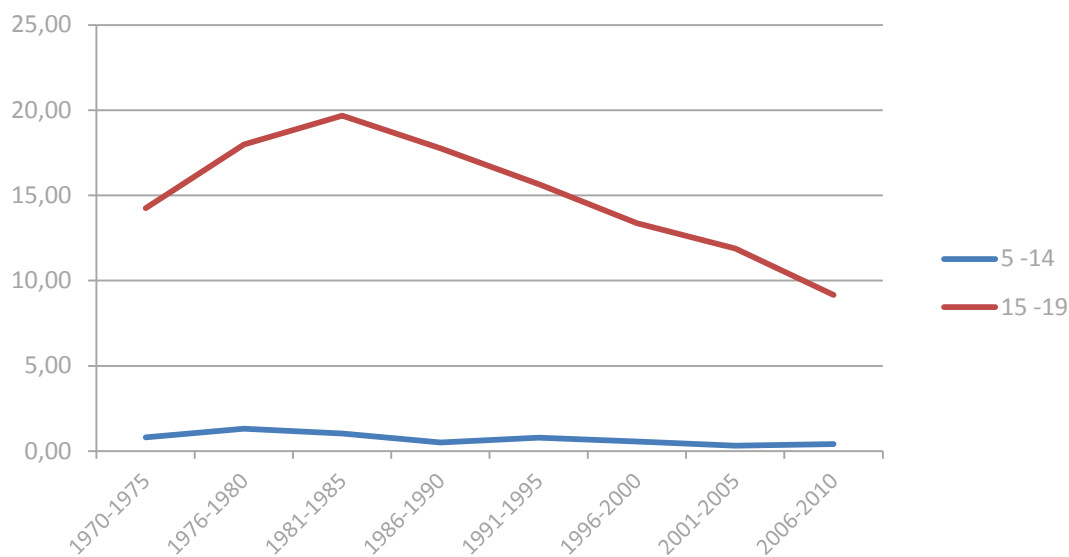


Abbildung 6: Verlauf von Kinder- und Jugendsuizidraten in Österreich im 5-Jahres-Schnitt (N. Kapusta)

f. Suizidmethoden

An erster Stelle steht bei Männern wie bei Frauen das Erhängen.

Etwa 35 Prozent aller Frauensuizide und 50 Prozent aller Männersuizide werden durch Erhängen begangen.

Die Intoxikation geht sowohl bei Männern als auch bei Frauen in den letzten zwei Dekaden deutlich zurück. Die zweithäufigste Methode bei Frauen stellt jedoch trotz Rückgang nach wie vor die Intoxikation dar.

An zweiter Stelle bei Männern rangiert mittlerweile das Erschießen, welches während der Periode 1970–1996 von 16 Prozent auf nahezu 25 Prozent anstieg und seit der Novellierung des Waffengesetzes 1997 wieder rückläufig ist.

Bei der Risikogruppe der alten Menschen zeigt sich im Verlauf zwischen 1970 und 2004, dass die Methode Erhängen bei Männern über 65 Jahre von 63 Prozent (1970–1974) auf 54 Prozent (2000–2004) zurückging. Die Methode Erschießen stieg während der gleichen Periode von 11 Prozent auf nahezu 27 Prozent an. Bei alten Frauen hingegen kam es während dieses Zeitraums zu keiner relevanten Veränderung der Häufigkeit von Suiziden durch Erhängen, jedoch zu einer bemerkenswerten Reduktion von Intoxikationen von 31 Prozent (1970–1974) auf 14 Prozent (2000–2004) (bei Männern: von 11 % auf 3 %).

Der Sturz in die Tiefe ist bei Männern etwa konstant geblieben, während ein Anstieg dieser Methode bei alten Frauen von 13 Prozent (1970–1974) auf 20 Prozent (2000–2004) zu beobachten ist. Damit wurde das Vergiften, das über viele Jahre die zweithäufigste Methode der alten Frauen war, an die dritte Stelle verdrängt (19).

g. Epidemiologische Einflussfaktoren

Epidemiologische Untersuchungen ermöglichen die Suche nach sozialen und ökonomischen Faktoren, die Einfluss auf Suizidraten in der Bevölkerung haben können.

Eine Annäherung an diese Frage ist in Zeitverlaufsstudien und Querschnittuntersuchungen möglich, d. h., es können Faktoren identifiziert werden, die in Zusammenhang mit zeitlichen

Veränderungen der Suizidrate stehen bzw. geographische Unterschiede in den Suizidraten erklären.

h. Psychosoziale Faktoren

Für Österreich gibt es hierzu unterschiedliche Untersuchungen. Einerseits wurde der mögliche Einfluss der medialen Berichterstattung auf Suizide diskutiert (20). Andererseits ist es gut belegt, dass der Gesamtrückgang der Suizidrate seit 1987 mit der Entwicklung der psychosozialen Versorgung einhergeht. In bereits etwa 20 Ländern konnte gezeigt werden, dass steigende Verschreibungshäufigkeit von Antidepressiva mit einem Rückgang der Suizidraten assoziiert ist.

In Erweiterung dieses einfachen Erklärungsansatzes konnte für Österreich gezeigt werden, dass der Rückgang der Suizidraten nicht nur mit der Verschreibungshäufigkeit von Antidepressiva, sondern auch mit der steigenden Dichte von Psychotherapeutinnen/ Psychotherapeuten (21) in Zusammenhang steht, während Arbeitslosigkeitsraten und Pro-Kopf-Alkoholkonsum einen geringeren Einfluss im Längsschnitt zu haben scheinen (22).

Eine weitere Studie erweiterte diese Frage und zeigte, dass es in den letzten Jahren auch in anderen wesentlichen Bereichen der psychosozialen Versorgung deutliche Entwicklungen gegeben hat, wie etwa in der Psychologendichte, der Allgemeinärztedichte sowie in der deutlichen Zunahme der stationären Entlassungsdiagnosen aus dem Formenkreis der depressiven Erkrankungen. Diese Belege liefern plausible Erklärungen für den Einfluss der psychosozialen Entwicklung auf den Rückgang der Suizidraten in Österreich.

i. Regionale Unterschiede der österreichischen Suizidraten

Die Suizidraten sind in Österreich ungleich verteilt. Traditionellerweise finden sich hohe Suizidraten in der Steiermark, in Salzburg und Kärnten, niedrige hingegen in Wien, im Burgenland und in Vorarlberg. Es zeigte sich, dass vor allem in urbanen Gebieten mit einem höheren Pro-Kopf-Einkommen niedrigere Suizidraten zu finden sind.

Der Einfluss der Verfügbarkeit psychosozialer Einrichtungen schien von der sozioökonomischen Situation der Region abhängig zu sein (23). Dies wiederum wirft Fragen nach der Leistbarkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen auf, haben doch nur etwa 20 Prozent aller psychiatrischen Ordinationen Kassenverträge, und die Anzahl der durch die Sozialversicherung refundierten Psychotherapieleistungen liegt deutlich unter dem tatsächlichen Bedarf (7, 24, 25, 26, 27).

D. Kosten-Nutzen-Rechnung

Politiker und GesundheitsökonomInnen benötigen als Grundlage für ihre medizinpolitischen Entscheidungen (Medical Decision Making) nachvollziehbares Datenmaterial. In Zeiten begrenzter Geldmittel muss mathematisch nachvollziehbar sein, welcher Nutzen welchen Kosten medizinischer bzw. präventiver Maßnahmen gegenübersteht. Natürlich wissen wir, welches menschliche Leid durch das Verhindern nur einer suizidalen Handlung verhindert

werden kann, diese emotionalen Argumente reichen aber in der Regel nicht aus, um die entsprechenden Finanzmittel für Therapie und Prävention flüssig zu machen.

Die entstehenden Kosten werden durch Gesundheitsökonom*innen in

- direkte medizinische Kosten,
 - direkte nichtmedizinische Kosten,
 - indirekte Kosten,
 - intangible Kosten
- eingeteilt.

1. Direkte medizinische Kosten

Das sind all jene Ausgaben, die im Rahmen der konkreten Erbringung medizinischer Leistungen oder Maßnahmen von Versorgungseinrichtungen entstehen.

Es geht hier nicht um jene Kosten, die den Kostenträgern über Gebühren und Tarife erstattet werden, sondern um die tatsächlich über die erbrachte Leistung entstandenen Kosten. Dazu gehören Personalkosten, Verwaltungskosten, Sachkosten, Gebäudekosten usw. (28).

2. Direkte nichtmedizinische Kosten

Hier werden jene Kosten angeführt, die nicht über Versicherungen gedeckt sind, sondern im privaten Bereich durch Selbstbehalte, Medikamente, die nicht verschreibungspflichtig sind, nicht gedeckte Fahrtkosten etc. entstehen (28).

Im Falle eines Suizides zählt man dazu alle Kosten, die unmittelbar durch die suizidale Handlung entstehen, das sind Kosten durch Notfalldienste, Bergung des Verletzten oder der Leiche sowie Kosten für die Beerdigung.

3. Indirekte Kosten

Dass sind all jene Kosten, die durch eine Erkrankung entstehen, die aber nicht im Zusammenhang mit der Behandlung entstehen.

Dazu zählen:

Der Produktivitätsverlust durch einen längeren Krankenstand im Rahmen eines Suizidversuches oder der Produktivitätsausfall im Rahmen eines vollzogenen Suizides.

Durch den Suizidversuch oder den vollzogenen Suizid verursachte Sekundärausgaben wie Sozialhilfe, Rehabilitationskosten, Kosten für Pflegeheime, Waisen- und Witwenpensionen, Kosten der Polizei und des Justizapparates.

Besonders wichtig ist hier der Kostenfaktor des Wegfallens der Produktivität. Da der Suizid eine der häufigsten Todesursachen der Menschen bis zum 55. Lebensjahr ist, betrifft dieses Phänomen viele noch im Arbeitsprozess befindliche Personen.

4. Intangible Kosten

Das sind jene Kosten, die durch den subjektiven Leidensdruck und den Verlust von Lebensqualität entstehen. Von einer suizidalen Handlung sind viele Personen betroffen, die einen starken Einfluss auf das persönliche Umfeld ausüben.

Die Bedeutung dieser intangiblen Kosten ist durch die Lebensqualitätsforschung in den Mittelpunkt getreten. Eine hohe Lebensqualität bedingt ein hohes psychosoziales Wohlbefinden, das die Leistungsfähigkeit der Betroffenen deutlich erhöht und umgekehrt.

5. Kostenbeispiel Schweiz

Da die Schweiz in vielen Belangen mit Österreich vergleichbar ist, was Kostenberechnungen betrifft, werden diese Kosten zur Orientierung präsentiert.

In der Schweiz wurden die Kosten, die **Suizide** verursachen, wie folgt berechnet:

Kosten für die Exekutive/Jahr	5.200.200 CHF
Suizide durch Züge	1.980.000 CHF
Suizide durch Selbstunfall	19.670.000 CHF
Suizide durch Schusswaffen	240.000 CHF
Renten und Lebensversicherungen	36.700.000 CHF
Psychologische Nachbetreuung (Angehörige)	900.000 CHF
Begleitete Suizide (Exit und Dignitas)	525.000 CHF
Summe	65.215.000 CHF
Kosten pro Suizid	50.165 CHF

In der Schweiz wurden die Kosten, die **Suizidversuche** verursachen, wie folgt berechnet:

Ambulante Behandlung	10.000.000 CHF
KH Aufenthalte	21.000.000 CHF
Intensivmedizin	280.000.000 CHF
Invalidität, Pflegegeld	2.000.000.000 CHF
Dunkelziffer Verkehrsunfälle	28.000.000 CHF
Therapie	30.000.000 CHF
Summe	2.369.000.000 CHF
Kosten pro Suizidversuch	353.716 CHF

Diese Zahlen stammen aus dem Jahr 2002 und beziehen sich auf die Kosten, die durch ca. 1.300 Suizide und ca. 67.000 Suizidversuche entstehen (29).

<http://www.swisseduc.ch/allgemeinbildung/tod/docs/suizid.pdf>

McDaid beschreibt in „Economic perspective on suicide across the five continents“ deutlich höhere Zahlen und berechnet z. B. für Schottland 8.500 Pfund direkte Kosten, 357.667 Pfund indirekte Kosten und 926.760 Pfund intangible Kosten, also insgesamt Kosten in Höhe von 1.292.936 Pfund pro vollzogenen Suizid (30).

Wenn man diesen Ergebnissen die Gesamtausgaben des Kriseninterventionszentrums Wien (KIZ) gegenüberstellt, nehmen diese sich bescheiden aus.

Die Kosten für das KIZ beliefen sich im Jahr 2010 auf 705.000 Euro. Das entspricht den Kosten, die auf Basis obiger Berechnung für 14 Suizide und für ca. 2 Suizidversuche anfallen.

Auf Basis der Pflegegebühren, die in Wien zwischen 627 Euro und 898 Euro liegen, decken bereits 925 Aufenthaltstage die jährlichen KIZ-Ausgaben. Nimmt man eine durchschnittliche Verweildauer von drei Tagen pro Suizidversuch, entsprechen die Ausgaben des KIZ den Pflegekosten von etwa 300 Suizidversuchen.

Sehr eindrücklich belegt der deutliche Rückgang der Suizidraten in Österreich, dass die vorhandenen Kriseninterventionszentren nicht mehr aus der psychosozialen Versorgung wegzudenken sind, weshalb man davon ausgehen kann, dass die Umsetzung der im folgenden Kapitel dargestellten Maßnahmen enorme volkswirtschaftliche Kosten sparen würde.

Wie immer man diese Zahlen beurteilt, sie lassen erahnen, wie hoch die Kosten sind, die einer Nation pro Jahr durch Suizide und Suizidversuche entstehen und wie hoch der Nutzen jedes verhüteten Suizides und jedes Suizidversuches ist.

Kapitel 2

Die zehn Arbeitsgebiete der Suizidprävention

In diesem Kapitel werden die zehn definierten Bereiche der Prävention genauer beschrieben, die international als Kerngebiete gelten. Diese Bereiche sind schon im Suizidpräventionsprogramm der Schweden in den 1980er-Jahren beschrieben worden (8) und wurden von G. Sonneck in seinem Suizidpräventionskonzept 1999 für Österreich formuliert (31). Hier erfolgt die Darstellung primär umsetzungsorientiert.

-
1. Schaffung von erhöhtem Bewusstsein und Wissen
 2. Unterstützung und Behandlung
 3. Kinder und Jugendliche
 4. Erwachsene
 5. Ältere Menschen
 6. Risikogruppen
 7. Schulung und Entwicklung
 8. Einschränkung der Erreichbarkeit von Suizidmitteln
 9. Nationale Expertise
 10. Gesetzliche Voraussetzungen
-

1. Schaffung von erhöhtem Bewusstsein und Wissen

Dies kann am besten dadurch geschehen, dass laufend Wissen über suizidales Verhalten verbreitet und zur Diskussion wesentlicher Gesichtspunkte angeregt wird.

Das Wissen um Suizidphänomene, die diskursive Auseinandersetzung mit Sterben, Tod und Suizid in seinen unterschiedlichen individuellen Bedeutungen (von Feigheit bis zu Heldentum, von Erlösung bis zu ewiger Verdammnis, von höchstem Maß der Entscheidungsfreiheit und Freiwilligkeit zur entmündigenden Einengung, von klarer menschlicher Bewusstheit bis hin zum Suizid in geistiger Verwirrtheit und Umnachtung etc.), unter Bedachtnahme auf suizidale Entwicklung (vom erwägenden Suizidgedanken über die Abwägung bis zum Entschluss) würde die Einstellung fördern, dass Suizidgefährdung kein unwiderrufliches Schicksal ist, sondern dass es Hilfe gibt und diese auch nötig ist – dass also Suizidprävention möglich ist und daher gefördert werden muss.

Für die Schaffung dieses erhöhten Bewusstseins und Wissens in der Allgemeinbevölkerung ist eine fachlich fundierte Medienarbeit unter Kenntnis der Gefahren, die sie in sich birgt, unumgänglich.

a. Suizidprävention durch proaktive Medienarbeit

In den Sozialwissenschaften und in der Suizidologie wird der „Werther-Effekt“ als Begriff für medial induzierte Imitationssuizide seit geraumer Zeit diskutiert.

Es gilt heute als unumstritten, dass sensationsträchtige Medienberichte über Suizid, insbesondere Berichte über Suizide Prominenter, weitere Suizide auslösen können. Die WHO zählt seit 1993 die Beeinflussung medialer Berichterstattung zu den sechs wichtigsten Basiszugängen der Suizidprävention (20); eine Erkenntnis, die wesentlich durch Erfahrungen mit Medienarbeit insbesondere durch die wissenschaftliche Aufarbeitung der U-Bahn-Suizide in Österreich mitbestimmt wurde.

Neben der printmedialen Berichterstattung wurden auch Auswirkungen von Fernsehdarstellungen des Suizids in den Fokus genommen. Eine nicht nur im deutschsprachigen Raum höchst einflussreiche Untersuchung stammt in diesem Zusammenhang von A. Schmidtke und H. Häfner, die die Auswirkungen der sechsteiligen TV-Serie „Tod eines Schülers“ über den fiktiven Eisenbahnsuizid eines 19-jährigen Jugendlichen untersuchten (32).

b. Die Wiener U-Bahn-Suizide

Das erste prospektive Feldexperiment zum Thema medial induzierter Imitationseffekte wurde 1987 nach einem exponentiellen Anstieg der U-Bahn-Suizide und -Suizidversuche in Wien gestartet (33, 34).

Dieser Anstieg nährte die Befürchtungen, dass diese öffentlichkeitswirksame Methode, begünstigt durch die damals sehr ausführliche und sensationsträchtige Berichterstattung, bald zu den am weitesten verbreiteten Suizid- und Suizidversuchsmethoden in Wien gehören könnte. Ein Arbeitskreis der Österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention (ÖGS) und des Wiener Kriseninterventionszentrums unter der Leitung von Gernot Sonneck verfasste „Medienrichtlinien zur Berichterstattung über Suizid“.

In diesem Leitfaden waren zahlreiche Hypothesen über imitationsbeeinflussende Faktoren medialer Darstellungen als Hilfestellung für Journalistinnen und Journalisten enthalten. Ziel dieses Experimentes war 1.), eine Reduktion der U-Bahn-Suizide und -Suizidversuche zu erreichen, und 2.), die Gesamtsuizidzahlen in Wien und in Österreich zu reduzieren. Die Verbreitung der Richtlinien wurde von der Österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention organisiert und in Wien durch die Wiener Linien mit Hinweis auf die stark gestiegenen U-Bahn-Suizidzahlen unterstützt.

Medienempfehlungen zur Berichterstattung über Suizid (35)

Die Medienkampagne zur Ersteinführung der Richtlinien Mitte 1987 hatte eine prompte quantitative Verringerung und eine weniger sensationsträchtige Darstellungsweise der Suizidberichterstattung zur Folge. Innerhalb eines halben Jahres nach der Einführung sank die Zahl der im U-Bahn-Bereich vollzogenen Suizide und Suizidversuche um 80 Prozent.

Auch die Gesamtsuizide gingen 1987 erstmals seit 20 Jahren um acht Prozent in Wien und um 3,5 Prozent in Österreich zurück (37). Die Medienrichtlinien wurden seit 1987 immer wieder anlassbezogen nach dem Erscheinen von Printmedienberichten oder TV-Beiträgen über Suizide an Journalistinnen/Journalisten und Chefredakteure/Chefredakteurinnen der wichtigsten österreichischen Tageszeitungen ausgesandt. Die Zahl der Suizide und Suizidversuche im U-Bahn-Bereich blieb seit Einführung der Empfehlung relativ konstant auf niedrigem Niveau, und das, obwohl sich die Zahl der Passagiere im gleichen Zeitraum von 222 Mio. auf 424 Mio. fast verdoppelt hat. Wie in anderen Studien beschrieben wurde, spielt die Verfügbarkeit der U-Bahn eine wesentliche Rolle für die Häufigkeit von U-Bahn-Suiziden (33).

Was die Gesamtsuizide angeht, sind seit Mitte 1987 die Suizidzahlen in Wien bereits um mehr als 50 Prozent zurückgegangen. Die Intervention wurde als ein suizidpräventiver Effekt von jährlich 81 Suiziden österreichweit berechnet (34). Ein unmittelbar einsetzender Effekt war insbesondere in Regionen mit hoher Auflagezahl der kollaborierenden Medien feststellbar. Der Rückgang der Suizide seit Einführung der Medienempfehlungen ist anhand der Statistiken nachweisbar.

c. Papageno-Effekt

Das neueste Ergebnis zu den Effekten suizidbezogener Berichterstattung deutet darauf hin, dass bei weitem nicht alle suizidbezogenen Berichte weitere Suizide auslösen. Im Gegenteil, manche Berichte scheinen auch präventives Potenzial zu besitzen. So konnte kürzlich gezeigt werden, dass Berichte über die Bewältigung von individuellen Krisen, während derer es zu Suizidgedanken kam, die jedoch nicht von suizidalem Verhalten begleitet wurden, mit sinkenden Suizidraten nach Berichterstattung assoziiert waren (35, 36).

Dieser Effekt wurde mit Bezug auf den verhüteten Suizid Papagenos in W. A. Mozarts Oper „Die Zauberflöte“ als „Papageno-Effekt“ bezeichnet.

In der Oper trifft Papageno sämtliche Vorbereitungen zu seinem Suizid, da er den Verlust seiner geliebten Papagena befürchtet; die Drei Knaben halten ihn jedoch im letzten Augenblick davon ab, indem sie ihn an alternative Handlungsmöglichkeiten erinnern (37).

-
- Erhöhung der Aufmerksamkeit : z. B. „unheimliche Selbstmordserie in ...“
 - Details zur Person, Name, Foto, Abschiedsbrief
 - Details zur Suizidmethode – „starb durch ...“
 - Details zu Suizidort durch Abbildung dieser Plätze
 - Details zur Suizidhandlung: szenisch genaue Rekonstruktion des Suizidhandlung
 - Details zu spezifischen Suizidforen jene mit konkreten An- und Verleitungen zum Suizid
 - Vereinfachende Erklärung „Selbstmord wegen Scheidung“, „... Schulnoten“
 - Heroisierung, Glorifizierung „er blieb sich treu bis zuletzt“, „... wählte besonderen Tod“
Romantisierung „... nun im Tod vereint“
 - Interview mit Angehörigen in Schockphase
-

Tabelle 1: Faktoren, die einen Imitationseffekt verstärken (T. Niederkrotenthaler).

-
- Professionelle Hilfsangebote nennen (Notdienste): Aktuelle Telefonnummern von Hilfsdiensten sowie Darstellung der Arbeitsweise – damit Ängste abbauen
 - Öffentliches Bewusstsein schaffen – Enttabuisierung von Suizid
 - Aufklärungsarbeit hinsichtlich Fehleinschätzung und Mythenbildungen
 - Beispiele von Menschen, die (suizidale) Krisen positiv bewältigen konnten
-

Tabelle 2: Faktoren, die einen Imitationseffekt reduzieren (T. Niederkrotenthaler)

d. Beteiligung

Eine interdisziplinäre Kooperation zwischen Medien- und Gesundheitsprofession ist hilfreich für die adäquate Ausgestaltung der Medienempfehlungen zur Berichterstattung über Suizide

sowie für eine Erhöhung der Akzeptanz der Empfehlungen unter Medienvertreterinnen/-vertretern.

Untersuchungen zeigen, dass eine einmalige Aussendung von Empfehlungen an Journalistinnen und Journalisten nur einen sehr kurzzeitigen Effekt hat. Daher müssen Aussendungen wiederholt erfolgen, um einen langfristigen Effekt zu erzielen. Die Aussendung erfolgt üblicherweise immer nach dem Erscheinen von Berichten, die den Medienempfehlungen zumindest teilweise widersprechen.

Eine flächendeckende Medienbeobachtung wäre wünschenswert, da bisher nur die größeren nationalen Tageszeitungen teilweise beobachtet werden können, Suizidberichterstattung aber auch für Medien, die in einer Region viel gelesen werden, eine bedeutende Rolle spielt.

Die Aussendung der Empfehlungen ergeht üblicherweise an den Verfasser / die Verfasserin des Beitrages sowie an die Chefredaktion, mit einem Kommentar zum jeweiligen Bericht und einem Diskussionsangebot, per E-Mail.

e. Wiederholte Symposien für Medienberichtersteller/innen

In den letzten Jahren fand ca. einmal jährlich eine Veranstaltung statt, zu der Medienvertreter/innen geladen wurden und bei den Medienempfehlungen auf breiter Basis diskutiert wurden.

Dies erscheint hilfreich, um die allgemeine Awareness zur Thematik unter Medienvertreterinnen/-vertretern und unter jenen, die in psychosozialen Berufen arbeiten, zu erzielen. Um eine hohe Wirkung zu erreichen, fanden die Symposien meist rund um den Weltsuizidpräventionstag (jeweils 10. September) statt.

f. Zur Bedeutung zielgruppenorientierter suizidpräventiver Informationsarbeit

Wenn man periphe Versorgungsstrukturen betreibt oder aufbauen will, muss die (mediale) Kommunikation auf diese Zielgruppe abgestimmt werden. Hierbei ist zum einen an den Bereich der medial vermittelten Öffentlichkeitsarbeit zu denken, zum anderen an die Etablierung spezifischer primär- und sekundärpräventiver Bildungsangebote, und zwar für potenzielle Multiplikatoren (Bürgermeister, Lehrer usw.), aber auch für die Angehörigen von besonderen Risiko- und Zielpopulationen.

Für die Gestaltung der gesamten Suizidprävention ist also der Aspekt der Erreichbarkeit der potenziell Betroffenen für Interventionen bzw. umgekehrt die Zugänglichkeit von suizidpräventiven Angeboten für diese als hochbedeutsam zu betrachten.

Es kann geradezu als ein gemeinsames, charakteristisches Merkmal der verschiedenen Hochrisikogruppen betrachtet werden, dass sie aufgrund verschiedener Faktoren bzw. Faktorenbündel dem rezenten medizinisch-psychosozialen Versorgungssystem fernstehen – Informationen darüber fehlen, aber auch über (sub-)kulturelle Dispositionen zur Inanspruchnahme von grundsätzlich bekannten Angeboten bei bildungsfernen Personen sowie bei allen, die „postmoderne“ Diskurse über das Selbst habituell und/oder ideologisch ablehnen, also u. a. konservatives Bürgertum, Landbevölkerung und traditionelle Arbeiterschaft. All diese Personengruppen mit hohen Suizidrisiken bringen tendenziell ungünstige mentale Voraussetzungen für eine positive „Compliance“ mit professionellen

Betreuungssystemen bei psychischen Problemen und Krisen mit, dazu treten bei vielen von ihnen noch ökonomische und sprachliche Hürden sowie andere, praktische Schwierigkeiten, wie weite Anfahrtswege zu Fachärzten, Psychotherapeuten oder psychosozialen Zentren (38).

Verstärkte Suizidpräventionsmaßnahmen für diese Bevölkerungsteile könnten also – insbesondere wenn man vom Bestehen einer gewissen, nur begrenzt veränderlichen „Basissuizidalität“ aufgrund biologischer Faktoren ausgeht – grundsätzlich besonders deutlich zu einer Senkung der Suizidrate der Gesamtbevölkerung beitragen, dürften sich aber zugleich als besondere Herausforderung erweisen. Bei der Konzeption künftiger Präventionsinitiativen, etwa im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit, sollte so jedenfalls die Frage, welche Zielgruppen damit adäquat erreicht werden können, als fundamental wichtig bedacht werden, damit nicht, wie in vielen Bereichen der Gesundheitsförderung üblich, ohnehin nur diejenigen Bevölkerungsteile erreicht werden, die der entsprechenden Ratschläge am wenigsten bedürfen, also die gebildeten, urbanen Mittel- und Oberschichten (39, 40).

Neben der geeigneten Gestaltung ist aber auch die zielgruppengerechte Verbreitung der Botschaften von höchster Relevanz für eine tatsächliche Rezeption und damit für einen potenziellen Erfolg der Informationsarbeit. Medienarbeit zur Suizidprävention etwa sollte sich auf jene publizistischen Produkte konzentrieren, die ländliche, bildungsferne und einkommensschwache Bevölkerungsgruppen ansprechen; die Urbanen, Gebildeten und Wohlhabenden sind mittlerweile auch über dieses Thema entweder einigermaßen informiert oder haben im Bedarfsfall wenigstens einfachere Zugänge zu seriösen Informationsangeboten in medialer oder interpersoneller Kommunikation. In diesem Sinn, und natürlich auch wegen der enormen Verbreitung des Mediums, ist die 2010 umgesetzte Informationsserie zur Suizidalität in der „Kronen Zeitung“ eine Intervention mit herausragendem Wirkpotenzial (41).

Die wichtigste Information, die man jeweils zielgruppenspezifisch formulieren muss, ist: „Hilfe bei psychischen Schwierigkeiten und Krisen ist möglich, ist keine Schande, ist kostenlos und einfach verfügbar.“ Gerade für diese Personengruppen ist ein einfach strukturierter Zugang zu Hilfsangeboten vital, im Idealfall: eine einfache, rund um die Uhr erreichbare Notrufnummer, eine Anlaufstelle in der näheren Umgebung (Bezirk), klare Kommunikation, dass das Angebot anonym, kostenlos und mit keinen negativen rechtlichen Folgen (Einweisung, Führerscheinverlust usw.) verbunden ist.

Konkrete Ziele in der Medienarbeit:

Entwicklung einer zielgruppenspezifischen Medienarbeit auf breiter Basis, die alle Möglichkeiten der Medienarbeit ausschöpft und alle Gefahren der Medienarbeit beachtet. Die zurückhaltende Öffentlichkeitsarbeit der letzten Jahre hat das Bewusstsein um die Suizidproblematik zu sehr in den Hintergrund treten lassen.

2. Unterstützung und Behandlung

Die Erfahrung sozialer Unterstützung und emotionaler Anteilnahme dürfte – neben der spezifischen, somatischen bzw. psychischen Wirksamkeit der jeweiligen Therapieformen – auch eine nicht unwesentliche Komponente für den mittlerweile sehr deutlich nachweisbaren suizidpräventiven Erfolg des Ausbaus des psychotherapeutisch-psychosozialen Versorgungssystems sein:

Einerseits weisen Regionen mit hohem Ausbaugrad innerhalb Österreichs merklich niedrigere Suizidraten auf als unterversorgte Bezirke (42); zum anderen ist es höchst bemerkenswert, dass ein erheblicher Teil der durch Suizid Verstorbenen auch gegenwärtig aus Personen besteht, die nie psychologische, psychotherapeutische oder psychiatrische Hilfe zur Bewältigung ihrer Probleme gesucht hatten:

So musste für die Steiermark festgestellt werden, dass lediglich 13 Prozent der Suizidenten der Jahre 2002–2004 in ihrem letzten Lebensjahr in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen waren; und nur für etwa die Hälfte aller Fälle eruierten die Sicherheitsbehörden beim unmittelbaren sozialen Umfeld die Bekanntheit einer psychischen Störung der/des Verstorbenen (43).

Insgesamt sind in den letzten Jahrzehnten die Suizidzahlen in Österreich, wie in den meisten west- und mitteleuropäischen Staaten, erfreulicherweise rückläufig, und dies dürfte, neben anderen Faktoren wie Kohorteneffekten, auch dem intensiven Ausbau gerade der niederschweligen Angebote im psychosozialen und medizinischen Bereich insgesamt und in der Suizidprävention im Besonderen zu verdanken sein (22, 44).

Unbedingt beachtet muss in diesem Zusammenhang werden, dass nicht nur extramurale Einrichtungen wie psychosoziale Zentren und Kriseninterventionszentren fast ausschließlich erst im Gefolge der Psychiatriereform der 1970er und 80er Jahre entstanden sind, sondern dass auch im niedergelassenen Bereich eine wahre Revolution stattgefunden hat – durch die Etablierung von mittlerweile Tausenden psychotherapeutischen Praxen in Österreich einerseits (gegenüber allenfalls einigen Dutzend vor 1970), durch die weitreichende Anwendung neuerer, nebenwirkungsärmerer Psychopharmaka andererseits.

Wie umfassend die Bedeutung dieser Entwicklungen auch quantitativ ist, können insbesondere quantitative Daten zur Psychopharmaka-Verordnung verdeutlichen: Die Gesamtzahl verordneter Packungen lag in Österreich im Jahr 2007 bei ca. 9.400.000 (!), wovon ziemlich genau die Hälfte auf Antidepressiva entfiel, der Rest auf Antipsychotika (19 %), Hypnotika/Sedativa (13 %), Anxiolytika (11 %) und sonstige psychotrope Arzneimittel (7 %) (25).

Berechnungen eines Autorenteams der Wiener Werkstätte für Suizidforschung zufolge entsprach schon im Jahr 2003 die damals noch deutlich geringere Menge der verschriebenen Antidepressiva allein einer Medikation von vier Prozent der Bevölkerung (22).

Die erwähnte Ausdehnung – und wohl auch deutlich qualitative Verbesserung – psychologischer, psychotherapeutischer, psychosozialer und psychiatrischer Behandlungsangebote bei psychischen Krankheiten und Krisen im Laufe des späten 20. Jahrhunderts, insbesondere im nicht-stationären Bereich, hat zweifellos auch zu einer gewissen Enttabuisierung psychischen Leidens und psychischer Störungen in der österreichischen Bevölkerung und damit auch zu verstärkter Inanspruchnahme der

bestehenden Angebote beigetragen – aus sozialwissenschaftlicher Sicht handelt es sich hierbei klar um einander wechselseitig verstärkende Prozesse von Angebot und Nachfrage entsprechender „Dienstleistungen“ (45).

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

Und weiter:

unter dem Punkt Krisenmanagement: „Ausbildung und Training in Krisen- und Konfliktmanagementstrategien, individuelle und institutionelle Betreuung von Personen nach Verlusten und Katastrophen; Früherkennung und Unterstützung von suizidalen Personen sowie Erkennen von psychischen Störungen und Kenntnis entsprechender Hilfsmöglichkeiten.“

a. Definition von Krisen

Menschen in Krisen werden in ihrer aktuellen Lebenssituation meist überraschend mit neuen belastenden Ereignissen oder veränderten Lebensumständen konfrontiert, die bisherige Lebensziele in Frage stellen. Dazu gehören u. a. Todesfälle, Trennungen, Krankheit oder Arbeitsplatzverlust. Der/die Betroffene kann diese Belastung momentan nicht mit seinen/ihren üblichen Lebensbewältigungsstrategien meistern, dadurch bekommt sie rasch einen bedrohlichen Charakter und führt zu einer innerpsychischen und sozialen Labilisierung.

Es entstehen Gefühle von Angst, Überforderung, Hilflosigkeit und Bedrohung. Der/die Betroffene hat den Eindruck, das eigene Leben nicht mehr unter Kontrolle zu haben.

Diese emotionalen Vorgänge stellen eine massive Störung des seelischen Gleichgewichts dar und erschüttern das Selbstwertgefühl. Der Großteil der vorhandenen psychischen und körperlichen Energie wird in Versuche der Problembewältigung investiert. Dadurch können die Herausforderungen des Alltags nicht mehr bewältigt werden, was die Gefahr in sich birgt, dass zusätzlich Schwierigkeiten in anderen Lebensbereichen entstehen.

Niemand kann eine derart hohe emotionale Belastung und den massiven inneren und äußeren Druck über einen längeren Zeitraum ertragen. Betroffene unternehmen größte Anstrengungen, um diesen Zustand zu beenden und wieder ihr Gleichgewicht zu finden. Die Bewältigungsstrategien, die dabei zum Einsatz gelangen, können konstruktiver wie destruktiver Natur sein.

Wie man versucht, mit der Erschütterung umzugehen und den inneren Druck loszuwerden, stellt wichtige Weichen für die Zukunft. Oft kommt es zu inadäquaten, manchmal schädlichen Bewältigungsversuchen wie Alkohol- und Medikamentenmissbrauch. Zusätzlich entwickeln sich quälende körperliche und psychische Symptome.

Im schlimmsten Fall eskaliert die Situation bis hin zu suizidalen Handlungen (im Kriseninterventionszentrum Wien z. B. ist ein Drittel der ca. 1.500 jährlich behandelten Klientinnen/Klienten suizidgefährdet) oder aggressiven Durchbrüchen. Diese Erlebnis- und Verhaltensweisen verfestigen sich unter Umständen sehr rasch und haben dann langwierige und chronische Fehlentwicklungen zur Folge.

b. Definition von Krisenintervention

Viele Krisen werden im privaten Umfeld ganz ohne professionelle Unterstützung bewältigt. Professionelle Hilfe wird oft erst dann in Anspruch genommen, wenn die krisenhafte Entwicklung fortgeschritten ist, es dem/der Betroffenen sehr schlecht geht, die Umgebung überfordert ist und es aufgrund des großen inneren und äußeren Drucks zu gefährlichen Zuspitzungen wie suizidalen Entwicklungen oder Gewaltdrohungen bzw. -handlungen kommt. Dementsprechend hoch ist dann die Dringlichkeit der Intervention. Aufgaben der Krisenintervention sind deshalb auch eng verknüpft mit solchen der Suizid- oder auch Gewaltprävention.

Krisenintervention ist eine eigenständige Methode der Beratung, Therapie und Behandlung, mit der Menschen in akuten Phasen psychosozialer Krisen oder nach akuten Traumatisierungen unterstützt werden. Eine Krise ist typischerweise ein komplexes psychosomatisches und psychosoziales Geschehen. Klientinnen und Klienten haben oft nicht nur psychische, sondern auch soziale und körperliche Probleme. Keine dieser Schwierigkeiten dürfen vernachlässigt werden.

Im Zentrum von Krisenintervention stehen daher beratende und psychologische bzw. psychotherapeutische Gespräche. Medizinische und praktische Hilfen sind aber ebenso erforderliche Bestandteile von Krisenintervention wie die Einbeziehung von Angehörigen und Freunden in das Hilfsangebot.

c. Ziele von Krisenintervention

Üblicherweise wird sich Krisenintervention nicht nur auf die Stützung des/der Betroffenen oder das Fördern von Einsichten beschränken. Erfolgreiche Krisenbewältigung sollte auch spürbare Auswirkungen auf die Lebenssituation der Betroffenen haben.

Das bedeutet, dass, nachdem die grundlegende Stabilität der Klientinnen/Klienten wiederhergestellt ist, die in der gemeinsamen Arbeit gewonnenen Einsichten und Erkenntnisse auch konkret umgesetzt werden. Es werden also kurzfristig und längerfristig wirksame Ziele verfolgt.

Die Dringlichkeit und Zuspitzung in einer Krise macht es zuallererst notwendig, akute (insbesondere Suizid-)Gefährdungen zu erkennen und entsprechende Maßnahmen zu setzen, um Schaden für das Leben und die körperliche Unversehrtheit des/der Betroffenen und seines/ihrer Umfeldes abzuwenden.

Aufgrund des oft sehr schlechten Zustands ist die rasche Beseitigung quälender Symptome, wie Schlaflosigkeit, Erregung oder Panik, Voraussetzung, um überhaupt eine sinnvolle Krisenbewältigung zu ermöglichen. Das Minimalziel von Krisenintervention ist, die Betroffenen so weit zu stabilisieren, dass sie in der Lage sind, ihren Alltag wieder so wie vor der Krise zu bewältigen. Das bedeutet die Wiederherstellung des Selbstwertgefühls und das Wiedererreichen von Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit.

Aber nur wenn der/die Betroffene durch neue Einsichten und Erfahrungen gestärkt aus der Krise hervorgeht und zusätzliche alternative und konstruktive Bewältigungsformen sowohl für die krisenhafte Situation als auch für sein/ihr weiteres Leben gefunden hat, konnte im Sinne von Weiterentwicklung und Reifung auch der Chancencharakter der Krise genutzt werden.

d. Standards für Krisenintervention

In der Folge werden Standards als Basis einer sinnvollen und konstruktiven Arbeit in diesen Bereichen dargestellt. Grundvoraussetzung effektiver Kriseninterventionsarbeit ist die Niederschwelligkeit des Angebotes.

Da sozial schwache, bildungsferne und benachteiligte Menschen erfahrungsgemäß besonders krisenanfällig sind und sie gleichzeitig oft große Schwierigkeiten haben, entsprechende Unterstützung in Anspruch zu nehmen, muss ein besonderes Augenmerk darauf gerichtet werden, wie man diesen Personen einen unbürokratischen Zugang zu professionellen Hilfsangeboten ermöglichen kann. Kostenfreiheit ist dafür jedenfalls ein wesentlicher Faktor.

Rasche Verfügbarkeit bedeutet, dass Menschen in akuten Krisen innerhalb von maximal 48 Stunden eine Gesprächsmöglichkeit zur Verfügung stehen sollte (46). Ein derartiges Hilfsangebot ist dann ausreichend, wenn es gleichzeitig eine enge Kooperation mit psychiatrischen Notfalldiensten gibt (siehe weiter unten). Durch eine möglichst frühzeitige Intervention sollen Eskalationen, aber auch psychische und somatische Chronifizierungen verhindert und stationäre Aufnahmen reduziert werden.

Die organisatorische und räumliche Trennung von Kriseninterventionseinrichtungen und psychiatrischen Institutionen ist keine unbedingte Voraussetzung, erleichtert Betroffenen aber erfahrungsgemäß die Inanspruchnahme der angebotenen Hilfe erheblich. Das Aufsuchen psychiatrischer Einrichtungen ist immer noch mit Scham und großen Ängsten verbunden, zumal für solche Personen, die noch nie derartige Unterstützung in Anspruch genommen haben.

Die freiwillige Mitarbeit der Klientinnen und Klienten stellt eine wesentliche Voraussetzung dafür dar, dass eine tragfähige therapeutische Beziehung hergestellt werden kann, die naturgemäß Grundlage erfolgreicher Kriseninterventionsarbeit ist. Wenn diese Freiwilligkeit aus unterschiedlichen Gründen nicht gegeben ist, besteht die primäre Aufgabe darin, den (Zwangs-)Kontext zu thematisieren und zu versuchen, die/den Betroffene/n dadurch zur Zusammenarbeit zu motivieren.

Idealerweise erfolgt Krisenintervention in einem multidisziplinären Team von Ärztinnen/Ärzten, Sozialarbeiterinnen/-arbeitern, Psychologinnen/Psychologen und Psychotherapeutinnen/-therapeuten, evtl. auch Juristinnen/Juristen.

Da Klientinnen/Klienten in Krisen oft psychische, körperliche und soziale Probleme haben, die eng miteinander zusammenhängen, ist die Kooperation verschiedener Berufsgruppen von größter Bedeutung. Krisenintervention stellt hohe Anforderungen an die Zusammenarbeit, Interventionen müssen von den beteiligten Helferinnen und Helfern gut abgesprochen werden.

Die Koordination erfolgt dabei sinnvollerweise durch jene/n Betreuer/in, der/die die tragfähigste Beziehung zum/zur Betroffenen hat (meist derjenige/diejenige, der/die das Erstgespräch geführt hat). Dabei spielt dessen/deren Grundberuf keine entscheidende Rolle. Folgerichtig bewährt sich die gleichberechtigte Zusammenarbeit in einem multi-professionellen Kriseninterventionsteam bei möglichst flacher Hierarchie.

Krisenintervention kann somit als ein Modellfall interdisziplinärer Zusammenarbeit gelten. Einige der dargestellten Prinzipien grenzen psychosoziale Krisenintervention von psychiatrischen Notfalldiensten ab. Deren primäre Aufgaben sind die Erstversorgung und das Abwenden akuter Gefahr. Sie stellen im Fall, dass sich eine Krise in Richtung eines

psychiatrischen Notfalls zuspitzt, unmittelbare Hilfe zur Verfügung und können dann an die Kriseninterventionseinrichtung weitervermitteln.

Aufgrund der Dringlichkeit psychiatrischer Notfälle sollten diese Dienste unbedingt rund um die Uhr verfügbar sein. Eine enge Zusammenarbeit von Notfalleinrichtungen und Kriseninterventionszentren bei klarer Abgrenzung der Aufgabenstellung ist wünschenswert und notwendig. Eine unbürokratische wechselseitige Zuweisung dient dem Wohl der zu versorgenden Klientinnen und Klienten.

Zu den wichtigen, manchmal allerdings vor allen Dingen in zweifachem Sinne aufgrund eingeschränkter Ressourcen vernachlässigten Aufgaben von Kriseninterventions-einrichtungen gehört auch professionelle Öffentlichkeitsarbeit, deren Ziel die Verbesserung des öffentlichen Bewusstseins und die Enttabuisierung der Themenbereiche Krise, Suizidalität, Gewalt und Trauma ist.

Verstärkt sind in diesem Zusammenhang grundsätzliche Überlegungen anzustellen, wie bestimmte Zielgruppen besser auf Kriseninterventionsangebote aufmerksam gemacht werden können.

Dazu gehören neben sozial benachteiligten auch alte Menschen und Männer, die gemessen an ihrem Gefährdungspotenzial (ablesbar z. B. an den Suizidraten) in Kriseninterventions-einrichtungen nach wie vor deutlich unterrepräsentiert sind. Auch den neuen Medien kommt in diesem Zusammenhang eine besondere Bedeutung zu.

Durch Aufklärung und Erhöhung des Bekanntheitsgrades professioneller Einrichtungen wird es Betroffenen und ihren Angehörigen erleichtert, Hilfe in Anspruch zu nehmen und die für sie passende Unterstützung zu finden, sofern die dazu nötigen Ressourcen vorhanden sind.

Aus-, Fort- und Weiterbildung von Kolleginnen und Kollegen im psychosozialen Feld, ebenso wie wissenschaftliche Begleitforschung zu den Themen Suizidprävention, Krisenintervention und Traumafolgen und die Entwicklung von Programmen und Projekten der primären Suizidprävention sind ebenfalls integraler Bestandteil umfassender Kriseninterventionskonzepte.

e. Aktuelle Situation der ambulanten Krisenintervention

Derzeit gibt es in Wien, Salzburg und Oberösterreich Kriseninterventionszentren (siehe Versorgungsstrukturen). In Wien kooperiert das Kriseninterventionszentrum (Träger Verein Kriseninterventionszentrum) mit den sozialpsychiatrischen Ambulatorien des PSD Wien, in Oberösterreich arbeitet das Kriseninterventionszentrum in Linz (Träger pro mente Oberösterreich) mit dem Psychosozialen Notdienst Oberösterreich zusammen, in Salzburg die ambulante Kriseninterventionen in Salzburg-Stadt, im Pongau und Pinzgau (Träger pro mente Salzburg) mit der Christian-Doppler-Klinik.

In der Steiermark ist Krisenintervention Aufgabe der regionalen psychosozialen Zentren. In Kärnten nimmt der Psychiatrische Not- und Krisendienst sowohl notfallpsychiatrische wie auch Kriseninterventionsaufgaben im Akutfall wahr.

Es gibt allerdings keine Kriseninterventionseinrichtung. Im Burgenland und in Niederösterreich sind die jeweiligen psychosozialen Dienste, deren primäre Aufgabe aber im psychosozialen Bereich liegt, Anlaufstellen für Menschen mit Krisen. Im Burgenland wie in allen anderen Bundesländern gibt es darüber hinaus in Kooperation mit dem Roten Kreuz einen mobilen Krisendienst. In Vorarlberg werden Aufgaben der Krisenintervention teilweise

von multiprofessionellen Praxisgemeinschaften, in Tirol teilweise von der Gesellschaft für Psychotherapeutische Versorgung Tirols wahrgenommen.

Es gibt aber in diesen Bundesländern keine ausgesprochenen Kriseninterventions-einrichtungen. Selbstverständlich nehmen in allen Bundesländern auch psychiatrische Einrichtungen Kriseninterventionsaufgaben wahr.

In den meisten Bundesländern gibt es auch notfallpsychologisch geschulte Teams, die eine Akutintervention unmittelbar nach traumatischen Ereignissen meist vor Ort anbieten und im Bedarfsfall an Kriseninterventionseinrichtungen, sofern vorhanden, zur Nachbetreuung weiterverweisen.

f. Umsetzung

Der gesellschaftliche Wandel in den Industrienationen stellt zunehmende Anforderungen an die Leistungsfähigkeit, Flexibilität und damit an die psychosoziale Stabilität des Individuums.

Die dramatischen ökonomischen Probleme, wie wir sie derzeit erleben, haben erhebliche, meist negative Auswirkungen auf das Individuum. Psychische und soziale Probleme nehmen zu. Dementsprechend sind die Krisen, mit denen professionelle Helfer aktuell zu tun haben, oft komplizierter und komplexer, weil sich die Schwierigkeiten rasch auf mehrere Lebensbereiche erstrecken.

Besonders betroffen sind Menschen, die sozial ohnehin benachteiligt sind. Diese Entwicklung stellt auch erhöhte Anforderungen an die im psychosozialen Bereich tätigen Menschen. Kriseninterventionsarbeit ist zeitintensiv und erfordert ein hohes Maß an Flexibilität von Seiten der Helfer/innen, aber auch der Institutionen.

Es handelt sich also um ein sehr personalintensives Angebot, das einer ausreichenden Finanzierung bedarf. Dem wird von politischer Seite zu wenig Rechnung getragen. In den letzten Jahren muss man vielmehr besorgt feststellen, dass im Zuge neoliberaler Wirtschaftspolitik die Subventionierung durch die öffentliche Hand sukzessive reduziert wurde und bestehende Kriseninterventionszentren dadurch unter Unterfinanzierung leiden oder gar mit existentiellen Schwierigkeiten zu kämpfen haben.

In den meisten Bundesländern gibt es derzeit keine Einrichtungen, deren Hauptaufgabe Krisenintervention ist, und in vielen ländlichen Gebieten fehlen überhaupt gut erreichbare Hilfsangebote. In diesem Zusammenhang sind auch verschiedene Untersuchungen zum Thema Suizid und Ökonomie (47, 48, 49, 50, 51) von größtem Interesse, in denen sehr detailliert nachgewiesen wird, wie gering die Kosten von Suizidprävention und Krisenintervention im Verhältnis zu den volkswirtschaftlichen Folgen vollzogener Suizide sind (siehe Abschnitt D Kosten-Nutzen-Rechnung).

Sehr eindrücklich belegt der deutliche Rückgang der Suizidraten in Österreich, dass die vorhandenen Kriseninterventionszentren nicht mehr aus der psychosozialen Versorgung wegzudenken sind und man davon ausgehen kann, dass die Umsetzung der folgenden Maßnahmen enorme volkswirtschaftliche Kosten sparen würde.

Konkrete Ziele der Suizidprävention in Bezug auf Unterstützung und Behandlung:

- Einrichtung ambulanter Kriseninterventionseinrichtungen in allen Bundesländern entsprechend den obigen Standards – Ausbau der bestehenden Kriseninterventionszentren, die zum Teil Kapazitätsgrenzen erreicht haben. Ausreichende Finanzierung, um eine multidisziplinäre personelle Ausstattung zu ermöglichen
 - Einrichtung zumindest einer stationären Kriseninterventionseinrichtung pro Bundesland
 - Krisenmanagement nach Verlusten und Katastrophen: Einrichtung einer zentralen Hotline in Katastrophenfällen, Clearing und gezielte Zuweisung jener Menschen, die professionelle Hilfe benötigen, Ausbau und ausreichende personelle Ausstattung der notfallpsychologischen Teams
 - Einrichtung bzw. Ausbau bestehender notfallpsychiatrischer Dienste, die rund um die Uhr erreichbar sind, ausreichende personelle Ausstattung
 - Möglichkeit der nachgehenden Betreuung
 - Aus-, Fort- und Weiterbildung von Kolleginnen/Kollegen im psychosozialen Feld in Krisenintervention und Erkennen von Suizidgefährdung (z. B. Hausärztinnen/-ärzte, Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Mitarbeiter/innen ambulanter und stationärer Alten- und Krankenpflegeeinrichtungen etc., Lehrer/innen) als integraler Bestandteil umfassender Kriseninterventionskonzepte
 - Wissenschaftliche Begleitforschung zu den Themen Suizidprävention, Krisenintervention und Prävention von Traumafolgestörungen; ausreichende Finanzierung diesbezüglicher Aktivitäten.
 - Weitere Verbesserung der Kooperation stationärer/ambulanter Bereich, Nahtstellenfunktion, Vernetzung
-

3. Kinder und Jugendliche

a. Erziehung und Unterricht

– Kinder und Jugendliche sollten rechtzeitig auch im Unterricht und in ihrer Ausbildung lernen, wie Konflikte zu erkennen und zu klären sind und wie mit Krisen, Depressionen und Suizidproblemen umzugehen ist:

Es gilt, Ankündigungen und Risikosignale wie Suizidmitteilungen und Suizidversuche, Schulschwänzen oder andere häufige Absenzen, auffallende Müdigkeit, Aggression, Isolation, Substanzmissbrauch, Wutanfälle und antisoziales Verhalten wahrzunehmen und in ihrer Bedeutung zu verstehen. Dafür bieten sich nicht nur Erziehungs- und Bildungssysteme an, sondern auch (Klein-)Kindergruppen und Jugendlichen-Clubs, Vereine, Interessengemeinschaften etc.

– Schulische Suizidprävention

Dieser Abschnitt fokussiert zwar auf schulische Suizidprävention, er wurde aber nicht aus der exklusiven Warte dieser Fachdisziplin verfasst. Es geht vielmehr auch darum, den umgebenden Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention an Schulen und dementsprechend die Frage der Einbettung in bereits Vorhandenes ausreichend zu berücksichtigen.

Ausgangslage allgemein

Schule

Die Monopolstellung bei der flächendeckenden Ausbildung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen führt dazu, dass die Schule für unterschiedlichste Initiativen geradezu als „Königsweg“ zur Erreichung der oben genannten Zielgruppen gilt:

Alle gesellschaftspolitisch notwendig erscheinenden Themen und Entwicklungen sollen von der Schule wahrgenommen werden. Abgesehen vom spezifisch fachlichen Bildungsauftrag wird also erwartet, dass von der allgemeinen Gesundheitsförderung bis zu Maßnahmen der selektiven Prävention, vom Thema Gewalt über Sexualität bis hin zu Sucht und Suizid pädagogisch gearbeitet wird. Es liegt auf der Hand, dass viele Lehrerinnen und Lehrer (zumindest stillschweigend) sich bereits jetzt überfordert fühlen.

Dies führt dazu, dass jede präventive Initiative zunächst einmal einigen Widerstand überwinden muss, wenn sie tatsächlich (d. h. nachhaltig und nicht nur für ein aktionistisches Strohfeuer) in der Schule Fuß fassen möchte. Auch die Suizidprävention steht vor dieser Herausforderung (52,53).

b. Suizidprävention

In den letzten zwei Jahrzehnten hat in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention generell eine überaus dynamische Entwicklung stattgefunden.

Waren es bis Mitte der 1980er-Jahre in der Regel noch Einzelpersonen mit teilweise missionarischem Sendungsbewusstsein, die als Pioniere der Präventionsarbeit in Erscheinung getreten sind, haben wir heute eine vielfältige und professionell eingerichtete Präventionslandschaft vor uns.

Trotz vergleichsweise geringer Mittel, die hierfür aufgewendet wurden, haben Forscher/innen und Praktiker/innen viel an Wissen und Können zusammengetragen und entwickelt. Die längste und breiteste Tradition weist hierbei wohl die Suchtprävention auf, die Gewaltprävention hat insbesondere in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen, aber auch in der Suizidprävention ist einiges geschehen (siehe z. B. Salzburg).

c. Bestandsaufnahme zur Situation in Österreich

Auf den ersten Blick könnte man meinen, dass es in einem relativ kleinen Land wie Österreich eigentlich nicht so schwierig sein kann, eine einigermaßen einheitliche Präventionspolitik umzusetzen. Wer genauer hinschaut, entdeckt aber sogleich beträchtliche Unterschiede bezüglich Mentalität, Strukturen, politischen Verhältnissen, Finanzen u. a. m. Man stelle nur einmal Wien und Vorarlberg gegenüber, vergleiche Kärnten mit Niederösterreich oder Tirol mit dem Burgenland: Die jeweiligen Verhältnisse, die Akteure und deren Interessenlagen, der jeweilige Entwicklungsstand sind so unterschiedlich, dass es nahezu unmöglich erscheint, „eine einigermaßen einheitliche Präventionspolitik umzusetzen“.

Ein weiteres Problem ist die nicht oder kaum vorhandene Koordination zwischen Bund und Ländern.

Bundesland	Suizidprävention	Suchtprävention
Burgenland	Psychosozialer Dienst; Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt; RK KIT	Fachstelle für Suchtprävention, Träger: Psychosozialer Dienst
Kärnten	Psychiatrischer Not- und Krisendienst; Rotes Kreuz KIT	Landesstelle Suchtprävention, Träger: Land Kärnten
Niederösterreich	Niederösterreich Krisentelefon – Landesklinikum Tulln; Psycho- sozialer Dienst; Rotes Kreuz KIT	Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung, Träger: Suchtkoordination des Landes
Oberösterreich	Bündnis für psychische Gesundheit / pro mente / Kriseninterventionszentrum Linz / Psychosozialer Notdienst OÖ / RK KIT	Institut Suchtprävention, Träger: pro mente
Salzburg	Ambulante Krisenintervention; Paracelsus Medizinische Privat- universität; Rotes Kreuz KIT	Akzente Suchtprävention, Träger: Akzente Salzburg
Steiermark	Psychosoziale Dienste; Beratungszentren Graz für psychische und soziale Fragen; Rotes Kreuz KIT	VIVID Fachstelle für Suchtprävention, Träger: Caritas der Diözese Graz-Seckau und Volkshilfe Steiermark
Tirol	Psychiatrisches Krankenhaus des Landes; UMIT – Research Division for Mental Health; Rotes Kreuz KIT	kontakt+co Suchtprävention Jugendrotkreuz, Träger: Rotes Kreuz
Vorarlberg	LKH Rankweil – Abteilung für Psychiatrie; Rotes Kreuz KIT	Supro – Werkstatt für Suchtprophylaxe, Träger: Stiftung Maria Ebene
Wien	Wiener Werkstätte für Suizidforschung; Kriseninterventionszentrum Wien; Rotes Kreuz KIT	Institut für Suchtprävention Träger: Stadt Wien

Tabelle 1: Zusammenstellung auf Bundesländerebene von Einrichtungen, die in der Suizid- und Suchtprävention aktiv sind (ohne Anspruch auf Vollständigkeit; G. Gollner)

Generell zeigt sich, dass die Einrichtungen fast durchwegs auf unterschiedlichen Trägerschaften basieren.

Es fällt auf, dass im Bereich der Suchtprävention durchgängig Fachstellen mit in der Regel gut ausgebauten Präventionsangeboten etabliert sind, während für die Suizidprävention überwiegend Forschungseinrichtungen oder reine Notrufdienste bzw. Beratungsstellen für Krisenfälle aufscheinen; dafür allerdings besteht im Bereich der Suizidprävention mit den Kriseninterventions-Teams des Roten Kreuzes (KIT) ein österreichweit in jedem Bundesland vorhandenes und relativ einheitliches Angebot.

d. Gegeneinander oder miteinander?

Eine Kernfrage bei der weiteren Entwicklung der Präventionsarbeit in Österreich wird sein, ob sich die unterschiedlichen Disziplinen als Konkurrenten begegnen, die um Marktanteile im Schulwesen kämpfen, oder ob es gelingt, sich abzustimmen oder gar „integrierte“ Angebote (Programme) zu entwickeln und durchzuführen, um eine Überfrachtung und Irritation der Schule durch zu viele externe Initiativen zu vermeiden. Sachlich und ökonomisch betrachtet gibt es auf längere Sicht keine Alternative zum Miteinander.

Allerdings stellt sich schon rein organisatorisch die Frage, wie all diese potenziellen Partner miteinander in arbeitsfähiger Weise in Verbindung zu bringen sind, geschweige denn, dass diese daran überhaupt Interesse haben. Die Frage sei aber kurz hintangestellt, weiterführende Überlegungen hierzu folgen etwas weiter unten.

e. Prävention im Kontext schulischer Gesundheitsförderung und Schulentwicklung

Der Begriff der „gesundheitsfördernden Schule“ hat in den beiden vergangenen Jahrzehnten eine gewisse Verbreitung gefunden. In Österreich wurde beispielsweise 1993 das „Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen“ gegründet. Unter anderem wird damit bezweckt, das Schulklima positiv zu verändern und die psychosozialen Kompetenzen von Schülerinnen/Schülern und Lehrerinnen/Lehrern zu fördern.

Eine gesundheitsfördernde Schule soll für alle Schulmitglieder eine sichere, fürsorgliche Lernumwelt bieten, welche die Förderung von gegenseitigem Respekt durch ganzheitliche Programme aktiv anstrebt und z. B. Mobbing reduziert. Schulen, die das Konzept der Gesundheitsförderung in ihr Schulprogramm aufgenommen haben, können ihren Ansatz zur Suizidprävention daher auch auf eine breitere Basis stellen und in Krisensituationen effektiver agieren.

Die Suizidprävention (wie alle anderen Präventionsdisziplinen auch) darf also einerseits nicht losgelöst von der allgemeinen Schulentwicklung betrachtet werden; andererseits ist Letztere kaum zu überschauen, schwerfällig und relativ diffus. Wie weit die Gesundheitsförderung in der Praxis der Schulen tatsächlich Fuß gefasst hat und in wie vielen Schulen sie praktiziert wird, ist nämlich kaum dokumentiert.

Das Einzige, was man wohl festhalten kann, ist, dass es auch hier große Unterschiede gibt. Es ist derzeit schwer einzuschätzen, ob sich die angestoßene Entwicklung in den kommenden Jahren fortsetzt und vertieft (Argumentation: gesunde Schüler/innen sind auch lern- und leistungsfähiger) oder ob sie eher wieder zurückgeht, weil sich die Schulen wieder verstärkt auf Kernkompetenzen der Wissensvermittlung oder Berufsvorbereitung konzentrieren.

Das Unterrichtsprinzip der „Gesundheitserziehung“ (durchaus ganzheitlich verstanden) gibt es zwar, es ist aber eigentlich allen Beteiligten klar, dass dies nicht viel mehr als eine Worthülse ohne besondere Wirksamkeit ist. Man stelle sich nur einmal vor, beispielsweise „Englisch“ als Unterrichtsprinzip zu definieren und es allen Lehrerinnen und Lehrern unverbindlich zu überlassen, ob, wann, wie oft und wie sie dies in ihre Fächer integrieren.

Vor diesem Hintergrund betonen die Fachleute bzw. Praktiker/innen zwar die Bedeutung schulischer Gesundheitsförderung, setzen pragmatischerweise aber vor allem auf

Präventionsprogramme, die sich als modular aufgebaute Pakete in die Schul- und Unterrichtsstruktur einfügen lassen, bei aller zeitlichen Begrenzung zumindest eine pädagogische Konsistenz aufweisen und bis zu einem gewissen Grad auch evaluierbar sind.

Grundsätzlich wäre wünschenswert, dass Wildwuchs vermieden und über eine Engführung die Bündelung von Ressourcen erreicht wird. Das heißt, es sollte bildungspolitisch eine Festlegung auf einige wenige Programme stattfinden, um diese dann nachhaltig, systematisch sowie möglichst flächendeckend auszubauen und weiterzuentwickeln.

Es erscheint naheliegend, hierbei vorwiegend auf die schon recht breit etablierten Programme zu setzen und noch fehlende inhaltliche Aspekte modular zu integrieren. Bezogen auf die Suizidprävention hieße dies, dass beispielsweise Elemente eines Antistress-Trainings, Interventions-Know-how und Methoden der Postvention an bestehende Programme angegliedert werden, die diese Aspekte noch nicht abdecken.

In der Praxis ist eine solche Flurbereinigung allerdings sicher ein anspruchsvolles und voraussichtlich langwieriges Unterfangen, zumal die Eigeninteressen der einzelnen Umsetzer ein wahrscheinlich hemmender Faktor sind.

f. Katalysatoren einer strategischen Präventionspolitik

Vor dem Hintergrund der oben skizzierten komplexen Gegebenheiten wird man nicht auf eine „ideale Gesamtlösung“ hoffen dürfen, die gleichsam im Handstreich hergestellt werden kann.

Zielführender dürfte ein pragmatischer Ansatz sein, nämlich nach einigen gelungenen Maßnahmen Ausschau zu halten, die „Zug für Zug“ dazu beitragen können, Impulse in Richtung einer national wie regional vernetzten Präventionsstrategie inkl. eines einigermaßen konsistenten Maßnahmenpakets zu setzen. Im Folgenden seien hier vier konkrete Möglichkeiten bzw. Beispiele aufzeigt.

g. Überregionale Kooperation der regionalen Umsetzer/innen

Ein Erfolgsmodell überregionaler Zusammenarbeit und Weiterentwicklung der eigenen Fachdisziplin ist die Österreichische ARGE Suchtvorbeugung.

Als Zusammenschluss der Fachstellen der Bundesländer ist es im Lauf der letzten 15 Jahre gelungen, eine jährliche Fachtagung für alle Mitarbeiter/innen zu organisieren, ein Leitbild für die österreichische Suchtprävention zu entwickeln, zahlreiche Drucksorten kostengünstig gemeinsam zu produzieren, mehrere Präventionsprogramme österreichweit einzurichten sowie gute Kommunikationsstrukturen auf nationaler Ebene (zu den Ministerien) und international (insbesondere zur deutschsprachigen Fachwelt) aufzubauen. Ohne diese Initiative stünde die Suchtprävention weder in den einzelnen Bundesländern noch auf ganz Österreich bezogen dort, wo sie heute steht.

h. Bundesweit akkordierte Projekte und Programme

Eine gute Möglichkeit, regionale Player an einen Tisch und zur nachhaltigen Zusammenarbeit zu bringen, sind österreichweite Projekte, deren Finanzierung an die Auflage einer gemeinsamen und einigermaßen gleichen Umsetzung in allen Bundesländern gebunden ist.

Die Abstimmung und Zusammenarbeit von Einrichtungen der Sucht- und Suizidprävention selbst wäre bereits als Projekt zu betrachten; ohne dass hierfür personelle Ressourcen zur Verfügung stehen, ist es jedoch fraglich, wer sich um dieses übergreifende Anliegen kümmern sollte, zumal die einzelnen Fachstellen einen auf ihr Bundesland bezogenen Auftrag haben.

Konkrete Ziele der Suizidprävention im schulischen Setting:

- Ziel der schulischen Suizidprävention muss sein, die bestehenden Schulpräventionseinrichtungen zu gewinnen, den Aspekt der Suizidthematik in ihre Programme aufzunehmen. In weiten Bereichen sind Gewalt-, Sucht- und Suizidprävention überlappend, es gilt nur die suizidspezifischen Inhalte zu integrieren.
-

4. Zielgruppe: Erwachsene

Hilfe für Erwachsene liegt primär in der Beachtung und besonderen Unterstützung, wenn sie Beziehungskrisen oder psychosozialen Stress am Arbeitsplatz bzw. durch Arbeitslosigkeit erfahren.

Nicht alle, aber die meisten der erwähnten Gruppierungen jeweils Betroffener erleben typische belastende Lebensereignisse bzw. Lebenssituationen und sind sehr häufig – wenn auch in sehr unterschiedlicher Intensität – von „Standardprozeduren“ seitens öffentlicher Institutionen betroffen, die zur Erfüllung juristischer, administrativer und/oder betreuender Aufgaben angewandt werden. So ist z. B. fast jede/r Ehe- oder auch Lebenspartner/in etwa anlässlich des Todesfalls seines Partners / seiner Partnerin mit behördlichen Formalitäten konfrontiert, interagiert mit Bestattungsunternehmen usw.

In diesem Kontext ist das Eingehen der betreffenden Kontaktpersonen auf psychische Krisen zum Teil bereits üblich geworden, könnte aber fraglos noch intensiviert werden. Bedeutsam wäre in diesem Zusammenhang, dass es nicht beim Offerieren von Angeboten kurz nach dem Todesfall im Kontext der Begräbnisvorbereitung bleibt, denn bekanntlich sind „normale“, ja „gesunde“ Trauerreaktion und pathologische Depression zu diesem Zeitpunkt häufig nicht voneinander unterscheidbar; wichtig wäre eine erneute, standardmäßig durchzuführende persönliche Kontaktaufnahme durch einen ausreichend kompetenten Experten zwei bis drei Monate nach dem Todesfall.

In diese Prozeduren institutionalisierte, also standardmäßig einschlägige Informationsangebote einzuflechten, wäre eine hervorragende Gelegenheit, umfassend und effizient mit geringem Kostenaufwand Suizidprävention zu betreiben.

Ebenso wäre es angesichts der erwiesenermaßen exorbitanten Rate von psychischen Problemen (bis hin zur Suizidalität), die im Gefolge von Arbeitsplatzverlusten auftreten, ausgesprochen naheliegend, jeder/jedem Arbeitssuchenden, die/der ja ohnehin das AMS aufsuchen muss, dort neben Informationen über Bewerbungsmöglichkeiten, Leistungsansprüche usw. wenigstens eine Informationsbroschüre über den Umgang mit

psychischen Belastungen samt Telefonnummer und Kontaktadresse einer einschlägigen Einrichtung in seiner Region in die Hand zu geben. Dies möglichst beim ersten Kontakt, aber auch wiederholt anlässlich wichtiger Stationen im Falle einer längeren „Arbeitslosenkarriere“, etwa nach sechs und nach zwölf Monaten, wenn ohnehin weitere berufsbezogene Beratungsgespräche standardmäßig durchgeführt werden.

Es lediglich den AMS-Mitarbeitern anheimzustellen, gegebenenfalls auf psychosoziale Angebote zu verweisen, erscheint eine unzureichende Maßnahme, und zwar aus folgenden Gründen:

- 1) haben die Mitarbeiter im Allgemeinen nicht die Kompetenz, psychische Belastungslagen mit suizidaler Komponente zu erkennen und richtig einzuschätzen,
- 2) ist gewöhnlich in der Gesprächssituation nicht die Zeit, eine eingehende Einschätzung der psychischen Lage der Klienten vorzunehmen,
- 3) würde eine Initiative, nähere Thematisierung seitens der AMS-Betreuer in einem Gespräch, das im Allgemeinen primär der beruflichen Lage gewidmet sein soll, von vielen Betroffenen wohl als stigmatisierend aufgefasst.

Ein Eindruck, der mit der schlichten Überreichung einer (in der passenden Sprache, d. h. gegebenenfalls auf Bosnisch, Türkisch, Englisch usw. verfassten) Broschüre mit der Bemerkung in etwa des Inhalts, eine solche Information werde nun generell, gemeinsam mit den anderen Unterlagen, an von Arbeitslosigkeit Betroffene ausgegeben, da manche ja aufgrund ihrer schwierigen sozialen Lage mit psychischen Problemen zu kämpfen hätten, und es in diesem Fall sinnvoll und hilfreich sein könne, sich an die entsprechenden Einrichtungen zu wenden. Dass die meisten dieser Folder natürlich ungelesen in die Papierkörbe wandern würden, ist klar, dennoch könnte ein solcher Informationsansatz wenigstens für manche Betroffene sinnvoll sein und aufgegriffen werden.

Analoge Maßnahmen sind auch für andere Risikogruppen denkbar; zum Teil erlauben institutionelle Kontexte hier weitergehende Maßnahmen, die manchmal schon realisiert sind, meist aber ausbaufähig wären, wie etwa das Angebot psychotherapeutisch-psychologischer Betreuung in Senioren- und Pflegeheimen. In solchen institutionellen Kontexten wären gesetzlich vorgeschriebene Standards an entsprechenden Betreuungskapazitäten fraglos ein zentraler Beitrag zum Ziel der Reduktion von Suizidhäufigkeiten.

Konkrete Ziele der Suizidprävention bei Erwachsenen:

- Steigerung der Kompetenz im Erkennen von Krisen und in der Motivationsarbeit, sich an fachliche Hilfe zu wenden, in Einrichtungen, die potenziell mit Menschen in Krisen zu tun haben (Bestattung, Eheberatung, AMS, Senioren und Altenheimen)Information, Aufklärung, Edukation, Öffentlichkeitsarbeit über Probleme im familiären Bereich und Belastungen am Arbeitsplatz
 - Steigerung der transkulturellen Kompetenz und Einblick in die Problematik von Menschen mit Migrationshintergrund
-

5. Suizidprävention im Alter

In den westlichen Industrienationen ist man heute aufgrund der steigenden Lebenserwartung mit einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung konfrontiert.

Dies stellt die Gesellschaft als Ganzes wie auch das Gesundheits- und Sozialsystem laufend vor neue Herausforderungen. Ältere Menschen stellen allerdings keine homogene Gruppe dar.

Das Alter umfasst mittlerweile eine Lebensspanne von über vierzig Jahren. Der Gesundheitszustand, die ökonomischen Möglichkeiten, die soziale Einbindung, unterschiedliche Werthaltungen und Lebensstile differenzieren diese Gruppe nachhaltig. Während sich einerseits die Lebensbedingungen der Menschen im dritten Lebensalter (d. h. der 60- bis 75-jährigen) (54) in den letzten Jahren ständig verbessert haben, steigt das Risiko, bestimmten Belastungen ausgesetzt zu sein (wie Verlusten von Partnern und Freunden, schwerer Krankheit oder Behinderung, begleitet von entsprechenden Einschränkungen), im „vierten Lebensalter“ (über 75-jährige) deutlich an. Die erhöhten Suizidraten alter Menschen sind ein markanter Ausdruck dieser Problematik.

Das Sozialsystem, Ärzteschaft, Alten- und Krankenpflege sind ebenso wie Psychologie und Psychotherapie gefordert, Konzepte zu entwickeln, die ältere Menschen in ihren spezifischen Problemen unterstützen und dabei auch flexibel auf individuelle Lebensentwürfe Rücksicht nehmen. Solche Konzepte wirken per se auch suizidpräventiv.

a. Ursachen der Suizidalität älterer Menschen

Suizidalität entwickelt sich immer aus einem komplexen Zusammenspiel von Umweltfaktoren, biologisch-somatischen, persönlichkeitspezifischen sowie Verhaltensaspekten. Selten gibt es den „einen“ Grund, der erklärt, warum ein Mensch nicht mehr leben möchte.

Wie bereits erwähnt, werden viele Menschen mit zunehmendem Lebensalter mit belastenden Lebensereignissen konfrontiert. Sie verlieren ihnen nahestehende Personen oder erleben durch schwere Krankheiten zunehmende Einschränkungen. Viele Krisen werden aber auch durch veränderte Lebensumstände, die subjektiv als belastend erlebt werden, ausgelöst.

Dazu gehören Schwierigkeiten in Beziehungen, Ausscheiden aus dem Berufsleben und der damit verbundene Verlust von Macht und Einfluss oder zunehmende körperliche Beeinträchtigung, die zu steigender Abhängigkeit und oft auch zu einer unerwünschten, wenn auch unvermeidlichen Aufnahme in eine Betreuungs- oder Pflegeeinrichtung führt. Pflegebedürftigkeit ist offenbar eine jener Einschränkungen des hohen Lebensalters, die von Betroffenen am meisten gefürchtet wird. Damit einher geht besonders bei älteren Männern ein hohes Maß an Hoffnungslosigkeit und Resignation und dementsprechend eine geringe Bereitschaft, beratende oder psychotherapeutische Hilfe anzunehmen.

Viel hängt davon ab, wie die zentralen Aufgaben dieses Lebensabschnitts bewältigt werden, ob also das Annehmen des Alters und der damit verbundenen Einschränkungen und Verluste gelingt. Der alte Mensch ist gefordert, die Ordnung des Lebens mit jener des Todes zu verbinden (54, 55). Man spricht von Generativität als der Fähigkeit, eigene Erfahrungen und Fertigkeiten an die nächste Generation weiterzugeben, und von Integrität als Ziel geglückter Bewältigung und stellt dies dem Begriff Lebenskekel gegenüber.

Misslingt der Integrationsprozess, verarbeiten ältere Menschen die sich häufenden, manchmal aber auch nur gedanklich antizipierten Verlusterlebnisse als massive Kränkungen, die das Selbstwertgefühl verletzen oder zerstören.

Unzufriedenheit mit dem eigenen Leben, Selbstverachtung und das Erleben von Ohnmacht und Hoffnungslosigkeit lassen alte Menschen unter Umständen so verzweifeln, dass ein Suizid der scheinbar einzige Ausweg bleibt. Zunehmende Isolation und damit einhergehend

intensive Gefühle von Einsamkeit stellen weitere wesentliche Faktoren für Suizidalität im Alter dar.

Viele Suizidversuche und Suizide finden vor dem Hintergrund psychischer Störungen statt. Am häufigsten sind dabei Depressionen zu finden (56). Zu beachten ist, dass depressive Inhalte mit steigendem Alter immer häufiger über körperliche Symptome und hypochondrische Befürchtungen ausgedrückt werden (57).

Schwere körperliche Erkrankungen erhöhen die Suizidgefahr. Oft besteht eine starke Komorbidität mit Depressivität. Dabei kommt es öfter am Beginn der Erkrankung, insbesondere nach der Diagnosestellung, zu krisenhaften Entwicklungen mit Suizidgefahr, seltener in späteren Phasen. Die Phantasien über befürchtete Folgen der Erkrankung bestimmen zu diesem Zeitpunkt in bedrohlicher Weise das innere Erleben und können zu Gefühlen von Auswegs- und Hoffnungslosigkeit und damit zu suizidalen Entwicklungen führen. Suizide terminal Kranker wiederum können eher durch die Optimierung von Palliativmedizin und Sterbebegleitung, insbesondere auch durch adäquate Schmerztherapie, als durch psychiatrische Interventionen verhindert werden.

b. Behandlung der Suizidalität bei älteren Menschen

Bei der Behandlung von Suizidalität hat der Hausarzt / die Hausärztin oft eine wichtige Funktion. Er kennt die Patientinnen und Patienten meist über einen längeren Zeitraum und ist dadurch in der Lage, die körperliche und psychische Symptomatik richtig einzuordnen und eine Gefährdung rechtzeitig zu erkennen. Oftmals besteht außerdem ein besonderes Vertrauensverhältnis.

Der alte Mensch wird demgemäß das Gesprächsangebot bzw. einen Behandlungsvorschlag des Arztes / der Ärztin eher annehmen können. Grundsätzlich gilt, dass ein offenes Gespräch über die Situation, die Not und Verzweiflung und etwaige Suizidgedanken immer hilfreich ist.

Das Angebot einer verstehenden tragfähigen Beziehung steht meist im Widerspruch zur Selbsttötungsabsicht. Auch Mitarbeiter/innen der ambulanten wie stationären Altenhilfe sollten geschult sein, eine Suizidgefährdung zu erkennen, und in der Lage sein, zumindest ein erstes Gesprächsangebot zu machen.

Die Strategie der Langzeitbehandlung wird sich primär an der zugrundeliegenden Störung orientieren. Nach wie vor stellt es ein Problem dar, dass Depressionen im höheren Lebensalter oft unerkannt oder als unabwendbare Begleitung von Alter, Krankheit und Einsamkeit angesehen werden und damit unbehandelt bleiben. Eine antidepressive Medikation muss speziell auf die Situation des alten Menschen abgestimmt werden.

Vor allen Dingen ist zu beachten, dass das Nebenwirkungsprofil von Psychopharmaka bei älteren Menschen auch aufgrund der Multimorbidität anders und damit schwieriger einzuschätzen ist. Es kann also Sinn machen, für die medikamentöse Behandlung gerontologisch erfahrene Psychiater beizuziehen. Ein ebenso großes Problem stellt der zunehmende soziale Rückzug dar, der immer auch als Warnsignal gewertet werden muss.

Förderung sozialer Kontakte und das Einbeziehen in soziale Netzwerke sollen der Vereinsamung entgegenwirken. Psychiatrische und speziell medikamentöse Therapie und Psychotherapie schließen einander keinesfalls aus. Die Effektivität von Psychotherapie im

Alter ist mittlerweile mehrfach belegt (58, 59, 60). Das Angebot muss aber stärker an die aktuelle Lebenssituation des älteren Menschen angepasst werden.

Die geringe Inanspruchnahme professioneller Hilfe im Allgemeinen und psychotherapeutischer Unterstützung im Speziellen verlangt nach neuen Behandlungskonzepten und Behandlungseinrichtungen für ältere Menschen.

Konkrete Ziele der Suizidprävention bei älteren Menschen:

- Ausbau zugehender wohnquartiernaher Formen sozialer und beratender Hilfe durch professionelle und ehrenamtliche Krisenhelfer. Telefonkontaktdienste sollten auf die speziellen Bedürfnisse älterer Menschen vorbereitet sein.
 - Vernetzung von Krisendiensten mit den Angeboten der Altenhilfe, Schulung von Krisenhelferinnen/-helfern in gerontologischer Fachkompetenz
 - Fortbildung von Fachpersonal der Altenhilfe im Erkennen von Suizidgefährdung und Krisenintervention
 - Fortbildung von Allgemeinärztinnen/-ärzten. Bei der Behandlung von Suizidalität hat der Hausarzt / die Hausärztin oft eine wichtige Funktion. Er/sie kennt die Patientinnen und Patienten meist über einen längeren Zeitraum und ist dadurch eher in der Lage, die körperliche und psychische Symptomatik richtig einzuordnen und somit eine Gefährdung rechtzeitig zu erkennen. Oftmals besteht außerdem ein besonderes Vertrauensverhältnis. Der ältere Mensch wird demgemäß das Gesprächsangebot bzw. einen Behandlungsvorschlag des Arztes / der Ärztin eher annehmen können.
 - Frühzeitige Diagnostik und fachärztliche Behandlung depressiver Störungen in Begleitung chronischer somatischer Erkrankungen Optimierung von Palliativmedizin und Sterbebegleitung, insbesondere auch durch adäquate Schmerztherapie Erhaltung von Kommunikation und sozialer Teilnahme, Herstellung und Sicherung altersfreundlicher und problemreduzierender Rahmenbedingungen
 - Information, Aufklärung, Edukation, Öffentlichkeitsarbeit über Probleme des Älterwerdens zum Zweck der Einstellungs- und Verhaltensänderungen der Bevölkerung sowie in Fachkreisen; Thematisierung existentieller Fragen des Lebensendes – Krankheit, Autonomieverlust, Sterben, Tod, Trauer
-

6. Gruppen mit erhöhtem Risiko

Schulung in sozialen Fertigkeiten im Umgang mit psychisch Kranken, Alten und Vereinsamten, chronisch Kranken, mit Alkohol-, Drogen- und Medikamentenmissbrauchern, Opfern von Gewalt oder Selbstverletzung, Strafgefangenen, Personen mit Suizidankündigung und nach Suizidversuch etc., um Verständnis dafür zu entwickeln, wie Konflikte, Krisen, Depressionen und Suizidprobleme entstehen, wie sie wahrgenommen werden und wie man mit ihnen umgehen kann.

a. Gesundheits- und medizinische Betreuung, Sozialarbeit

Durch aktives Kontaktieren von Personen aus den genannten Risikogruppen soll deren Situation besser verstanden und sollen deren spezifische Problemlagen und Bedürfnisse erkannt werden. Insbesondere geht es um Verständnis dafür, wie Konflikte, Krisen und Suizidprobleme entstehen und erfahren werden, wie die Betroffenen selbst damit umgehen können und wie die Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe die eigenen Fähigkeiten reduziert, mit solchen Problemen umzugehen.

Weiterer Ausbau und Verbesserung von Organisationen, die sich speziell mit diesen Risikogruppen beschäftigen.

Ziele für Risikopopulation:

- Ausreichende psychosoziale Versorgungsstrukturen vorhalten
 - Auch Spezialprogrammen Raum geben (schwere komorbide Störungen)
 - Suizidalität explizit als Teil der theoretischen Ausbildung von Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Ärztinnen/Ärzten und Psychiaterinnen/Psychiatern
-

7. Schulung und Entwicklung

Schulung und Übung des Umgangs mit Risikogruppen müssen speziell gewährleistet sein, z. B. in Trainingsprogrammen allgemeiner Natur für alle, die mit suizidgefährdeten Personen in Kontakt kommen oder kommen könnten, darüber hinaus ergänzende Schulung in speziellen Kursen für Beratungs- und Behandlungsfunktionen.

a. Ausbildungsmaßnahmen für Professionelle

Informationsaufbereitung:

Regelmäßige zusammenfassende Darstellung der Situation und des gegenwärtigen Stands der Suizidprävention, Spezifizierung von neuen Wissensanforderungen und Erstellung von Richtlinien für zukünftige Entwicklungen.

Sammlung von Informationsmaterial:

- Professionelle Erstellung und Verbreitung der Information über Suizidprobleme und Suizidprävention
- Analyse der Effekte von Informationskampagnen, insbesondere was die Rolle der Medien in der Suizidprävention betrifft
- Dokumentation, wie diese Information so präsentiert werden kann, dass gesundheitsfördernde Effekte (Papageno-Effekt) erzielt und unerwünschte Effekte (Werther-Effekt) minimiert werden
- Ermutigung zu kommunikativer Auseinandersetzung über existenzielle Probleme, insbesondere hinsichtlich der Einstellung zum Tod, zum Suizid und zur Suizidprävention
- Anregung zu offener Information und Diskussion in der Literatur und in den Medien

Die ersten Hinweise auf die Bedeutung von Trainingsprogrammen für professionelle Mitarbeiter/innen in der Prävention und für Berufsgruppen, die mit suizidalen Patienten arbeiten, stammen aus den 1970er Jahren. In Schweden und Estland wurden diese Programme mit höchster Priorität umgesetzt. Um die Professionalität von in der psychiatrischen Versorgung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu steigern, implementierte das National Institute for Suicide Prevention (NASP) ein 200 Stunden umfassendes akademisches Postgraduate-Programm für Suizidprävention. Dieses „Train the Trainers“-Programm dauert zwei Jahre und wird am Karolinska-Institut durchgeführt. Um an diesem Kurs teilnehmen zu können, müssen die Leiter der

entsendenden Einrichtung schriftlich zustimmen, dass die Mitarbeiter/innen, die diese Kurse besuchten, in den jeweiligen Einrichtungen zumindest fünf Stunden pro Woche suizidpräventive Aktivitäten umsetzen dürfen. Um dem biopsychosozialen Aspekt von Suizidalität gerecht zu werden, sollten zumindest zwei Schlüsselpersonen pro Einrichtung mit unterschiedlichen akademischen Zugängen den Kurs besuchen (61).

Diese Kurse werden bis heute durchgeführt und inzwischen international angeboten. Die Teilnehmer kommen aus allen Kontinenten, was weltweite Effekte mit sich bringt. In dem 2009 von Danuta und Camilla Wassermann herausgegebenen Buch über Suizidprävention (62) spiegeln sich diese Effekte durch die Beiträge aus der ganzen Welt wider.

Übrigens gibt es in diesem Buch kein Kapitel über Suizidprävention in Österreich, trotz der bestehenden Aktivitäten und der schon seit hundert Jahren gepflegten suizidpräventiven Initiativen. Schweden übernimmt die Kosten für Länder der Dritten Welt und leistet somit auch auf Ebene der Suizidprävention Entwicklungshilfe (61).

In Österreich sind vergleichbare Kurse, die flächendeckend angeboten werden, zwar angedacht, aber noch nicht umgesetzt. Ein derartiger berufsbegleitender Kurs wäre zweifellos einer der wesentlichen Inhalte eines nationalen Suizidpräventionsprogramms. Bei der Umsetzung ist auf einen möglichst großen Multiplikationseffekt zu achten. Es müssen Systeme geschaffen werden, die eine Weitergabe des vermittelten Wissens garantieren. Durch Abschlussarbeiten, die innovative Konzepte aus dem jeweiligen Tätigkeitsbereich zum Ziel haben, sollen positive Entwicklungen angebahnt werden.

b. Wer an diesen Programmen teilnehmen soll

- FÄ für Psychiatrie und medizinische Psychotherapie
- Allgemeinmediziner/innen
- Schulärztinnen/-ärzte
- Gesundheits- und Krankenpfleger/innen
- Psychologinnen/Psychologen
- Psychotherapeutinnen/-therapeuten
- Sozialarbeiter/innen
- Vertreter/innen von Exekutive und Militär
- Vertreter/innen aus der Jugendarbeit (Schulen, Jugendzentren)
- Mitarbeiter/innen des AMS

c. Forschung und Entwicklung

Hier müssen Methoden des Unterrichts in Suizidprävention entwickelt werden, insbesondere Trainings für Lehrer, die in den verschiedensten Unterrichtsbereichen arbeiten, vom Kindergarten bis zur Universität, von den Pflichtschulen bis zur Volkshochschule.

Ausbildung bezüglich krisenhafter Entwicklungen, psychischer Schwierigkeiten und Suizidprävention von unterschiedlichen Zielgruppen (Lehrkräfte, Sozialarbeiter, Krankenschwestern, Psychologen, Psychotherapeuten, Ärzte, Psychiatern, Geistliche etc.),

aber auch von bestimmten anderen „wachenden“ Berufen wie z. B. Polizei, Rettung, Bundesheer, Sicherheitswachebeamte.

Konkrete Ziele bezüglich Schulung und Entwicklung:

- Gründung eines universitären Institutes mit folgenden Aufgaben:
 - Einbindung in die Steuerungsgruppe
 - Operative Koordination des nationalen Suizidpräventionsplanes
 - Evaluation laufender Programme
 - Wissenschaftliche Begleitung
 - Organisation von Lehrgängen
-

8. Reduzierte Erreichbarkeit und Verfügbarkeit von Suizidmitteln

Dieses Thema bezieht sich insbesondere auf das Transportsystem, auf Waffen und auf Medikamente und Verschreibungen.

a. Verkehr

- Alkoblocks (ein Auto kann nur in Betrieb genommen werden, wenn der Fahrer nicht alkoholisiert ist)
- Reduktion von Kohlenmonoxid in den Auspuffgasen bzw. Installierung von Geräten, die ab einer gewissen Kohlenmonoxidkonzentration den Leerlauf stoppen
- Veränderung der Auspuffrohre, damit die Verbindung mit einem Schlauch in das Wageninnere nicht so leicht möglich ist (flache Schlitz)
- Airbags als Standard für alle Autos
- Schutz und Telefonmöglichkeiten an Orten mit besonders hoher Suizidfrequenz (hohe Gebäude, Brücken etc. – „Hot Spots“)
- Maßnahmen für U-Bahn-Stationen mit hoher Frequenz von Unfällen und Suiziden
- Maßnahmen bezüglich der Frontseite von Lokomotiven, um tödliche Überführungen eher vermeidbar zu machen

b. Gebäudesicherung („Hot Spots“)

Gebäude und andere bauliche Einrichtung sollten über eine entsprechende Bauordnung suizidsicher gestaltet werden. Das beginnt bei der Gestaltung von klinischen Einrichtungen und endet bei der Identifizierung und Sicherung von „Hot Spots“. Solche Hot Spots sind z. B. hohe Gebäude, Brücken, bestimmte Bahnstrecken, Baustellen in der Nähe von Krankenhäusern.

b. Waffen

Restriktive Politik bezüglich Waffenbesitzes hat eine sehr gute wissenschaftliche Evidenz in der Suizidprävention. Längere „cool-off“-Perioden, psychiatrisch-psychologische Verlässlichkeitsprüfungen vor dem Erwerb jeglicher Schusswaffen sowie regelmäßige Überprüfungen derselben (vgl. Pilotenschein), Registrierung von psychologischen

Ergebnissen zur Verhinderung von Test-Tourismus sind Beispiele für präventive Aspekte der Waffengesetzgebung (62).

c. Medikamentensicherheit

Man kann die Sicherheit von Medikamenten steigern, indem man besonders bei toxischen Substanzen die Verschreibung reduziert. Aber auch durch eine Reduzierung der Packungsgrößen und eine Verblisterung kann die Sicherheit erhöht werden.

- Erhöhte Vorsicht bei toxischen Medikamenten
- Passende Formen und Packungsgrößen
- Vorsichtige Verschreibungsgewohnheiten und sorgfältige Nachkontrolle
- Ambulant kein Medikament ohne Arzt-Patient-Beziehung!

Konkrete Ziele bezüglich Erreichbarkeit von Suizidmitteln:

- Standards und Normen für den Verkehr im Sinne der Suizidprävention
 - Standards und Normen im Bereich Gebäudesicherheit im Sinne der Suizidprävention
 - Striktere Normen im Bereich Waffenbesitz
 - Evaluation laufender Programme
 - Wissenschaftliche Begleitung
-

9. Nationale Expertise

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

a. Datenbasen

- Anonymisierte personenbezogene Daten von Suiziden und Suizidversuchen nach Alter, Geschlecht, Familienstand, Beruf, Nationalität, Methode, Tatort, Wohnort
- Anonymisierte Daten von angrenzenden Ländern
- Information über die medizinische, soziale und psychologische Infrastruktur
- Datenbasen der laufenden Suizidforschung, bezogen auf Untersuchungsprojekte und Untersuchungsgruppen
- Literaturdatenbank sowohl für die Wissenschaft als auch für die o. a. Schulungen, insbesondere die deutschsprachige Literatur berücksichtigend

b. Qualitätssicherung

- Höhere Priorität der Suizidforschung
- Bestimmung von dringlichen Gebieten der Forschung
- Ein eigenes Zentrum für Suizidforschung und -prävention könnte folgende Aufgaben haben:
 - Initiierung und Durchführung von Untersuchungen, speziell von Risikofaktoren in Bezug auf Suizid

- Entwicklung von Konzepten und Klassifikationssystemen in der Suizidologie, die verbindlich in der Forschung und klinischen Arbeit verwendet werden
- Entwicklung von Methoden, um suizidologische Gesundheitskonsequenzen von verschiedenen sozialen Veränderungen zu untersuchen
- Entwicklung von Methoden, um universelle, selektive und indizierte Suizidprävention zu implementieren
- Entwicklung von Evaluations-Instrumenten, um die Effekte von entsprechender Schulung, Fortbildung und Information zu überprüfen.
- Planung und Initiierung und Evaluation von Suizidpräventionsmaßnahmen
- Entwicklung von Netzwerken von Personen, die wissenschaftlich, aber auch praktisch in der Suizidprävention arbeiten, Informationstätigkeit in Bezug auf Diagnostik, Behandlung und Prävention zu den entsprechenden politischen Entscheidungsträgern, aber auch zu Betreuungspersonal und zur Öffentlichkeit

Konkrete Ziele bezüglich nationaler Expertise:

- Deckt sich in weiten Bereichen mit Schulung und Entwicklung
-

10. Gesetzliche Voraussetzung

Hier werden alle gesetzlichen Grundlagen diskutiert, die in den obigen Inhalten dargestellt sind. Häufig geht es um die Grundlagen, die mit der Erreichbarkeit von Suizidmitteln zusammenhängen.

Entsprechende legislative Vorschläge werden jedoch auch in vielen anderen Bereichen der neun angeführten Arbeitsgebiete nötig sein (z. B. bei schulischen Aktivitäten, Lohngerechtigkeit, Chancengleichheit, Personalentwicklung am Arbeitsplatz, Ruhensbestimmungen) (63, 64, 65).

Konkrete Ziele bezüglich gesetzlicher Voraussetzungen:

gesetzliche Grundlagen im Zusammenhang mit

- Verkehr
 - Baulichen Maßnahmen
 - Medikamentenverabreichung
 - Schulbereich
 - Arbeitsrecht
 - Waffengesetzgebung
-

Schlussfolgerung

Die Aufzählung dieser 10 Arbeitsbereiche macht deutlich, dass es nicht mehr angeht, Suizidprävention nur Einzelinitiativen zu überlassen, sondern dass, so wie in vielen anderen Ländern, ein nationales Suizidpräventionsprogramm initiiert werden muss, in dem die hier gemachten Vorschläge und Anregungen enthalten sind.

Kapitel 3

Entwicklung einer nationalen Suizidpräventionsstrategie

1. Grundsätzliche Überlegungen

Grundsätzlich zielen nationale gesundheitspolitische Strategien immer auf Erhaltung von Gesundheit, Verhinderung von Erkrankungen, Reduktion von Erkrankung, Behinderung und Sterblichkeit ab. Viele Gesundheitssysteme haben eine Reihe von fachübergreifenden Konzepten entwickelt, um die Sterblichkeit an Verkehrsunfällen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Infektionserkrankungen (Tuberkulose, Malaria, HIV, Grippe) und Neoplasmen zu reduzieren (64).

Entsprechende Strategien im Sinne einer Suizidprävention sind selten, obwohl der Suizid häufiger ist als z. B. der Tod im Straßenverkehr. Psychische Erkrankungen und der Suizid sind höchst stigmatisiert, was zusätzlich zu einer deutlichen Unterschätzung des Problems führt (65). Internationale epidemiologische Studien und Ergebnisse von psychologischer Autopsie lassen noch höhere Suizidraten vermuten, als die jeweiligen nationalen Statistiken ohnehin schon ausweisen (66).

Zudem zeigen Menschen nach Suizidversuchen, und hier besonders Frauen, eine Exzessmortalität, was bedeutet, dass die strukturierte Nachbetreuung von Suizidversuchpatientinnen/-patienten nicht nur Suizide verhindert, sondern auch den Tod aus anderen Todesursachen reduzieren kann (66).

Grundsätzlich gibt es eine Reihe von Hinweisen, dass der Suizid als Folge vieler psychiatrischer Erkrankungen klar als ein medizinisches Problem anzusehen ist. Eine Reihe evaluierter Suizidpräventionsprogramme hat die Effektivität von Suizidprävention belegt. Die Probleme, die ein frühzeitiger Tod entstehen lässt, sind ebenfalls belegt. Sowohl für das familiäre und unmittelbare Umfeld (67) als auch für die Volkswirtschaft ist diese Form eines „frühzeitigen Todes“ von nicht zu unterschätzender Bedeutung (28, 29). Die Traumatisierung, die bei Kindern, Partnern, Verwandten, Freunden und Arbeitskolleginnen/-kollegen entsteht, ist erheblich (siehe intangible Kosten, Abschnitt D).

2. Tabu Suizid

Die schnelle Reaktion Schwedens und vieler anderer europäischer Staaten lag daran, dass das Faktum vollinhaltlich bewusst war: Suizid zählt zu den häufigsten Todesursachen, besonders bei jungen Menschen. Dass der Suizid in Österreich bis zum 50. Lebensjahr die zweithäufigste Todesursache ist, war zwar im Frühjahr 2010 Medienberichten zu entnehmen

(siehe Abbildung 2 und 3), kommentiert wurde dieses Faktum jedoch weder von den Experten noch von den Medien.

Es scheint eine enorme kulturimmanente Tabuisierung zu bestehen, die weder eine politische noch eine wissenschaftlich fundierte Berücksichtigung dieses Umstandes erlaubt. Viele Verfasser nationaler Suizidpräventionsprogramme berichten über dieses Phänomen der gesellschaftlichen Tabuisierung, woraus sich ergibt, dass Awareness-Programme ein wichtiges Ziel nationaler präventiver Programme darstellen.

Das bewusst zurückhaltende mediale Auftreten zum Thema Suizid hat zwar einen bedeutsamen suizidprophylaktischen Effekt, als gravierende Nebenwirkung müssen wir allerdings feststellen, dass im Zusammenhang mit dem Thema Suizid weder in der Bevölkerung noch auf politischer Ebene ein Problembewusstsein besteht.

a. Tabu und soziales Milieu

Der besonders tabuisierte Bereich der Suizidalität hinkt hinsichtlich der Entstigmatisierungsprozesse bei psychischen Erkrankungen freilich sichtlich hinterher. Insbesondere sind hierzu erhebliche Disparitäten zwischen unterschiedlichen sozialen Milieus feststellbar:

Während es bei Angehörigen jüngerer Alterskohorten der urbanen Mittel- und Oberschichten in Österreich nunmehr durchaus nicht verpönt ist, auch außerhalb des engsten Familien- und Freundeskreises über psychische Belastungen, Krisen und Erkrankungen, allenfalls auch die Inanspruchnahme professioneller Hilfe zu kommunizieren, stellt ein derartiges Verhalten in der Generation der heute über 50-Jährigen generell noch eher die Ausnahme dar, und es lässt sich in ländlichen und/oder bildungsfernen sozialen Gruppen auch bei jüngeren Erwachsenen noch sehr häufig die Dominanz von Abwehr-, Verdrängungs- und Stigmatisierungshaltungen beobachten.

Diese unterschiedlichen Verarbeitungsmuster korrespondieren sehr deutlich mit den feststellbaren Differenzen in den spezifischen Suizidhäufigkeiten: Waren in der Zeit zwischen ca. 1850 und 1950 die Städte die Zentren nicht nur des ökonomischen und kulturellen „Fortschritts“, sondern auch des Massenelends und der sozialen Desintegration und damit auch die Brennpunkte der Suizidalität (68), während in den ländlichen Kommunen – bei allen sonst damit verbundenen Problemen und auch psychischen Belastungen – noch die protektiven Faktoren der traditionellen, engen sozialen Bande wirksam (69) und die Suizidraten im Allgemeinen vergleichsweise niedrig waren, so hat sich das Verhältnis im Laufe der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts nahezu umgekehrt:

Die Großstadt Wien, lange an erster Stelle der Suizidraten im Bundesländervergleich, nimmt mittlerweile den untersten Rang ein, und auf mikroregionaler Ebene zeigen periphere, ländliche Bezirke nunmehr die höchsten Suizidraten (Abb. 7), wenn auch im österreichweiten Vergleich derzeit kein deutlicher Zusammenhang zwischen Urbanitätsgrad und Suizidrate feststellbar ist. Eine mittlerweile fortgeschrittene „Modernisierung“ von Lebensauffassungen und Sozialverhalten scheint auch dort vermehrte Suizidalität zu begünstigen, während zugleich die Antidote der „Postmoderne“ – im therapeutischen Bereich auf dem viel allgemeineren Feld der Einstellungen und Lebensstile – offensichtlich vielfach noch nicht „angekommen“ sind.

(Rohe) Suizidraten in Österreich nach Bezirken (Todesursachenstatistik, 2001-2009)

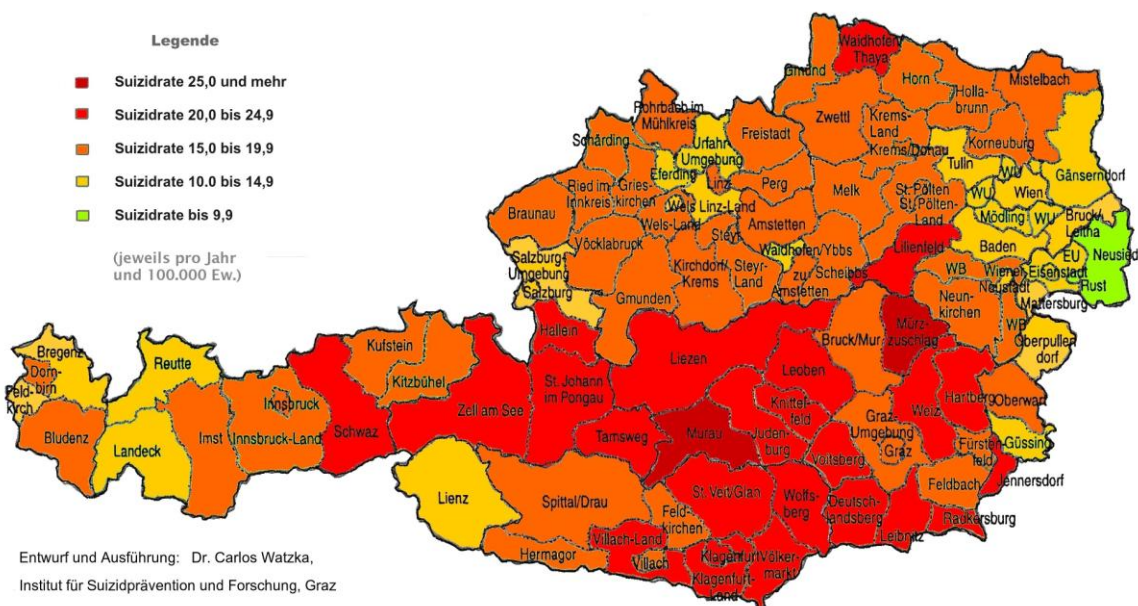


Abb. 7: (Rohe) Suizidraten in Österreich nach Bezirken (Todesursachenstatistik 2001–2009) (Carlos Watzka)

3. Situation in Österreich und deren Berücksichtigung in SUPRA

a. Stand und Entwicklungsmöglichkeiten von Kriseninterventionszentren

Wie ist der Stand und wie sind die Entwicklungsmöglichkeiten eines Kriseninterventionssystems in Österreich?

Wie aus der tabellarischen Zusammenstellung (Tab. 1) ersichtlich wird, sind sowohl der Umfang des Angebots als auch die organisatorische Struktur der Krisenintervention in den einzelnen Bundesländern höchst unterschiedlich. Spezifische Kriseninterventionszentren für alle Hilfesuchenden existieren gegenwärtig in drei Bundesländern, nämlich in Wien, Salzburg und Oberösterreich.

Vor allem aber ist mit Ausnahme der Telefonseelsorge keineswegs überall eine – wie auch immer organisierte – regional verankerte Anlaufstelle mit telefonischer 24-Stunden-Erreichbarkeit gegeben. Auch mobile Krisenarbeit – also die Möglichkeit, dass Experten im Bedarfsfall anrufende Suizidgefährdete auch an ihren jeweiligen Aufenthaltsorten für ein professionelles Gespräch und gegebenenfalls zur Veranlassung weiterer Betreuung aufsuchen – wird derzeit überhaupt nur in zwei Bundesländern (Wien und Kärnten) flächendeckend und in einem weiteren (Oberösterreich) teilweise (in manchen Bezirken) praktiziert.

Bundesland	Professionelle telefonische Anlaufstelle mit 24-Stunden-Erreichbarkeit im Bundesland*	Landesweit koordinierte, persönliche Betreuung in Krisen zu festgelegten Zeiten	Landesweit koordinierte persönliche Betreuung in Krisen, 24 h erreichbar	Koordinierte persönliche Betreuung, in Krisen 24 h erreichbar und mobil
Wien	Ja	Ja	Ja	Ja
Burgenland	Ja	Ja	Nein	Nein
Kärnten	Ja	Ja	Ja	Ja
Niederösterreich	Ja	Ja	Nein	Nein
Oberösterreich	Ja	Ja	Ja	Zum Teil
Salzburg	Ja	Ja	Nein	Nein
Steiermark	Nein	Nein	Nein	Nein
Tirol	Nein	Nein	Nein	Nein
Vorarlberg	Nein	Nein	Nein	Nein

Bundesland	Betreuung im Rahmen von psychosozialen Zentren/Diensten	Betreuung in psychiatrischen Abteilungen/ Krankenanstalten	Betreuung in Kriseninterventionszentren für jede/n	Betreuung in Kriseninterventionszentren für spez. Gruppen
Wien	Ja	Ja	Ja	Ja
Burgenland	Ja	Ja	Nein	Nein
Kärnten	Ja	Ja	Nein	Ja
Niederösterreich	Ja	Ja	Nein	Nein
Oberösterreich	Ja	Ja	Ja	Ja
Salzburg	Ja	Ja	Ja	Ja
Steiermark	Ja	Ja	Nein	Nein
Tirol	Ja	Ja	Nein	Ja
Vorarlberg	Ja	Ja	Nein	Nein

Tab. 2: Derzeit (Stand: Oktober 2010) bestehen spezifisch der Krisenintervention und der Suizidprävention gewidmete Angebote in folgenden Regionen Österreichs, zusammengestellt von Carlos Watzka

Niederschwelligem, regionalen und mobilen Angeboten zur Suizidvermeidung sollte daher in Zukunft besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden, wenn eine weitere Absenkung der Suizidraten angestrebt wird.

Diese Auffassung wird von führenden Suizidpräventionsexpertinnen und -experten schon lange vertreten (70); eine rezente, österreichweite Online-Befragung von Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Psychologinnen/Psychologen und Ärztinnen/Ärzten zum Thema Suizidprävention untermauert die hohe Relevanz dieses Aspekts nochmals (71).

Nach den wichtigsten Maßnahmen zur Erreichung einer signifikanten Reduktion der Suizidzahlen in Österreich gefragt, rangierte unter den Antworten die Einrichtung von Kriseninterventionsstellen in allen Regionen mit 74 Prozent Nennungen an erster Stelle, gefolgt von der Forderung nach Realisierung eines bedarfsgerechten Zugangs zu Psychotherapie auf Krankenschein mit 69 Prozent.

Auch die Einrichtung professionell besetzter, 24 Stunden täglich erreichbarer Krisenhotlines findet sich mit 53 Prozent Nennungen unter den von Expertinnen und Experten am häufigsten gewünschten Maßnahmen, neben der Forderung nach einer besseren Vernetzung der verschiedenen mit Krisenintervention befassten Berufsgruppen (61 %) und jener nach einer Erhöhung der personellen Ressourcen in den psychosozialen Betreuungseinrichtungen (56 %).

Die Prozentangaben beziehen sich auf 508 vollständig beantwortete (von insgesamt 881 ausgefüllten) Fragebögen. Die Rücklaufquoten bezogen auf diese Nettostichprobe betragen 3,5 Prozent im Bereich der Psychotherapeutinnen/-therapeuten und 5,4 Prozent im Bereich der Klinischen und Gesundheits-Psychologinnen/-Psychologen; die Berufsgruppe der Ärztinnen/Ärzte (Allgemeinmediziner/innen und Fachärztinnen/-ärzte für Psychiatrie und Neurologie) konnte wegen fehlenden Zugangs zu E-Mail-Adressen leider nur marginal erreicht werden (Rücklaufquote: 0,5 %).

Die Einschätzungen der Psychotherapeutinnen/-therapeuten und Psychologinnen/Psychologen dominieren demnach die Gesamtergebnisse.

Den Hinweisen auf die Notwendigkeit erhöhter personeller Ressourcen und eines allgemeinen, unbürokratischen Zugangs zu psychologischer Beratung und Psychotherapie für Menschen in psychischen Krisen ist hier nichts hinzuzufügen.

Die anderen von den befragten Expertinnen und Experten als prioritär bezeichneten Maßnahmen verweisen nicht zuletzt auf die entscheidende Wichtigkeit regionalisierter, zugleich aber koordinierter Angebote:

Nur auf diese Weise erscheinen nämlich grundlegend wichtige Angebote wie 24-Stunden-Hotlines sowie rund um die Uhr persönlich erreichbare und im Notfall auch mobil agierende Krisenteams finanzier- und organisierbar.

Denn zum einen wird es keinesfalls möglich sein, psychosoziale Zentren in allen Bezirken als 24-Stunden-Institutionen zu führen, sodass eine bundesländerweite Koordination jedenfalls angeraten erscheint, zum anderen müssten die jeweils diensthabenden Krisenteams aber so organisiert und positioniert sein, dass sie in ausreichend kurzer Zeit (maximal 30 Minuten wären anzustreben) von jedem (bewohnten) Teil des betreffenden Bundeslandes aus zu erreichen sind.

Wie leicht zu erkennen ist, ergeben sich in dieser Hinsicht durchaus unterschiedliche Herausforderungen für die verschiedenen Länder, abhängig nicht zuletzt von geographischer Größe und topographischer Situation, wobei gerade die bislang, neben Vorarlberg, am wenigsten mit Einrichtungen zur Krisenintervention ausgestatteten Bundesländer Steiermark und Tirol diesbezüglich besondere Erschwernisse aufweisen.

Deutlich wird auch, dass die Einrichtung spezifischer Kriseninterventions- bzw. Suizidpräventionszentren im Sinne räumlich und rechtlich gesonderter Einrichtungen neben dem mittlerweile bereits sehr engmaschig geknüpften System psychosozialer Zentren – solche existieren mittlerweile in den meisten Bezirken Österreichs – sicherlich nur eine ergänzende Strategie darstellen kann, wie sie insbesondere für Ballungsräume sinnvoll ist.

Für die weniger dicht besiedelten Regionen scheint dagegen zweifellos die Etablierung von Einrichtungen zur Krisenintervention sinnvoll zu sein, die an bestehende Strukturen des allgemeineren psychosozialen und medizinischen Versorgungssystems anknüpfen (31, 71, 72) und die im Folgenden als „regionale Krisenstellen“ und „regionale Krisenteams“ bezeichnet werden.

Die jeweils bundesländerweite Initiierung, Koordination und Evaluation wäre, den derzeitigen Gegebenheiten nach, am besten den Gesundheitsressorts der Landesregierungen zu übertragen, die Finanzmittel von Bund und/oder Ländern bereitzustellen. Derartige Einrichtungen eines regionalen Krisendienstes sollten zur Erreichung möglichst hoher Effizienz über österreichweit oder wenigstens bundeslandweit einheitliche Krisennotrufnummern (z. B. 199) erreichbar sein, die den Anrufenden je nach Standort aber automatisch an die nächstgelegene regionale Krisenstelle leiten.

Eine Entgegennahme der Anrufe in landes- oder gar bundesweiten Telefonzentralen sollte dagegen nicht erwogen werden, schon wegen der damit einhergehenden zusätzlichen Koordinationsaufwände, vor allem aber wegen der gerade bei der Betreuung von Menschen in Krisensituationen eminent wichtigen soziokulturellen Verständigungsbasis, deren Abhängigkeit von regionalen sprachlichen Gegebenheiten vielfach zu wenig beachtet wird. Auch sollten die Diversität regionaler Mentalitäten und damit mögliche Schwierigkeiten für empathische Kommunikation bei allzu großer geographischer und damit gleichsam „kultureller“ Distanz zwischen Hilfesuchenden und Helfern beachtet werden.

Die regionalen Krisenstellen bzw. Krisendienste sollten in Kooperation mit Einsatzorganisationen sowie psychosozialen Zentren und Diensten flächendeckend für ganz Österreich etabliert werden, wobei (insbesondere für Bundesländer mit disperser Bevölkerung) jeweils zwei bis vier Bezirke (im Falle Vorarlbergs also das gesamte Land) zu einem „Krisenverbund“ zusammengefasst werden sollten (etwa analog den NUTS-Versorgungsregionen), in dem Sinne, dass abwechselnd die regionalen Krisenteams je eines Bezirks für das gesamte Gebiet des Krisenverbunds zuständig sind.

Solche Krisenteams sollten zur Sicherstellung entsprechender dauerhafter Motivation aus freiwillig, aber gesondert bezahlt oder aber im Rahmen ihrer Dienstzeiten in ihren Hauptberufen mitwirkenden Personen bestehen. Sie sollten aus Mitarbeitern der jeweiligen psychosozialen Zentren, aus niedergelassenen Expertinnen/Experten sowie Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern von Einsatzorganisationen wie dem Rotem Kreuz zusammengesetzt sein, um auf eine ausreichende Personalbasis in der jeweiligen Region zurückgreifen zu können, wobei die konkrete Teambildung den jeweiligen regionalen Umständen angepasst werden könnte bzw. müsste. Selbstverständlich sollten aber in jedem Fall die auf dem Feld der Krisenintervention zentralen beruflichen Kompetenzen von Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Sozialarbeiterinnen/-arbeitern und Medizinerinnen/Medizinern in den Teams ständig erreichbar sein, um eine ausreichend professionelle Unterstützung sicherzustellen.

Derartige Krisenteams mit alternierendem, durchgängig erreichbarem Bereitschaftsdienst sollten weiters zum einen vor Ort in jedem Bezirk jeweils in einer geeigneten Einrichtung (in einem psychosozialen Zentrum, einer Praxis eines Therapeuten oder Arztes, Beratungsstelle einer Hilfsorganisation o. ä.) einen gesonderten Raum jederzeit verfügbar haben, um dort nach telefonischem Kontakt Betreuungsgespräche durchführen zu können, und zum anderen über die erforderliche Ausstattung verfügen, um nötigenfalls auch mobil wirken zu können und Suizidgefährdete an ihrem jeweiligen Aufenthaltsort aufzusuchen, wie es derzeit zum Teil von Einsatzgruppen der Polizei geleistet wird. Diesbezüglich wäre eine Koordination höchst sinnvoll, sie erscheint aber aufgrund der unterschiedlichen Organisationsstrukturen und -kulturen als Herausforderung.

Näher überlegenswert wäre wohl auch eine Kooperation mit Einsatzorganisationen wie dem Roten Kreuz, das ja bereits über eine österreichweit flächendeckende und rund um die Uhr funktionsfähige Struktur für Einsätze in Notfällen verfügt. Warum sollten bei entsprechender Planung und Finanzierung in sehr akuten psychischen Notlagen nicht auch Rot-Kreuz-Teams mit einem Experten für Krisenintervention „an Bord“ ausrücken können? Diesbezügliche Organisationskonzepte hätten nicht nur den schon erwähnten Vorteil bereits existierender Strukturen, sondern würden vielleicht auch zur Entstigmatisierung der Inanspruchnahme derartiger Krisendienste besonders beitragen können.

In jedem Fall sind rund um die Uhr telefonisch erreichbare, nötigenfalls mobil tätige Krisenteams auf regionaler Basis für weite Teile Österreichs immer noch ein Desiderat und als wichtigste und effizienteste Innovationsstrategie gegenüber dem Istzustand im Bereich der spezifisch der Suizidprävention gewidmeten Einrichtungen anzusehen.

Nach dieser Skizze betreffend die gebotenen Ausbauschritte im Bereich des allgemeinen und spezifischen Versorgungssystems sei nun auf einen weiteren, aus sozialwissenschaftlicher Sicht für den Erfolg von Präventionsvorhaben fundamentalen Faktor näher eingegangen, die Frage der geeigneten Informationsvermittlung über Suizidalität, zu suizidpräventiven Angeboten an die Allgemeinbevölkerung sowie insbesondere an Risikopopulationen. Hier sind die Verbesserungspotenziale besonders groß.

4. Organisationen, die in der Suizidprävention explizit aktiv sind

a. Network for Suicide Prevention

Seit vielen Jahren (1987) besteht über das „Network for Suicide Prevention“ eine enge Zusammenarbeit mit der WHO. Tirol ist seit 1989 (TILAK, Primariat B des Landeskrankenhauses in Hall und die UMIT (s. u.) in Hall), das war der Projektbeginn der „European Parasuicide Study“, gemeinsam mit Salzburg (Christian Doppler Klinik/Uni Salzburg) Vertreter Österreichs in dieser europaweiten Studie.

Im Rahmen der regelmäßigen Gesamttreffen wurden auch die oben angeführten internationalen Papiere diskutiert. Diese Inhalte wurden in weiterer Folge in die nationale Diskussion über die Österreichische Gesellschaft für Suizidprävention (ÖGS) und die Arbeitsgruppe Suizidprävention und Krisenintervention der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie eingebracht.

b. Die Österreichische Gesellschaft für Suizidprävention (ÖGS):

Die ÖGS ist ein von Seiten der Quellenberufe der Mitglieder breit aufgestellter Verein. Von Professionellen verschiedenster Quellenberufe bis zu Betroffenen und Angehörigen können alle Mitglieder werden.

Die Finanzierung erfolgt fast ausschließlich durch Mitgliedsbeiträge, und der Sitz des Vereines ist Wien. Der Verein kooperiert eng mit der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention, was sich in der gemeinsamen Herausgabe der Zeitschrift „Suizidprophylaxe“ und der gemeinsamen Organisation einer Herbsttagung, abwechselnd in Deutschland und in Österreich, ausdrückt. Seit 2010 hat der Verein auch den Ringel-Preis gestiftet, der jedes Jahr an junge hervorragende Forscher im Bereich Suizidprävention verliehen wird. Der Preis ist mit 2.500 Euro dotiert und wird von der Firma Lundbeck finanziert. Das erste Mal wurde der Preis im Jahr 2010 im Rahmen der gemeinsamen ÖGS- und DGS-Tagung in Hall in Tirol an die Wiener Werkstätte für ihre hervorragenden Leistungen verliehen.

Die ÖGS ist auch in weiten Teilen des vorgelegten Konzeptes repräsentiert, da viele Ideen und Vorgangsweisen für die Umsetzung eines nationalen Suizidpräventionsprogramms gemeinsam entwickelt und intensiv diskutiert wurden und von allen Mitgliedern, über die genannten Autoren hinaus, wichtige Inhalte zu diesem Papier beigetragen wurden.

c. Die AG Suizidprävention und Krisenintervention der ÖGPP

Die Arbeitsgemeinschaft Suizidprävention und Krisenintervention der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP) ist eine rein psychiatrisch-ärztliche Fachgesellschaft.

Auf dieser Ebene könnten Aspekte der Ausbildung und der ärztlichen, aber auch der sozialpsychiatrischen Versorgung abgehandelt werden.

Im Rahmen der ÖGPP wurden in den letzten Jahren wesentliche Schritte in Richtung optimierter gemeindenaher Versorgung gegangen. Die Verschiebung der psychiatrischen Versorgung von zentralen Großanstalten in gemeindenahere Strukturen wurde wesentlich von der ÖGPP in die Wege geleitet. Was den inhaltlichen Beitrag zu einem nationalen Suizidpräventionsprogramm anbelangt, gilt für diese AG Vergleichbares wie für die ÖGS.

Jedes Jahr werden im Rahmen der gemeinsamen Tagung in Gmunden der Ist-Stand und die weitere Entwicklung der Suizidprävention präsentiert und diskutiert, zuletzt im April 2011 im Rahmen der ÖGPP-Jahrestagung, als das Symposium der AG ausschließlich einer Vorstellung und Diskussion dieses Papiers gewidmet war.

d. Psychiatriekoordinatorinnen/-koordinatoren

Einige Bundesländer verfügen über Psychiatriekoordinatorinnen/-koordinatoren, die sich um eine ausgewogene Entwicklung der psychiatrischen Versorgung der jeweiligen Bundesländer bemühen.

Die Suizidprävention sollte im Rahmen der Tätigkeit der Koordinatoren zu einer expliziten Aufgabe werden. Sie wären dafür verantwortlich, dass auf den Aspekt der Suizidprävention

im jeweiligen Bundesland geachtet wird. Es sollte vergleichbar dem Drogenforum zu regelmäßigen Treffen, organisiert vom Gesundheitsministerium, in Wien kommen, wo der jeweilige Fortschritt der Suizidprävention auf Bundesländerebene besprochen wird.

In diesem Falle würde den Psychatriekoordinatorinnen/-koordinatoren auch die Rolle von Suizidpräventionskoordinatorinnen/-koordinatoren zufallen, vergleichbar den Suchtkoordinatorinnen/-koordinatoren.

e. Kriseninterventionszentren KIZ

Die KIZ in Österreich, insbesondere das Kriseninterventionszentrum Wien, das als eines der Ersten seiner Art in Europa bereits 1977 seinen Betrieb aufnahm, waren seit ihrer Gründung immer wesentliche Akteure in der Suizidprävention und werden das schon wegen der von ihnen zu erfüllenden Aufgaben immer sein.

Die bestehenden Kriseninterventionszentren können auch als Vorbild für noch umzusetzende Projekte in jenen Bundesländern dienen, in denen es keine derartige Einrichtung gibt. Aufgrund der praktischen klinischen Arbeit sind die Mitarbeiter/innen von Kriseninterventionszentren auch kompetente Ansprechpartner, die die jeweiligen aktuellen Erfordernisse für die Suizidprävention am besten erfassen können. Somit sind sie auch immer wesentliche Initiatoren neuer Ideen und Projekte, sowohl in der Planung wie auch in der Umsetzung.

f. Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

Die Gesundheit Österreich GmbH stellt die dem Bundesministerium für Gesundheit unterstellte Einrichtung dar, die neben vielen Aufgaben (Gesundheitsplanung – ÖBIG, Qualitätssicherung – BIQG) sich auch der Prävention verpflichtet fühlt (FGÖ). Im Rahmen erster Planungen mit dem Gesundheitsministerium wurde die Rolle der GÖG diskutiert und die Frage, welche Aufgaben von dieser Seite übernommen werden könnten, erörtert.

g. Gesundheitseinrichtungen

Gesundheitseinrichtungen, insbesondere Krankenhäuser, denen Suizidprävention ein wesentliches Anliegen ist, spielen vergleichbar den Kriseninterventionszentren eine wichtige Rolle in der Suizidprävention. Dies kann durch die Etablierung von Krisendiensten stationär und ambulant geschehen, aber zunehmend nehmen sich Krankenanstalten auch abseits der rein kurativen Medizin der Prävention an.

h. pro mente austria

Pro mente austria ist eine Vereinigung sozialpsychiatrischer Dienste in Österreich. Pro mente austria führt verschiedenste Projekte durch.

Über pro mente bzw. ihre Partner werden auch Präventionsprogramme wie die „European Alliance Against Depression (EAAD) durchgeführt. Auch die Suchtpräventionsstelle in Oberösterreich ist über pro mente organisiert.

In pro mente austria sieht die ÖGS eine wesentlichen, österreichweit flächendeckend aktiven Partner in der Umsetzung präventiver Programme.

i. Kriseninterventionsteams

Seit den Ereignissen in Lassing, Galtür und Kaprun, drei Großkatastrophen, die Österreich in relativ kurzer Zeit erschüttert haben, hat sich als positive Folge daraus österreichweit ein dichtes, über das Rote Kreuz organisiertes Kriseninterventionsnetz entwickelt, das inhaltlich in der Regel durch Krisenpsychologen getragen wird .

Diese bestehende Struktur sollte zumindest in die Planung, aber auch in die operative Umsetzung von Krisendiensten eingebunden werden.

j. ARGE Suchtprävention

Die in den jeweiligen Bundesländern umgesetzte schulische Suchtprävention ist seit Jahren gut über die ARGE Suchtprävention bundesweit zusammengeführt. Durch das Implementieren der schulischen Suizidprävention in die Suchtprävention könnte dieser Teil der Suizidprävention schnell und ohne großen finanziellen Aufwand umgesetzt werden.

k. Wiener Werkstätte

Die Wiener Werkstätte, eine von Gernot Sonneck geleitete Forschungsgruppe, hat in den letzten Jahren wesentliche wissenschaftliche Beiträge zur österreichischen Suizidforschung und -prävention geleistet. Diese interuniversitäre Plattform (Medizinische Universität Wien sowie Universität Wien) besteht aus zwanzig Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus den Bereichen Psychiatrie, Psychologie, Public Health, Linguistik und anderen Disziplinen.

Durch Vernetzung und internationalen Austausch hat diese Gruppe ein erhebliches Know-how angesammelt und zählt zu einer der wissenschaftlich aktivsten Forschungsgruppen in Europa. Dies war auch der Grund, warum der erste von der Österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention gestiftete Ringel-Preis an die Wiener Werkstätte ging.

l. Universitäre Einrichtungen

Die Rolle der öffentlichen Universitäten ist wesentlich und muss geklärt werden. Das Wissenschaftsministerium spielt hier eine wesentliche Rolle.

Keine universitäre Einrichtung hat einen expliziten nationalen Auftrag. Über die hier zur Verfügung stehenden Strukturen könnte allerdings bei entsprechender Beauftragung die institutionelle Arbeit geleistet werden, die für die Umsetzung notwendig wäre. Es kommen natürlich dafür auch alle anderen im Gesundheitsbereich tätigen Strukturen in Frage.

5. Organisation der nationalen Suizidprävention Österreich

Für die Umsetzung von SUPRA ist eine gut koordinierte Arbeit der verschiedensten Bereiche wichtig. Im Rahmen der ÖGS wurden Überlegungen angestellt eine Steuerungsgruppe zu bilden.

In dieses Konstrukt sollte nach Sichtung der anderen nationalen Programme eine wissenschaftliche – lehrende – Institution maßgeblich eingebunden werden, denn diese ist in der Regel inhaltlicher Motor der jeweiligen nationalen Programme.

Bei der Umsetzung eines nationalen Planes sind natürlich viele andere 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.

Die politische Situation in Österreich

Zum zweiten Mal nach 1971 ist die Suizidprävention im Regierungsprogramm der Gesetzgebungsperiode von 2008 bis 2013 verankert.

Zitat aus dem Koalitionsabkommen:

Geplant ist die „Weiterentwicklung einer nationalen Sucht- und Suizidpräventionsstrategie mit besonderem Augenmerk auf die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen“ (Seite 179) (7)

Dass grundsätzlich bei Jugendlichen ein Handlungsbedarf besteht, geht aus der OECD-Studie 2009 deutlich hervor.

Die Aufnahme der Suizidprävention in das Koalitionsabkommen ist äußerst positiv, es geht nun darum, ein klar definiertes, zukunftsorientiertes, politisch getragenes Suizidpräventionskonzept zu entwickeln.

Der Auftrag, diese Strategie zu verfassen, ist eine klare Absichtserklärung, eine derartige Strategie von Seiten des Gesundheitsministeriums tatsächlich umsetzen zu wollen.

6. Ressortübergreifende Zusammenarbeit (Health in All Policies)

Suizidprävention ist nicht nur ein Problem des Gesundheitsressorts, es betrifft fast alle Ministerien, weshalb eine ressortübergreifende Konzeption sehr hilfreich wäre. Im Anschluss sollen darum die für das jeweilige Ressort suizidpräventiven Aspekte aufgelistet werden:

a. BM für Gesundheit:

Im Verantwortungsbereich des Gesundheitsministeriums liegen alle im medizinischen Bereich notwendigen Aktivitäten, um Menschen in suizidalen Krisen rechtzeitig zu identifizieren und die entsprechenden Hilfen anbieten zu können, inklusive aller präventiven Programme, die mit dem Gesundheitssystem zusammenhängen.

b. BM für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz:

Vielfach ist Suizid nicht ohne seine sozialen Zusammenhänge verstehbar. Finanzielle Nöte in Zeiten wirtschaftlicher Veränderungen können für Menschen zu kaum bewältigbaren Krisen heranwachsen. Im Operativen wären in diesem Ministerium z. B. Programme im Rahmen des Arbeitsmarktservice (AMS) angesiedelt.

c. BM für Wissenschaft und Forschung:

Die universitäre Verankerung der Suizidologie ist ein wesentlicher Bestandteil dieses Konzeptes und somit primär im Bereich des Wissenschaftsministeriums angesiedelt. Der Suizid ist ein interdisziplinäres Problem und bedarf deshalb auch eines interdisziplinären Zuganges. In der Suizidologie sollen möglichst viele universitäre Themenbereiche eingebunden sein. Die Wiener Werkstätte ist das beste Beispiel dafür. Hier arbeiten Psychologinnen/Psychologen und Germanistinnen/Germanisten eng mit Medizinerinnen/Medizinern zusammen. Aber auch Historiker/innen, Soziologinnen/Soziologen, Architektinnen/Architekten, Publizistinnen/Publizisten und Wirtschaftswissenschaftler/innen können bei suizidologischen Fragestellungen wichtige Beiträge leisten. Die fehlende, explizit universitäre Verankerung der Suizidologie ist in Österreich ein großer Mangel, den es zu beheben gilt.

d. BM für Landesverteidigung und Sport:

Das Problem des Suizides innerhalb des gesamten Heeres ist zwar nicht wesentlich größer als in anderen Bereichen unserer Arbeitswelt, trotzdem ist jeder Suizid mit viel Aufsehen verbunden.

Die Musterung stellt zudem eine Möglichkeit dar, junge Männer mit erhöhtem Risiko zu identifizieren und entsprechende Unterstützung anbieten zu können.

e. BM für Inneres:

Mitarbeiter der Exekutive sind häufig mit Suiziden und Suizidversuchen konfrontiert. Es gibt immer wieder Kontakt zu leitenden Stellen, die sich um das Thema der Suizidprävention bemühen. Eine Unterstützung von höchster Ebene wäre hier wünschenswert. Auch liegen die Schusswaffengenden in diesem Ressort.

f. BM für Unterricht, Kunst und Kultur

Alle präventiven Programme in Schulen sind im Einflussbereich des Unterrichtsministeriums. Da die verschiedensten präventiven Zugänge und Themen einer Koordination bedürfen, ist die Einbindung des Unterrichtsministeriums unverzichtbar.

g. BM für Wirtschaft, Familie und Jugend

Die Wirtschaft (Pharmaindustrie, Autoindustrie) kann über Beeinflussung verschiedenster Aspekte positiv im Sinne der Suizidprophylaxe wirken (Verblisterung, Packungsgrößen von Medikamenten, Kohlenmonoxydsensoren in Autos).

h. BM für Verkehr, Innovation und Technologie

Im Sinne des Schutzes von Verkehrswegen, Brücken und Gebäuden ist das Infrastrukturministerium auch wesentlich in die Überlegungen der Suizidverhütung involviert. Entwicklungen von Normen, die im Rahmen von Errichtungen von Gebäuden oder Brücken berücksichtigt werden müssten, vergleichbar dem Straßenverkehr, könnten in der Suizidvorsorge äußerst hilfreich sein. Vorteile, die zum Beispiel der Personenverkehr der ÖBB durch Sicherungsmaßnahmen von Bahnstrecken hätte (Wegfallen von Kosten, die durch Verspätungen bei Suiziden entstehen), bringen dem Streckenbetreiber keinerlei Kostenvorteil. Tatsächlich besteht dann kein Interesse, entsprechende Schutzmaßnahmen zu erstellen. Dies klingt vor allem angesichts des Eifers, der derzeit bei der Erstellung von Lärmschutzwänden besteht, eher bizarr.

7. Beispiele für nationale Zentren für Suizidprävention

Bereits am 1. 1. 1993, kurz nach dem WHO-Statement (74), dass weltweit bis zum Jahre 2000 die psychische Gesundheit gesteigert und die Suizidraten reduziert werden sollten, wurde in Stockholm das NASP (National Institute for Suicide Prevention) gegründet, das sich explizit der Erforschung und Prävention suizidalen Verhaltens gewidmet hat.

Alle Deklarationen (UNO, WHO, EU) halten fest, dass eine zentrale Institution mit entsprechender personeller Ausstattung Ausgangspunkt aller nationalen Programme sein soll. Im Rahmen einer Konferenz aller europäischen Gesundheitsminister wurden diese Inhalte auch vertraglich festgehalten und unterzeichnet (Helsinki 2005).

Es wurde vertraglich festgehalten, wie die psychische Gesundheit erhalten und wie suizidpräventiv wirksame Programme durchgeführt werden sollten. Wenige Staaten haben diese Programme in der Folge auch inhaltlich umgesetzt. Klar wird nach den vielen Versuchen der verschiedensten Nationen, Suizidprävention umzusetzen, dass dies nur gelingen kann, wenn die entsprechenden Strukturen geschaffen werden, wie das NASP am besten beweist, denn nur dadurch ist ein koordiniertes Umsetzen eines nationalen Programms möglich.

Viele der in der Prävention Tätigen blicken immer wieder ein wenig neidvoll über die Landesgrenzen in die Schweiz bzw. nach Deutschland. In diesen Ländern gibt es jeweils eine Art nationales Zentrum für Prävention (allerdings mit etwas unterschiedlichem Auftrag und Angebot).

Die „Suchtinfo Schweiz“ leistet Forschungsarbeit, beliefert bundesweit die Fachstellen und Kolleginnen/Kollegen mit Materialien, entwickelt Kampagnen sowie Webauftritte u. a. m.

und übernimmt auf diese Weise wesentliche Grundleistungen effektiver Präventionsarbeit, die für die vielen kleinen regionalen Umsetzer einfach „eine Nummer zu groß“ sind.

Die „Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung“ (BzGA) ist das deutsche Gegenstück hierzu. Auch von dieser gehen zahlreiche Impulse für die Präventionsarbeit in ganz Deutschland aus.

Ein solches Zentrum ist auch für Österreich wünschenswert. Allerdings ist ein Aspekt dabei von entscheidender Bedeutung: Der Gesamtnutzen hängt davon ab, wie gut eine solche Einrichtung mit der „Basis“ zusammenarbeitet. Wenn ein Zentrum nur dazu dient, Image-Kampagnen diverser Ministerien zu lancieren und die regionalen Fachstellen lediglich als Handlanger für den Rollout fungieren sollen, wird eine solche Einrichtung nicht nur keinen Erfolg haben, sondern schädlich sein.

Ein Ausgleich der Bundes- und Länderinteressen müsste also schon in der Konstruktion mitgedacht werden. Des Weiteren erscheint es naheliegend, gleich mehrere Präventionsdisziplinen unter einem Dach zu vereinen und nicht etwa isoliert nationale Zentren für Sucht-, Suizid- oder Gewaltprävention zu schaffen.

8. Zeit, Geld und Wollen

Abschließend noch drei zusammenfassende Bemerkungen im Kontext einer effektiven Suizidprävention:

Erstens: Konkrete Fortschritte sind zu erzielen, wenn für Prävention künftig die dafür notwendigen Mittel zur Verfügung gestellt und diese strategisch sowie gezielt, im Sinne einer Zusammenführung der Disziplinen, eingesetzt werden.

Zweitens: Auch wenn ausreichend Geld investiert wird, muss allen Beteiligten klar sein, dass ein entsprechender „Masterplan“ einen Zeithorizont von mindestens zehn Jahren umfassen muss.

Drittens: Eine „neue Gemeinsamkeit“ verlangt von allen Beteiligten zunächst einmal Kompromisse. In der Überwindung der Eigeninteressen der einzelnen Akteure und von deren Beharren auf Unabhängigkeit liegt wohl die größte Herausforderung auf dem Weg zu einem integrierten Präventionsmodell.

9.Literatur

1. Wasserman D., Wasserman C: Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention, a Global Perspectiv pp 369-71
2. Tudor K. Mental Tealth Promotion; Routledge 1996
3. WHO (2005). The Mental Declaration for Europe: Facing the Challenges, Bilding Solutions. . Finland 12-15 January 2005, p3
4. European Commission (2005). Green Paper. Improoving the mental Health of the Population: towards a strategy on Mental Health fort the European Union. European Commission, Brusseles, 14.10.2005 COM (2005) 484
5. European Commission (2008). European Pact for mental Health and Well-being. EU-High-Level-Conference „Together for Mental Health and Well-being“. Brusseles, 12-13. June 2008, European Commission, Brusseles
6. Wasserman D. Suicide Prevention in Sweden. In: Wasserman D., Wasserman C: Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention, a Global Perspectiv pp 817 - 819
7. www.who.int
8. Watzka C (2008)Sozialstruktur und Suizid in Österreich. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
9. Elmar Etzersdorfer, Martin Voracek, Nestor Kapusta, Gernot Sonneck, Epidemiology of suicide in Austria 1990-2000: General decrease, but increased suicide risk for old men. In: Wiener Klinische Wochenschrift 117/1-2 (2005), S. 31-35.
10. Erwin Ringel, Der Selbstmord. Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung. Wien 1953.
11. Johannes Siegrist, Medizinische Soziologie. München 2005, bes. S. 25-91.
12. Watzka C (2008)Sozialstruktur und Suizid in Österreich. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
13. Sonneck G (2000), Krisenintervention und Suizidverhütung. UTB Facultas Wien
14. Kapusta N. (2010). Aktuelle Daten und Fakten zur Zahl der Suizide in Österreich 2009. Download: <http://www.suizidforschung.at>.
15. Kelleher MJ, Keeley HS, Chambers D, Corcoran P. (2001) Suicide: In Henn F, Sartorius N, Helmchen H, Lauter H (eds.) Contemporary Psychiatry. Springer, Berlin, Heidelberg, New York
16. Kapusta ND, Zormann A, Etzersdorfer E, Ponocny-Seliger E, Jandl-Jager E, Sonneck G. (2008). Rural-Urban Differences in Austrian Suicides. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 43(4):311-8.
17. Schmidtke A, Sell R, Löhr C. (2008) Epidemiologie von Suizidalität im Alter. Z Gerontol Geriatr. 41(1):3-13.

18. OECD (2009), Doing Better for Children, Download:
<http://www.oecd.org/dataoecd/20/43/43590025.pdf>
19. Nestor Kapusta, Arno Zorman, Elmar Etzersdorfer, Elisabeth Ponocny-Seliger, Elisabeth Jandl-Jager, Gernot Sonneck, Rural urban differences in Austrian suicides. In: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 43 (2008), S. 311-318.
20. Niederkrotenthaler T, Sonneck G. (2007). Assessing the impact of media guidelines for reporting on suicides in Austria: interrupted time series analysis. Aust N Z J Psychiatry 41(5):419-28.
21. ÖBIG. Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie: Entwicklungsstatistik 1991-2005. Vienna, ÖBIG, 2006.
22. Kapusta ND, Niederkrotenthaler T, Etzersdorfer E, Voracek M, Dervic K, Jandl-Jager E, Sonneck G. (2009). Influence of Psychotherapist Density and Antidepressant Sales on Suicide Rates. Acta Psychiatrica Scandinavica 119(3):236-42.
23. Kapusta ND, Posch M, Niederkrotenthaler T, Fischer-Kern M, Etzersdorfer E, Sonneck G. (2010) Availability of mental health service providers and suicide rates in Austria: a nationwide study. Psychiatric Services, in press.
24. 120. ÖBIG. Versorgung mit Psychotherapie und Psychopharmaka (Stand 2007). Vienna, ÖBIG, 2009.
25. Hagleitner, Eggerth, Versorgung mit Psychotherapie und Psychopharmaka (2009), S 35.
26. Joachim Hagleitner, Manfred Willinger, Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie. Berufsgruppen 1991-2007. Studie der GÖG – Geschäftsbereich ÖBIG im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien 2008, S. 4.
27. Joachim Hagleitner, Alexander Eggerth, Versorgung mit Psychotherapie und Psychopharmaka. Studie der GÖG – Geschäftsbereich ÖBIG im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend, Wien 2009, S 36f.
28. Salizer Hans Joachim, Kilian Reinhold: Gesundheitsökonomie in der Psychiatrie. Kohlhammer 2010
29. <http://www.swisseduc.ch/allgemeinbildung/tod/docs/suizid.pdf>
30. MacDaid D., Kennelly B. An economic perspective on suicide across the five continents. In: Herg. Wasserman D., Wasserman C: Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention, a Global Perspectiv pp 359-367.
31. Gernot Sonneck, Österreichischer Suizidpräventionsplan. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Wien 1999.

32. Schmidtke, A. & Häfner, H. Die Vermittlung von Selbstmordmotivation und Selbstmordhandlung durch fiktive Modelle. Die Folgen der Fernsehserie „Tod eines Schülers“. *Nervenarzt* 1986;57:502-510.
33. Niederkrotenthaler T, Herberth A, Sonneck G: Der Werther-Effekt: Mythos oder Realität? *Neuropsychiatrie*. 2007a;21,284-290.
34. Niederkrotenthaler T, Sonneck G: Assessing the impact of media guidelines for reporting on suicides in Austria: interrupted time-series analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2007b; 41: 419-428.
35. Tomandl G, Stein C, Sonneck G. *Medienleitfaden*. Vienna: Kriseninterventionszentrum; 2005. Available from: <http://www.suizidforschung.at/leitfaden.pdf>.
36. Niederkrotenthaler T, Voracek M, Herberth A, Till B, Strauss M, Etzersdorfer E, Eisenwort B, Sonneck G. Media and suicide. Papageno v Werther effect. *BMJ* 2010b 341:doi:10.1136/bmj.c5841
37. Schikaneder E. *The magic flute: libretto*. Metropolitan Opera Guild, 1990.
38. Carlos Watzka, *Sozialstruktur und Suizid in Österreich. Ergebnisse einer epidemiologischen Studie für das Land Steiermark*. Wiesbaden 2008, bes. S. 297
39. Ulrich Ammon et al. (Hg.) *Sociolinguistics/Soziolinguistik. An International Handbook of the Sciences of Language and Society/Ein Internationales Handbuch zur Wissenschaft von Sprache und Gesellschaft*, Berlin 2006.
40. Volker Hinnenkamp, *Soziolinguistik*, Stuttgart 2009, Heinrich Löffler, *Germanistische Soziolinguistik*. Berlin 2010
41. *Kronen Zeitung*, 09.10.2010, 16.10.2010, 23.10.2010, 04.12.2010, 11.12.2010, 18.12.2010.
42. Carlos Watzka, *Zum Suizidgeschehen in Österreich 2001-2008*. In: *Kurzberichte des Instituts für Suizid-Prävention und –Forschung* 1/1 (2009), S. 203 - 216.
43. Carlos Watzka, *Zum Suizidgeschehen in Österreich 2001-2008*. In: *Kurzberichte des Instituts für Suizid-Prävention und –Forschung* 1/1 (2009), S. 382.
44. Carlos Watzka, *Zum Suizidgeschehen in Österreich 2001-2008*. In: *Kurzberichte des Instituts für Suizid-Prävention und –Forschung* 1/1 (2009), S. 214.
45. Goffman, *Asyle* (1972), sowie, betreffend Österreich in historischer Hinsicht: Eberhard Gabriel, Martina Gamper (Hg.), *Psychiatrische Institutionen in Österreich um 1900*. Wien 2009.
46. Bronisch, T., Feuerlein, W., Hertenberger, E. (1986). Eine Station für psychiatrische Krisenintervention fünf Jahre später. *Psychiatrische Praxis*. 13, 213 – 218.

47. Oberender, P. und Zerthh, J. (2000). Suizid und Gesundheitsökonomie: Rentiert sich eine Suizidprävention. In Wolfersdorf M., Franke C. (Hrsg.), Suizidforschung und Suizidprävention am Ende des 20. Jahrhunderts. Regensburg: S. Rodererverlag.
48. Wolfersdorf M., Franke C. (Hrsg.) (2000), Suizidforschung und Suizidprävention am Ende des 20. Jahrhunderts. Regensburg: S. Rodererverlag.
49. Holenstein P. (2003) Der Preis der Verzweiflung: Über die Kostenfolgen des Suizidgeschehens in der Schweiz, Schweizerische Gesellschaft für die Europäische Menschenrechtskommission CH 8127 Forch
50. Clayton D. und Barcelo A. (1996) The Cost of Suicide Mortality in New Brunswick, http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcc/20-2/e_e.html
51. Stein, C. (2004). „Krisenintervention als ein Modell interdisziplinärer Zusammenarbeit“ In: Imagination 3/2004, Wien: Facultas
52. Haring C. (2002) Ein Konzept zur Prävention selbstschädigender Handlungen Jugendlicher in Tirol. In: Hackl M., Hammer R., Hinterhuber H., Mutz R. ., Staudinger R. Gesundheits und Krankenhausmanagement 1, Berenkampverlag, 149-203
53. Wasserman D, Carli V, Wasserman C, Apter A, Balazs J, Bobes J, Bracale R, Brunner R, Bursztejn-Lipsicas C, Corcoran P, Cosman D, Durkee T, Feldman D, Gadoros J, Guillemin F, Haring C, Kahn JP, Kaess M, Keeley H, Marusic D, Nemes B, Postuvan V, Reiter-Theil S, Resch F, Sáiz P, Sarchiapone M, Sisask M, Varnik A, Hoven CW Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial.. BMC Public Health. 2010 Apr 13;10:192
54. Kruse, A. (2009). Lebensläufe und Lebenswirklichkeit älterer Menschen in Deutschland. In: Suizidprophylaxe 136, Jg.36, 2009, Heft 1. S. 5 – 11. Regensburg: S.Roderer
55. Erikson E.H. (1959). Identität und Lebenszyklus. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag.
56. Schmidtke, A., Sell, R., Löhr, C., Gajewska, A., Schaller, S. (2009). Epidemiologie und Demographie des Alterssuizids. In: Suizidprophylaxe 136, Jg.36, 2009, Heft 1. S. 12 – 19. Regensburg: S.Roderer.
57. Kapusta N., Sonneck G., Stein C. (2006): Suizid des alten Menschen – State of the Art in: Österreichische Ärztezeitung, 2006.
58. Radebold H. (1992): Psychodynamik und Psychotherapie Älterer, Springer, Berlin
59. Stein C. (2009) Spannungsfelder der Krisenintervention, Stuttgart: Kohlhammer
60. Stein C. (2010). „Suizidalität im Alter“. In Spectrum Psychiatrie, Kontinuierliche
61. Danuta Wasserman, Camilla Wasserman (Hg.), Oxford Textbook of Suididology and Suicide Prevention. A Global Perspective. New York 2009

62. Kapusta N D, Etzersdorfer E, Krall C, Sonneck G (2007), Firearm legislation reform in the European Union: Impact on firearm availability, firearm suicide and homicide rates in Austria. *Brit J Psychiat* 191, 253-257
63. Jenkins R and Singh B (2000a). Policy and Practice in Suicide Prevention. *British Journal of Forensic Practice*, 1, 3-11
64. Jenkins R and Singh B (2000b). General Population Strategies of Suicide Prevention. In K. Hawton K.van Heeringen, eds, *The international :Book of Suicide and Attempted Suicede*, pp597-615. JohnWiley and Sons Ltd., Surrey
65. Anderson M., Jenkins R. The Role of the State and Legislation in Suicide Prevention. In: *Hersg. Wasserman D., Wasserman C: Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention, a Global Perspectiv.* pp 373-79
66. Antretter E., Dunkel D., Haring C. Cause-specific excess mortality in suicidal patients: gender differences in mortality patterns. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009 Jan-Feb;31(1):67-74
67. Seibl R, Antretter E, Haring C. The consequences of a suicide for the bereaved - current knowledge, unresolved questions and tasks of future research. *Psychiatr Prax*. 2001 Oct;28(7):316-22.
68. Emile Durkheim, *Der Selbstmord*. Frankfurt a.M. 1983 [zuerst frz. 1897], bes. S. 162-241.
69. Ferdinand Tönnies, *Gemeinschaft und Gesellschaft*. Grundbegriffe der reinen Soziologie. Darmstadt 2005 [zuerst 1887].
70. Madelyn Gould, John Kalafat, Crisis hotlines. In: Danuta Wasserman, Camilla Wasserman (Hg.), *Oxford Textbook of Suididology and Suicide Prevention. A Global Perspective*. New York 2009, S. 459-462.
71. Thomas Hutsteiner, Josef Missethon, Carlos Watzka, Stand und Perspektiven der Suizidprävention in Österreich. ExpertInnenbefragung zur Sicht von PsychotherapeutInnen, PsychologInnen und ÄrztInnen. Graz 2009 – online abrufbar: <http://www.hilfe-in-der-krise.at/studie-suizidpraevention-in-oesterreich.html>
72. Krainz, *Psychiatriebericht Steiermark* (2009), S. 192f.
73. Koalitionsabkommen der XXIV Gesetzgebungsperiode 2008-2013, p 179
74. WHO (1999), *Gesundheit 21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO Kopenhagen* (= Europäische Schriftenreihe Gesundheit für alle; Nr. 6)

www.bmg.gv.at

„Die vorliegende Publikation umfasst Vorschläge für eine national geplante, koordiniert und gezielt durchgeführte, den neuesten fachlichen Erkenntnissen angepasste, österreichweite Suizidprävention.“