



Suizid und Suizidprävention in Österreich

Bericht 2017

IMPRESSUM

Medieninhaber und Herausgeber: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Stubenring 1, 1010 Wien ▪ **Verlags- und Herstellungsort:** Wien ▪ **Titelbild:** © istockphoto.com ▪ **Druck:** Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Stubenring 1, 1010 Wien ▪ **Autorinnen und Autoren:** Alexander Grabenhofer-Eggerth, Nestor Kapusta ▪ **Mit Beiträgen von:** Rafaela Banzer, Herbert Fartacek, Reinhold Fartacek, Christian Haring, Markus Hollerit, Thomas Kapitany, Verena Leutgeb, Thomas Niederkrotenthaler, Andreas Prenn, Martin Plöderl, Alexandra Ramssl-Sauer, Ulrike Schrittwieser ▪ **Stand:** Mai 2018

Alle Rechte vorbehalten: Jede Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe in Fernsehen und Hörfunk, sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronische Medien wie z. B. Internet oder CD-Rom.

Bestellinfos: Kostenlos zu beziehen über das Broschürenservice des Sozialministeriums unter der Telefonnummer 01 711 00-86 2525 oder per E-Mail unter broschuerenservice@sozialministerium.at.

Internet: www.bmasgk.gv.at

VORWORT

Sehr geehrte Damen und Herren!

Seit dem Jahr 2013 wird vom Gesundheitsministerium jährlich ein Bericht zum Thema Suizid in Österreich veröffentlicht. Somit darf ich Ihnen den mittlerweile 5. Suizidbericht vorstellen.

Suizid ist in Österreich trotz eines starken Rückgangs seit den 1980er Jahren bedauerlicherweise immer noch eine der häufigsten Todesursachen im mittleren Lebensalter, in der Altersgruppe der 15- bis 29-jährigen sogar die zweithäufigste.



© Johannes Zinner

Als Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz ist es mir ein besonders großes Anliegen, die Suizidprävention in Österreich mit voller Kraft zu unterstützen, damit in Zukunft die Zahl der Suizide in Österreich auch weiterhin reduziert werden kann.

Um im Rahmen von Präventionsprogrammen gezielt handeln zu können, ist zunächst eine gesicherte Datenlage von Nöten. Der vorliegende Bericht beinhaltet daher die aktuellste verfügbaren Zahlen zu Suiziden in Österreich. Diese werden durch die erstmalige Verwendung der international üblichen Standardisierung „Europäische Standardbevölkerung 2013“ künftige Vergleiche mit Suiziddaten aus anderen europäischen Ländern ermöglichen.

Darüber hinaus enthält der diesjährige Bericht Ausführungen zu den aktuellen Entwicklungen im Rahmen der Umsetzung von SUPRA, der Suizidprävention Austria. Ziel von SUPRA ist es, in Österreich eine nachhaltige und qualitativ hochwertige Suizidprävention sicherzustellen und damit die Suizidrate weiter zu senken. Hierzu sollen alle Personen sowie Organisationen, die im Bereich der Suizidprävention tätig sind, besser vernetzt, vorhandene Ressourcen gebündelt und gemeinsam Projekte umgesetzt werden.

Aktuelle Projekte von SUPRA, die im vorliegenden Bericht behandelt werden, reichen von zielgruppenspezifischen Unterstützungsangeboten im Internet wie dem Projekt „Väter in Krisen“ über Suizidprävention in Schulen bis hin zur gezielten Suizidprävention an Autobahnen und Schnellstraßen.

Ich möchte mich an dieser Stelle bei all jenen Menschen herzlich bedanken, die sich mitunter tagtäglich mit vollem Engagement für die gemeinsame Suizidprävention in Österreich einsetzen, sowie allen Personen, die an der Erstellung des 5. Suizidberichts beteiligt waren.

Ihre

Mag.^a Beate Hartinger-Klein

KURZFASSUNG

Der vorliegende Bericht bietet ein Update der wichtigsten Daten und Fakten zum Thema Suizid in Österreich sowie Beschreibungen von aktuellen Projekten und Aktivitäten im Rahmen von SUPRA.

Daten und Fakten zu Suizid in Österreich

Im Jahr 2016 starben in Österreich 1.204 Personen durch Suizid, zweieinhalb Mal so viele wie im Straßenverkehr. Dies entspricht einer bevölkerungsbezogenen Suizidrate von 14,5 pro 100.000 Einwohner/innen. Seit den 1980er Jahren war ein deutlicher Rückgang der Suizidhäufigkeit zu beobachten, der sich mit Beginn der weltweiten Wirtschaftskrise zwischen 2008 und 2014 stark verlangsamte. Drei Viertel der Suizidtoten sind Männer. Auch der relative Rückgang der Suizide seit 1986 ist bei Frauen deutlich stärker ausgeprägt als bei Männern.

Die anteilmäßig meisten **Suizide** werden im mittleren Lebensalter begangen (Altersgruppe 45–59 Jahre: 29 % der Suizide). Die bevölkerungsbezogene Suizidrate steigt jedoch mit dem Alter an. Das Suizidrisiko ist ab dem 75. Lebensjahr etwa doppelt, ab dem 85. Lebensjahr mehr als sechsmal so hoch wie das der Durchschnittsbevölkerung. Burgenland und Vorarlberg waren in den letzten fünf Jahren die Bundesländer mit den niedrigsten, Kärnten und Steiermark jene mit den höchsten Suizidraten. Die häufigste Suizidmethode in Österreich ist das Erhängen (44 %), danach folgen der Gebrauch von Schusswaffen (18 %), Sturz in die Tiefe (11 %) und Selbstvergiftung (10 %).

Zu **Suizidversuchen** liegen keine verlässlichen Zahlen vor, da sie oft nicht als solche erkannt bzw. dokumentiert werden. Internationale Studien gehen jedoch davon aus, dass Suizidversuche die Zahl der tatsächlich durch Suizid verstorbenen Personen um das 10- bis 30-Fache übersteigen.

Aktuelle Aktivitäten im Rahmen von SUPRA

Das seit Anfang Mai 2017 bestehende österreichische **Webportal für Suizidprävention** www.suizid-praevention.gv.at ist Teil des österreichischen Suizidpräventionsprogramms SUPRA des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Das niederschwellige Informationsangebot richtet sich v. a. an Betroffene, An- und Zugehörige sowie Hinterbliebene, informiert über Krisentelefone und Hilfsangebote und gibt Tipps zur Soforthilfe.

Väter in Krisen.at ist eines der bislang wenigen gendersensiblen Projekte, wendet sich speziell an die Zielgruppe Männer und zielt auf die genderspezifischen Schwierigkeiten bei psychischen Krisen und Hemmschwellen bei der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten.

Gleichzeitig beinhaltet das Maßnahmenpaket auch Gatekeeper-Schulungen von Projektpartnern, die häufig Kontakt mit betroffenen Männern haben.

Durch ihren direkten Kontakt mit Kindern und Jugendlichen bieten **Schulen** einen guten Ansatzpunkt für **Suizidprävention**. Diese Programme versuchen, Wissen zum Thema Suizid zu vermitteln, Anzeichen von Suizidalität zu erkennen und Peer-Groups sowie Gatekeeper im Umgang mit Suizid zu schulen. Die derzeit in Österreich angebotenen schulischen Suizidpräventionsprojekte/–programme sind SUPRO – Werkstatt für Suchtprophylaxe in Vorarlberg, „Youth Aware of Mental Health“ (YAM) in Tirol, „lebenswert“ in Salzburg und die schulische Suizidprävention des Psychosozialen Dienstes Hartberg in der Steiermark.

Eine weitere schulische Suizidpräventionsaktivität ist die **Informationsbroschüre** mit Empfehlungen für den Umgang mit der **Netflix-Serie „Tote Mädchen lügen nicht“**, erstellt von ÖGS und der Wiener Werkstätte für Suizidforschung.

Die ASFINAG-Arbeitsgruppe **„Suizidprävention an Autobahnen und Schnellstraßen“** wurde Ende 2016 am Firmenstandort in Graz gegründet und widmet sich der Brückensicherung. Im Jahr 2017 wurden erste bauliche Maßnahmen an steirischen Hotspot-Brücken umgesetzt, die Ausweitung auf andere Bundesländer soll folgen. Als Sekundärmaßnahme wurde vom Institut für Suizidprävention Graz eine Hinweistafel gestaltet, um Menschen in der Ambivalenzphase einer suizidalen Entwicklung für Hilfsmöglichkeiten zu sensibilisieren.

In den Jahren 2015–2017 erarbeitete eine Arbeitsgruppe des Bundesministeriums für Inneres gemeinsam mit der österreichischen Volksanwaltschaft menschenrechtliche **Standards zur Suizidprävention in polizeilicher Anhaltung**. Die Standards verfolgen zwei wesentliche institutionelle Ziele, um Suizide in Gefängnissen zu reduzieren: einerseits Schulung des Personals im Erkennen und im Umgang mit Suizidalität, andererseits Postvention nach Suizidversuchen und Suiziden.

Der Dachverband der sozialpsychiatrischen Vereine und Gesellschaften Steiermarks betreibt seit 2011 **„GO-ON Suizidprävention Steiermark“** als Antwort auf die hohen Suizidraten im Bundesland. Nach der erfolgreichen Evaluation der Aktivitäten wird das Projekt schrittweise auf weitere Regionen und bis 2020 auf die gesamte Steiermark ausgerollt.

INHALTSVERZEICHNIS

Kurzfassung	4
Abbildungsverzeichnis	7
Abkürzungsverzeichnis	8
1. Einleitung	9
2. Daten zu Suiziden in Österreich	11
2.1. Suizide in Österreich.....	11
2.2. Altersspezifische Verteilung von Suiziden.....	12
2.3. Häufigkeit der Todesursache Suizid im Vergleich zu anderen Todesursachen.....	13
2.4. Suizidraten im Bundesländervergleich.....	14
2.5. Suizidmethoden.....	15
2.6. Suizidversuche	16
3. Das Webportal www.suizid-praevention.gv.at	17
3.1. Das Suizidpräventionsportal im Überblick	17
3.2. Entstehungsprozess.....	18
3.3. Zugriffszahlen und Ausblick.....	19
4. Erhöhtes Suizidrisiko bei Männern	21
4.1. Grundsätzliche Überlegungen.....	21
4.2. vaeter-in-krisen.at	22
4.3. Ausblick.....	23
5. Schulische Suizidprävention in Österreich	24
5.1. Schulische Suizidprävention in Vorarlberg.....	24
5.2. YOUTH AWARE OF MENTAL HEALTH – Suizidpräventionsprogramm in Tirol	26
5.3. „lebenswert“ – ein schulisches Suizidpräventionsprogramm aus Salzburg	27
5.4. Schulische Suizidprävention des Psychosozialen Dienstes Hartberg, Steiermark	27
5.5. Präventionsaktivitäten rund um die Serie „Tote Mädchen lügen nicht“	29
6. Brückensicherung in Österreich – eine Initiative der ASFINAG	31
6.1. Schweizer Brückenstudien	31
6.2. Mythos Golden Gate Bridge	32
6.3. ASFINAG Arbeitsgruppe „Suizidprävention an Autobahnen und Schnellstraßen“	32
7. Ausarbeitung menschenrechtlicher Standards der Suizidprävention 2015–2017 im BM.I	34
8. Ausbau von GO-ON Suizidprävention Steiermark	37
9. Literatur	40

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Verlauf der Suizidraten (pro 100.000 EW) in Österreich 1980-2016	11
Abbildung 2: Suizidraten (pro 100.000 EW; 5-Jahres-Durchschnitt 2012–2016) nach Altersgruppen.....	12
Abbildung 3: Suizidraten (pro 100.000 EW) in Österreich seit 1980, nach Altersgruppen	13
Abbildung 4: Todesursachen in Österreich im Jahr 2016, nach Altersgruppen (pro 100.000 EW)	13
Abbildung 5: Suizidraten (pro 100.000 EW) in den österreichischen Bundesländern und in Gesamtösterreich (5-Jahres-Durchschnitt 2012–2016).....	15
Abbildung 6: Angewandte Suizidmethoden im Jahr 2016 nach Geschlecht, in Prozent (n = 1.204).....	16
Abbildung 7: Screenshot der Startseite des Suizidpräventionsportals.....	18
Abbildung 8: Suizidpräventionsschema für Haftanstalten	35

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AGUS	Angehörige um Suizid (dt. Selbsthilfeorganisation)
ASFINAG	Autobahnen- und Schnellstraßen-Finanzierungs-Aktiengesellschaft
ASTRA	Schweizer Bundesamt für Straßen
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BM.I	Bundesministerium für Inneres
BMVIT	Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie
DGS	Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention
EU	Europäische Union
EW	Einwohner und Einwohnerinnen
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
IASP	International Association for Suicide Prevention
ÖGS	Österreichische Gesellschaft für Suizidprävention
SEYLA	Saving and Empowering Young Lives in Austria
SEYLE	Saving and Empowering Young Lives in Europe
SUPRA	Suizidprävention Austria
SUPRO	Werkstatt für Suchtprävention – Vorarlberg
WEIL	Weiter im Leben
WHO	World Health Organization
YAM	Youth Aware of Mental Health Program

1. EINLEITUNG

Seit 2014 erscheint jährlich ein Bericht „Suizid und Suizidprävention in Österreich“ [1] [2] [3]¹. Die Berichte enthalten jeweils eine Zusammenschau der wichtigsten aktuell verfügbaren Daten zu Suiziden in Österreich. Darüber hinaus werden jährlich unterschiedliche Schwerpunktthemen beleuchtet:

- Basisbericht 2013: Daten der Vergiftungsinformationszentrale zu intentionalen Selbstvergiftungen, Schwerpunktkapitel: Alters- und geschlechtsspezifische Aspekte von Suizidalität, Suizidprävention in Österreich (Bestandsaufnahme) [1]
- Bericht 2014: Tagungsband zur SUPRA-Vernetzungstagung „Suizidprävention in Österreich – Status Quo und Perspektiven“ vom 5. 9. 2014 [2]
- Bericht 2015: E-Mail-Beratung für Menschen in psychosozialen Krisen des Kriseninterventionszentrums Wien, die Rolle der Online-Medien für die Suizidprävention [3]
- Bericht 2016: SUPRA-Umsetzungskonzept, Startpaket Suizidprävention [4]

Der vorjährige Bericht [4] nahm eine besondere Stellung in der Reihe der Suizidberichte ein, da er das für die nächsten Jahre leitende Umsetzungskonzept zu SUPRA sowie das „Startpaket Suizidprävention“ und die priorisierten Sofort-Maßnahmen der österreichischen Suizidprävention beschreibt.

Der nun vorliegende fünfte Bericht beinhaltet die aktuellsten Zahlen zu Suiziden in Österreich (2016). Da in diesem Bericht zum ersten Mal die mittlerweile international übliche Standardisierung „Europäische Standardbevölkerung 2013“ [5] herangezogen wurde, ergeben sich im Vergleich zu den Zahlen aus den Vorgängerberichten leichte Verschiebungen bei den Suizidraten im Jahresvergleich. Dies soll künftig einen direkten Vergleich mit anderen europäischen Ländern ermöglichen.

Der diesjährige Bericht enthält darüber hinaus folgende Kapitel zu aktuellen Entwicklungen im Rahmen der Umsetzung von SUPRA:

- In Kapitel 3 stellen Alexandra Ramssl-Sauer und Danielle Breissler (Öffentliches Gesundheitsportal Österreich) das im Jahr 2017 neu entstandene österreichische Suizidpräventions-Webportal www.suizid-praevention.gv.at vor.
- In Kapitel 4 beschreibt Thomas Kapitany das zielgruppenspezifische Projekt des Kriseninterventionszentrums Wien „Väter in Krisen“.
- Kapitel 5 gibt einen Überblick über die aktuellen schulischen Suizidpräventionsprojekte in Österreich inkl. der Aktivitäten rund um die Serie „Tote Mädchen lügen nicht“, mit

¹ Die Berichte sind auf der Homepage des BMASGK Homepage auch als Download verfügbar: <https://www.bmgf.gv.at/home/suizid> (Abgerufen am 1.2.2018)

Beiträgen von Andreas Prens (SUPRO Werkstatt für Suchprophylaxe), Raphaela Banzer (Verein BIN) und Christian Haring (Landeskrankenhaus Hall), Martin Plöderl und Reinhold Fartacek (Paracelsus Medizinische Privatuniversität) und Herbert Fartacek (Pädagogische Hochschule Salzburg), Ulrike Schrittwieser und Markus Hollerit (Gesellschaft zur Förderung seelischer Gesundheit) und Thomas Niederkrotenthaler (Medizinische Universität Wien).

- In Kapitel 6 berichtet Ulrike Schrittwieser (Institut für Suizidprävention Graz) über Brückensicherung und insbesondere über die österreichische Initiative der ASFINAG.
- Kapitel 7 ist dem Thema Suizidprävention in Justizanstalten gewidmet. Nestor Kapusta (Medizinische Universität Wien) stellt die Arbeiten des Bundesministeriums für Inneres gemeinsam mit der österreichischen Volksanwaltschaft für Standards zur Suizidprävention im Strafvollzug vor.
- In Kapitel 8 schreibt Verena Leutgeb (GO-ON Suizidprävention Steiermark) über das erfolgreiche Projekt und den weiteren Roll-out des Programms GO-ON in der Steiermark.

Last but not least eine gute Nachricht, die kurz vor Redaktionsschluss dieses Berichtes eingetroffen ist: SUPRA wurde vom *EU-Compass for Action on Mental Health and Well-being* für den Report „Good Practices for Mental Health and Well-being - Mental Health at Work, in Schools, Prevention of Depression and Suicide“ [6] als das Beispiel guter Praxis für Suizidprävention ausgewählt.

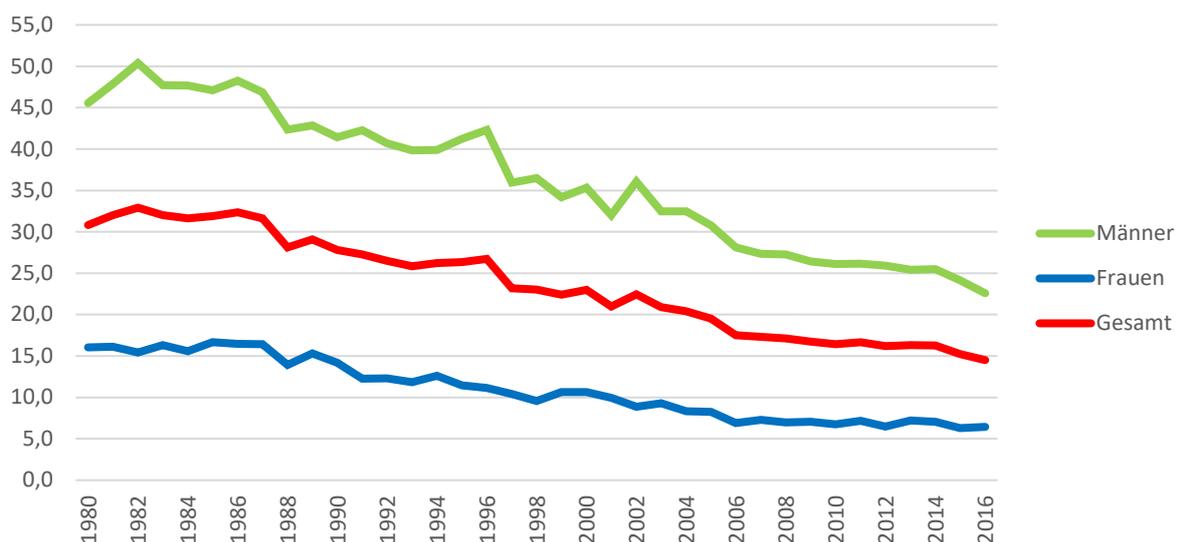
2. DATEN ZU SUIZIDEN IN ÖSTERREICH

2.1. Suizide in Österreich

Statistiken zur Suizidsterblichkeit basieren auf den Zahlen der Todesursachenstatistik, die von der Statistik Austria geführt wird. Zahlen über die Anzahl der Suizide pro Jahr werden in Österreich in allgemeiner Form bereits seit dem Jahr 1829 registriert, detaillierte Daten der Todesursachenstatistik in elektronischer Form sind jedoch erst ab 1970 verfügbar.

Die Suizidhäufigkeit nahm seit 1970 zunächst stetig zu und erreichte mit 2.139 Personen im Jahr 1986 einen Höchststand, wie er zuletzt während des Zweiten Weltkriegs zu beobachten war [7]. Seit den 1980er Jahren ist ein deutlicher Rückgang zu beobachten. Mit Beginn der weltweiten Wirtschaftskrise im Jahr 2008 verlangsamte sich dieser Rückgang jedoch deutlich und ging bis zum Jahr 2014 in ein nahezu konstantes Plateau über (s. Abbildung 1), seither gehen die Raten wieder weiter zurück. Mit insgesamt 1.204 durch Suizid verstorbenen Personen (ICD10 Codes: X60-X84, Y87.0) im Jahr 2016 beträgt der Rückgang gegenüber dem Jahr 1986 rund 44 Prozent. Der relative Rückgang von Suiziden zwischen 1986 und 2016 war mit rund 53 Prozent bei den Frauen deutlich stärker ausgeprägt als bei den Männern (40 %).

Abbildung 1: Verlauf der Suizidraten (pro 100.000 EW) in Österreich 1980-2016



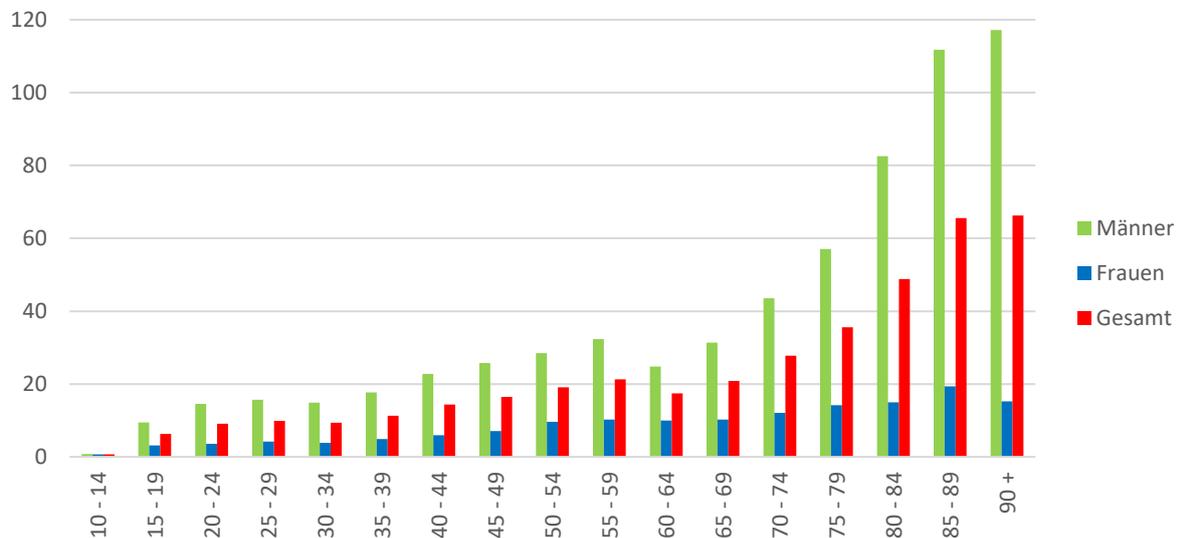
Quelle/Rohdaten: Statistik Austria; Berechnung und Darstellung: GÖG (Standardbevölkerung Europa 2013)

Im Jahr 2016 suizidierten sich in Österreich 907 Männer und 297 Frauen. Das entspricht einer Suizidrate für Männer von 22,6 pro 100.000 Einwohner/innen (EW) und für Frauen von 6,4 pro 100.000 EW und einer Gesamtsuizidrate von 14,5 pro 100.000 EW (s. Abbildung 1).

2.2. Altersspezifische Verteilung von Suiziden

Die Suizidrate steigt in Österreich mit dem Alter an (Durchschnitt über die Jahre 2012–2016). Das Suizidrisiko ist ab dem 75. Lebensjahr etwa doppelt, ab dem 85. Lebensjahr mehr als sechsmal so hoch wie das der Durchschnittsbevölkerung (s. Abbildung 2).

Abbildung 2: Suizidraten (pro 100.000 EW; 5-Jahres-Durchschnitt 2012–2016) nach Altersgruppen

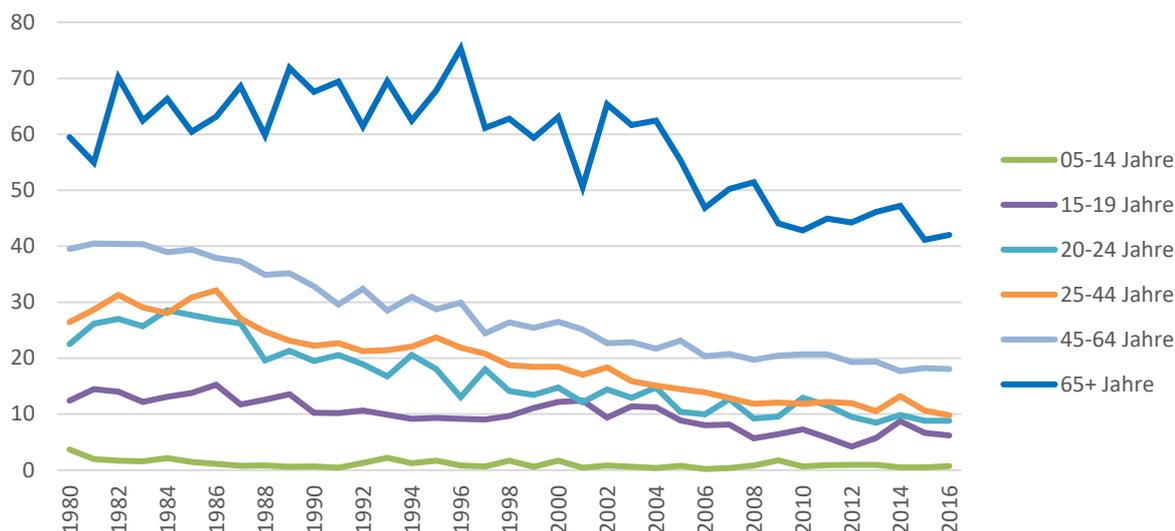


Quelle/Rohdaten: Statistik Austria; Berechnung und Darstellung: GÖG (Standardbevölkerung Europa 2013)

Betrachtet man die absoluten Zahlen, zeigt sich, dass die meisten Suizide im mittleren Lebensalter zu verzeichnen sind (29 % aller Suizide finden sich in der Altersgruppe 45–59 Jahre). Absolut liegt der Häufigkeitsgipfel zwischen 50 und 54 Jahren.

Im Zeitraum von 1970 bis 2015 konnte - mit einigen Schwankungen - bei allen Altersgruppen ein rückläufiger Trend der Suizidraten verzeichnet werden (s. Abbildung 3).

Abbildung 3: Suizidraten (pro 100.000 EW) in Österreich seit 1980, nach Altersgruppen

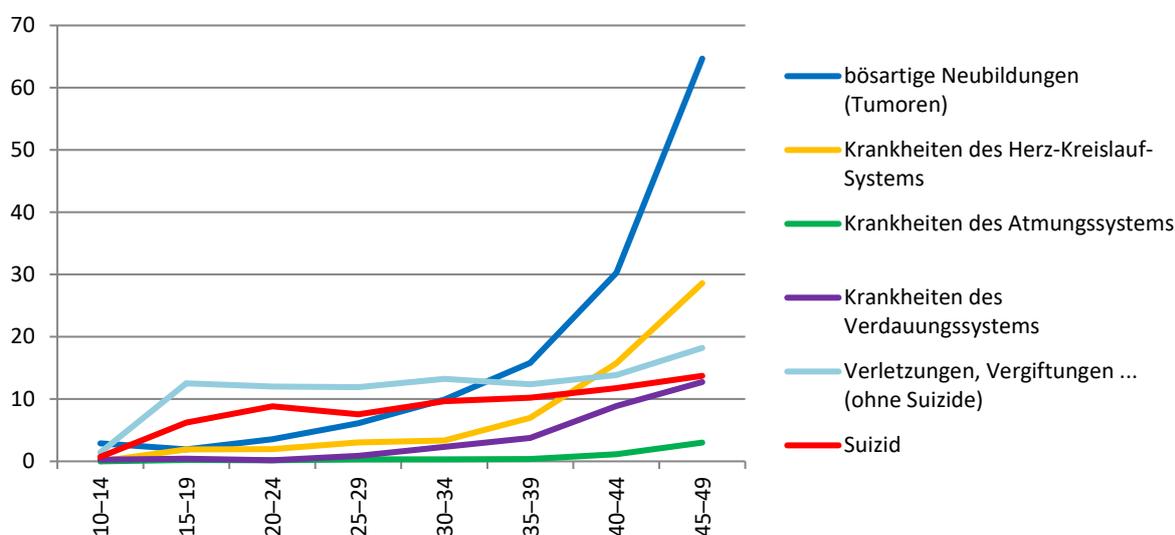


Quelle/Rohdaten: Statistik Austria; Berechnung und Darstellung: GÖG (Standardbevölkerung Europa 2013)

2.3. Häufigkeit der Todesursache Suizid im Vergleich zu anderen Todesursachen

In Österreich ist Suizid sowohl bei Männern als auch bei Frauen bis zum 50. Lebensjahr eine der häufigsten Todesursachen, in den Altersgruppen 15 bis 29 Jahre sogar die zweithäufigste (s. Abbildung 4).

Abbildung 4: Todesursachen in Österreich im Jahr 2016, nach Altersgruppen (pro 100.000 EW)



Quelle/Rohdaten: Statistik Austria; Berechnung und Darstellung: GÖG (Standardbevölkerung Europa 2013)

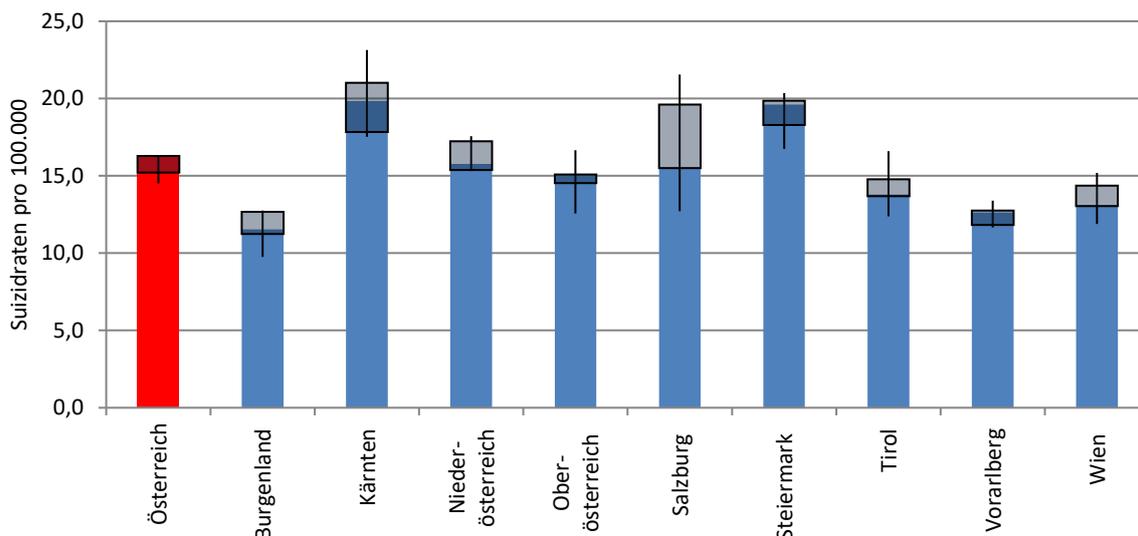
Ein eindrückliches Bild zeigt die Gegenüberstellung der Entwicklung der Verkehrstoten-Zahlen mit der Anzahl der durch Suizid verstorbenen Personen. Zu Beginn der 1970er Jahre war die Anzahl der Verkehrstoten mit 2.675 noch deutlich höher als jene der Suizide mit 1.789. In den darauffolgenden Jahren ist die Zahl der Verkehrstoten – unter anderem durch Maßnahmen der Verkehrssicherheit – beträchtlich zurückgegangen, sodass seit Mitte der 1980er Jahre die Anzahl der Verkehrstoten in Österreich unter jener der durch Suizid verstorbenen liegt. Im Jahr 2016 wurden mit 1.204 Suiziden mehr als zweieinhalb Mal so viele Suizide wie Verkehrstote (427 Personen) verzeichnet.

Der starke Rückgang der Anzahl der Verkehrstoten durch die erfolgreichen Bemühungen und verkehrssicherheitstechnischen Investitionen zur Unfallprävention werfen die Frage auf, welche Ansatzpunkte daraus – trotz evidenter Unterschiede dieser beiden Mortalitätsgruppen – für die Suizidprävention abzuleiten wären. Bezugnehmend auf den aktuellen Konsensus zur Evidenzlage der Wirksamkeit suizidpräventiver Maßnahmen [8] zeigt sich, dass u. a. die Implementierung von Restriktionsmaßnahmen Erfolg versprechend wäre. Restriktionsmaßnahmen reduzieren die Verfügbarkeit bestimmter Mittel oder schränken diese per Gesetz ein, sodass der Zugang dazu erschwert wird (bessere psychologische Tests vor dem Erwerb von Schusswaffen, Sicherung von Gebäuden und Brücken, Reduktion von Packungsgrößen bestimmter Medikamente u. v. m.). Aktuelle Rahmenwerke der Suizidprävention empfehlen jedenfalls einen mehrdimensionalen Zugang, der auf mehreren Ebenen zugleich ansetzt und das Individuum, das interpersonelle Geschehen, den Kontext und die gesellschaftliche Dimension im Sinne eines „socio-ecological model“ in einem nationalen Suizidpräventionsprogramm gleichermaßen adressiert [9]. Dieser Ansatz findet im SUPRA-Umsetzungskonzept [4] Berücksichtigung.

2.4. Suizidraten im Bundesländervergleich

Geographische Unterschiede in der Suizidsterblichkeit lassen sich auch innerhalb Österreichs erkennen. Im Querschnitt der letzten Jahre finden sich die höchsten Suizidraten in Kärnten und in der Steiermark. Im Burgenland und in Vorarlberg sind die Suizidraten am niedrigsten (s. Abbildung 5).

Abbildung 5: Suizidraten (pro 100.000 EW) in den österreichischen Bundesländern und in Gesamtösterreich (5-Jahres-Durchschnitt 2012–2016)



Quelle/Rohdaten: Statistik Austria; Berechnung und Darstellung: GÖG (Standardbevölkerung Europa 2013)

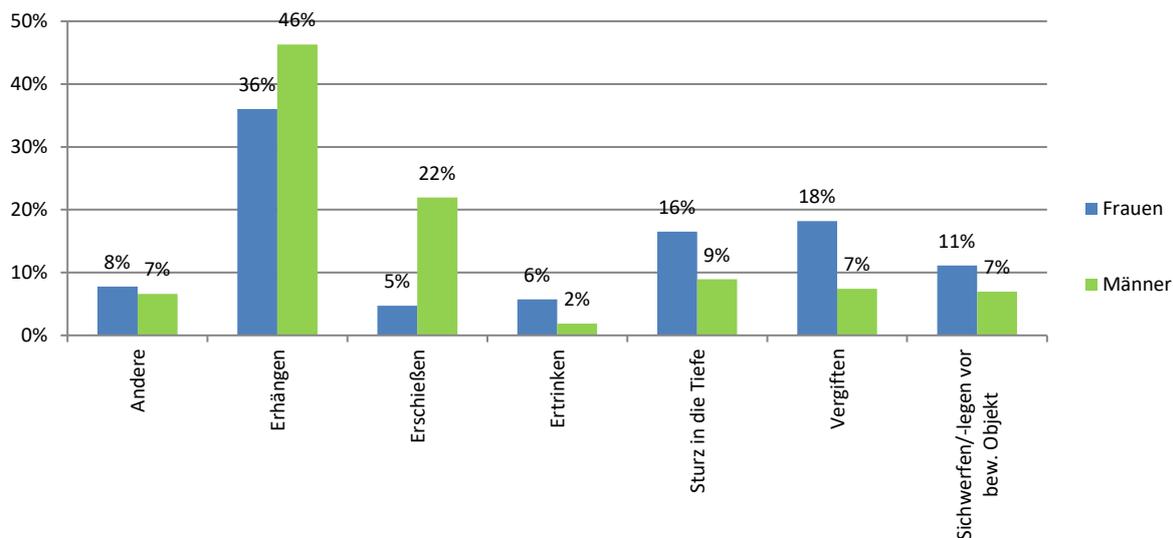
2.5. Suizidmethoden

Die aktuellsten Zahlen aus dem Jahr 2016 zeigen, dass Erhängen weiterhin die in Österreich am häufigsten angewandte Suizidmethode darstellt. 527 Suizide (ca. 44 % aller Suizide) erfolgten durch Erhängen. An zweiter Stelle stand das Sich-Erschießen mit etwa 18 Prozent, gefolgt von Sturz in die Tiefe und Selbstvergiftung (11 bzw. 10 %), das Sich-Werfen oder -Legen vor ein bewegtes Objekt (ca. 8 %) sowie Ertrinken (etwa 3 %).

Andere, nicht einzeln spezifizierte Suizidmethoden (vorsätzliches Verursachen eines Unfalls, Selbstverbrennung, Selbsttötung mit scharfem oder stumpfem Gegenstand und andere unbestimmte Methoden) machten zusammen etwa sechs Prozent aller Suizide im Jahr 2016 aus.

Auch wenn die häufigste Suizidmethode beider Geschlechter das Erhängen ist, unterscheiden sich die Methoden bei Männern und Frauen beträchtlich (s. Abbildung 6). Gegen manche Suizidmethoden bieten sich spezifische präventive Maßnahmen – wie beispielsweise die Sicherung von Bahnstrecken, Brücken und Gebäuden, Veränderungen der Waffengesetzgebung oder Normen für Medikamentensicherheit – an, gegen andere Methoden können eher allgemein suizidpräventive Maßnahmen gesetzt werden.

Abbildung 6: Angewandte Suizidmethoden im Jahr 2016 nach Geschlecht, in Prozent (n = 1.204)



Quelle/Rohdaten: Statistik Austria; Berechnung und Darstellung: GÖG

2.6. Suizidversuche

Zu Suizidversuchen liegen keine verlässlichen Zahlen vor, da sie oft nicht als solche erkannt bzw. nicht entsprechend dokumentiert werden und auch nicht zwingend zu einem Kontakt mit dem Gesundheitssystem führen.

Internationale Studien gehen davon aus, dass die Zahl der Suizidversuche die Zahl der tatsächlich durch Suizid verstorbenen Personen um das 10- bis 30-Fache übersteigt [10-13]. Demnach kann in Österreich von etwa 12.000 bis 36.000 Suizidversuchen pro Jahr ausgegangen werden. Vergiftungen stellen dabei etwa 70 bis 75 Prozent aller Suizidversuche dar [10, 12].

3. DAS WEBPORTAL WWW.SUIZID-PRAEVENTION.GV.AT

Alexandra Ramssl-Sauer und **Danielle Breissler**, Gesundheit Österreich GmbH; Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs

3.1. Das Suizidpräventionsportal im Überblick

www.suizid-praevention.gv.at ist Teil des österreichischen Suizidpräventionsprogramms SUPRA (Suizidprävention Austria) des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Das Portal wurde von Suizidpräventionsexpertinnen und -experten entwickelt und ist Teil des öffentlichen Gesundheitsportals Österreichs

www.gesundheit.gv.at. Die Einrichtung eines nationalen Suizidpräventionsportals zählt zu den strategischen Zielen des SUPRA-Umsetzungskonzepts (Strategisches Ziel 4: Bewusstsein und Wissen über Suizidalität und über die Bewältigung von psychosozialen Krisen sind in der Bevölkerung verbreitet)[4]. Eine Studie der MUW [14] zeigt, dass von Suchmaschinen im Internet Informationen vorangereicht werden, die potenziell Suizid fördern, und präventive Inhalte schwerer zu finden sind. Das Anfang Mai 2017 gestartete Österreichische Suizidpräventionsportal www.suizid-praevention.gv.at bietet Informationen zu Hilfsangeboten für drei Haupt-Zielgruppen:

- Personen mit Suizidgedanken
- Personen, die sich diesbezüglich Sorgen um andere machen
- Personen, die ihnen nahestehende Menschen durch Suizid verloren haben

Abbildung 7: Screenshot der Startseite des Suizidpräventionsportals

Holen Sie sich Hilfe!
Es gibt sie! SUPRA
Suizidprävention Austria

Gesundheit.gv.at

Suizidprävention

Suizidgedanken? Holen Sie sich Hilfe, es gibt sie.

Sie denken an Suizid, machen sich um jemanden Sorgen oder haben einen Menschen aufgrund eines Suizidodeszells verloren? Hier finden Sie [Erste-Hilfe-Tipps](#), [Notfallkontakte](#) und [Hilfsangebote in Ihrem Bundesland](#) sowie weiterführende Informationen zur Bewältigung dieser Notsituation.

Inhalte

- Sie haben Suizidgedanken?
- Sie kennen jemanden mit Suizidgedanken?
- Sie haben jemanden durch Suizid verloren?
- Sie möchten mehr zum Thema Suizid erfahren?
- Sie suchen Anlaufstellen?

Top Inhalte Alle Inhalte Hilfsangebote

Erste Hilfe bei Suizidgedanken

Jede/jeder kann in die Lage geraten, an Suizid zu denken. Nehmen Sie Suizidgedanken in jedem Fall ernst. Sie sind ein Zeichen dafür, dass Sie Hilfe benötigen.

Krisentelefone/Notrufnummern

Zögern Sie nicht. Im Falle einer psychischen Krise Hilfe zu suchen. Hier finden Sie Krisentelefon- und Notrufnummern für Österreich nach Bundesländern aufgelistet.

Erste Hilfe für Angehörige von Suizidgefährdeten

Als Person im nahen Umfeld können Sie durch einfühlsames Zuhören und Ansprechen von Suizidgedanken Unterstützung leisten. Bringen Sie Verständnis für die betroffene Person auf.

Quelle: www.suizid-praevention.gv.at

Neben einer übersichtlichen Darstellung von Krisentelefonen und Hilfsangeboten werden die Zielgruppen über Tipps zur Soforthilfe für sich selbst und für andere sowie praktische Anleitungen informiert. Zusätzlich sind auf der Website allgemeine Informationen zum Thema Suizid zu finden. Zu diesen zählen etwa Aufklärung zu den wichtigsten Vorurteilen rund um Suizide sowie zielgruppenspezifische Informationen für Frauen, Männer, Jugendliche und ältere Menschen. Zudem sind auch Presse-Materialien zum Thema „Suizid & Medien“ sowie Broschüren zu finden.

3.2. Entstehungsprozess

Die Koordinationsstelle Suizidprävention an der GÖG erstellte gemeinsam mit Experten der MUW (MedUni Wien, Zentrum für Public Health, Unit Suizidforschung) sowie mit der Redaktion des Öffentlichen Gesundheitsportals Österreichs www.gesundheit.gv.at ein Konzept für das nationale Suizidpräventionsportal. Die Texte wurden von einem Fach-Redaktionsteam erstellt. Zu diesem zählen:

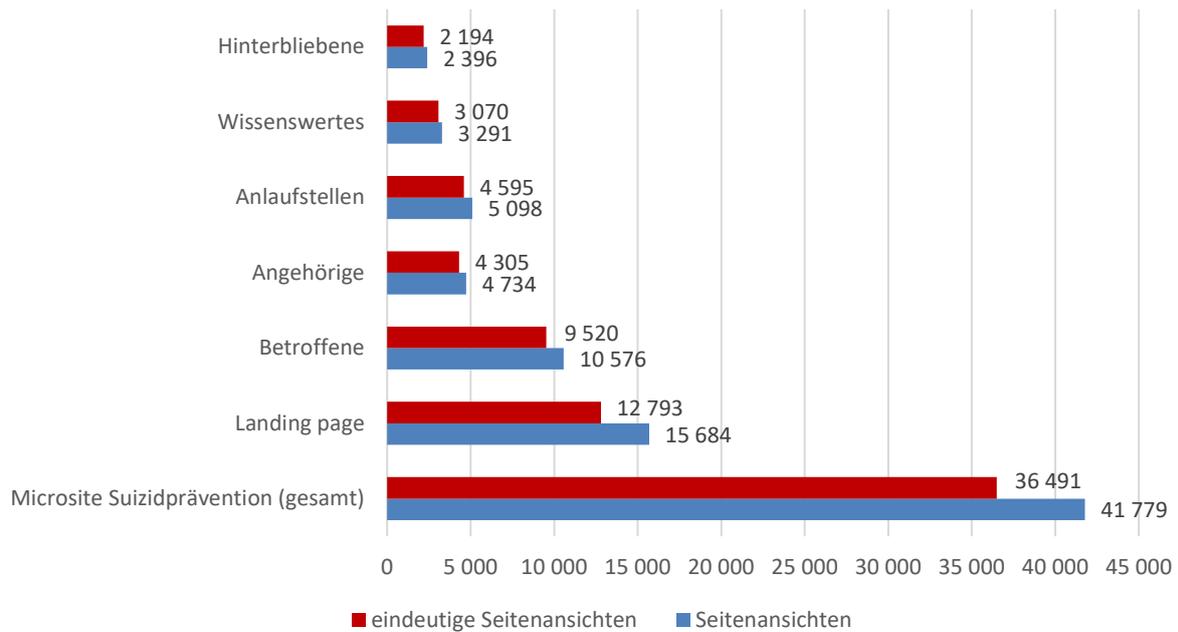
- Thomas Niederkrotenthaler (MUW)
- Benedikt Till (MUW)
- Alexander Grabenhofer-Eggerth (Koordinationsstelle Suizidprävention)
- Monika Nowotny (Koordinationsstelle Suizidprävention)
- Alexandra Ramssl-Sauer (Gesundheitsportal)
- Gabriele Soyel (Gesundheitsportal)

Zudem fanden Anregungen einer Fokusgruppe mit potenziellen Userinnen und Usern der Webpage, des SUPRA-Expertengremiums und einer Usability-Prüfung im Zuge des Relaunch des Gesundheitsportals Berücksichtigung. Die technische Umsetzung erfolgte als eigenständige Website (sogenannte Microsite), die in das Gesundheitsportal eingebettet ist, in Kooperation mit dem Bundesrechenzentrum. Die Website bietet sogenanntes Responsive Design, das eine flexible Darstellung auf Monitoren sowie mobilen Endgeräten ermöglicht. Zudem entspricht sie dem Level AA Conformance to Web Content Accessibility Guidelines 2.0 und ist unabhängig und werbefrei. Der Launch wurde und wird durch begleitende Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit unterstützt.

3.3. Zugriffszahlen und Ausblick

Die Zugriffszahlen von Anfang Mai bis Ende Dezember 2017 zeigen, dass die Haupt-Zielgruppe der von Suizidgedanken Betroffenen besonders gut erreicht werden kann. Mittels Suchmaschinenoptimierung (SEO) sowie weiterer Öffentlichkeitsarbeit sollen die Zugriffszahlen weiter gesteigert werden. Das Suizidpräventionsportal soll in der Folge laufend aktualisiert sowie erweitert werden (etwa um Erfahrungsberichte oder Videos). Ein zentrales Vorhaben in der Suizidprävention in Österreich ist das Etablieren einer landesweit einheitlichen Notrufnummer zur Krisenintervention (s. Startpaket Suizidprävention [4]), die zentral auf der Webpage positioniert werden soll.

Abbildung 8: Seitenzugriffe auf www.suizid-praevention.gv.at Mai bis Ende Dezember 2017



Eindeutige Seitenansicht: Die Anzahl der Besuche, welche diese Seite aufgerufen haben. Sollte diese Seite mehrmals bei einem Besuch aufgerufen worden sein, so wird diese nur einmal gezählt.

Seitenansichten: Die Anzahl wie häufig diese Seite besucht worden ist.

Landing page: Startseite der Microsite Suizidprävention

Quelle: PIWIK; Darstellung: GÖG

4. ERHÖHTES SUIZIDRISIKO BEI MÄNNERN

Thomas Kapitany, Kriseninterventionszentrum Wien

4.1. Grundsätzliche Überlegungen

Gemessen an der Suizidrate stellen Männer in der Suizidprävention per se eine Risikogruppe dar. Das Suizidrisiko von Männern ist dreimal so hoch wie das der Frauen, 907 von den 1.204 Suiziden im Jahr 2016 erfolgten durch Männer. Rund drei Männer sterben in Österreich jeden Tag durch Suizid. Die Suizidrate nimmt im Alter zu, insbesondere bei Männern (Epidemiologie siehe 2.2). Die Kombination von Alter und Vereinsamung erhöht das Risiko besonders.

Frauen überwiegen bei den Suizidversuchen. Auch wenn es bei Suizidversuchen eine große Dunkelziffer gibt, kann man davon ausgehen, dass bei Männern fünf Suizidversuche auf einen Suizid kommen, während es bei Frauen etwa 20 Suizidversuche pro Suizid sind. Wenn also suizidales Verhalten entsteht, mündet dies bei Männern offenbar öfter in einem vollzogenen Suizid. Dass Männer öfter sogenannte harte Suizidmethoden wie Erhängen oder Erschießen wählen, erklärt das Phänomen nicht ausreichend, da gezeigt werden konnte, dass auch bei der Wahl gleicher Suizidmethoden Männer häufiger sterben [15], weshalb die Bedeutung zusätzlicher psychologischer Faktoren diskutiert wird [16].

Als ein bedeutender Faktor für das Entstehen bzw. das Hintanhalten eines Suizidrisikos wird die Fähigkeit von gefährdeten Menschen angesehen, sich mit ihrer Not und Verzweiflung an andere Menschen zu wenden bzw. Hilfe aufzusuchen. Auch hier gibt es einen erheblichen Unterschied zwischen den Geschlechtern. Angebote der psychosozialen, aber auch der medizinischen Versorgung werden von Frauen weitaus häufiger in Anspruch genommen. Kriseninterventionsstellen oder Krisendienste werden doppelt so häufig von Frauen genutzt (Kriseninterventionszentrum Wien 2016 [17]). Auch Untersuchungen von Menschen mit Depression zeigen, dass Männer im Krankheitsverlauf später und dann in einem bereits schlechteren Zustand zur Behandlung kommen [18, 19].

Die Schwelle, Hilfe in Anspruch zu nehmen, liegt also bei Männern wesentlich höher. Erklärt wird dies u. a. durch einen größeren Anspruch, Probleme selbst zu lösen, sich dabei mit logischem Handeln zu helfen und von anderen nicht abhängig zu sein. Gefühle, die den Anspruch auf Souveränität gefährden, wie Ängste, Trauer oder Beschämung, können daher nur schlecht wahrgenommen und noch schlechter mitgeteilt werden [20]. Die logische Folge ist eine größere Gefahr, bei einer zunehmenden affektiven und dann auch suizidalen Einengung keinen anderen Ausweg als den Suizid zu sehen [21].

Betrüblich ist bei diesem Befund der Umstand, dass es bislang zu wenige Bemühungen gibt, Männer mit spezifischen Angeboten in ihren Krisensituationen ausreichend Hilfe bereitzustellen.

4.2. vaeter-in-krise.at

Um in der Versorgung von Männern, die sich in einer psychosozialen Krise befinden, eine Verbesserung zu erreichen, startete das Kriseninterventionszentrum ein Projekt, das in einem ersten Schritt verschiedene Maßnahmen umfasst, um Männer besser mit einem Kriseninterventionsangebot zu erreichen und zur Inanspruchnahme zu motivieren². Als Zielgruppe für dieses erste mÄnnerspezifische Projekt wurden VÄter mit minderjÄhrigen Kindern ausgewÄhlt. Hier wurde ein besonders dringlicher Bedarf gesehen, da auch die Kinder hÄufig von den Krisen ihrer Eltern mitbetroffen sind.

Von Krisen betroffene VÄter wurden über verschiedene Wege mit dem Interventionsangebot angesprochen. So wurde die Website **vaeter-in-krise.at** erstellt, bei der VÄter Informationen zu den Themen Krise und spezifische GefÄhrdungen wie SuizidalitÄt sowie zu mÄnner- bzw. vÄterspezifischen Problemen mit dem Aufsuchen von professioneller Hilfe erhalten. Es wird versucht, bei den Betroffenen einer bestehenden Tabuisierung und Stigmatisierung entgegenzuwirken. Dargestellt wird das Interventionsangebot und wie es zu erreichen ist.

Niedrigschwellig kÄnnen VÄter direkt von der Website aus mittels gesichert anonymer E-Mail-Beratung ihre Problematik darstellen und Beratung erhalten. Das Projekt umfasst auch ein telefonisches Beratungsangebot. Die VÄter kÄnnen innerhalb von 1–2 Tagen mit einem Termin oder bei entsprechender Dringlichkeit sogar ohne Termin noch am selben Tag zu einem persÄnlichen GesprÄch in das Kriseninterventionszentrum kommen.

Für Projektpartner wie das Jugendamt, das Arbeitsmarktservice, HausÄrzte/HausÄrztinnen, Familienhelfer/innen und andere Institutionen, die als sogenannte Gatekeeper hÄufiger mit betroffenen MÄnnern konfrontiert sind, wurden Schulungen und Informationsveranstaltungen angeboten und Informationsmaterialien zur Weitergabe an VÄter erstellt.

Im ersten Projektjahr konnten mit 150 MÄnnern bereits doppelt so viele VÄter als erwartet im Rahmen des Projekts erreicht werden. Eine erste begleitende Evaluation bestÄtigt den Befund, dass MÄnner spÄter und in einem schlechteren Zustand zur Beratung kommen. SuizidalitÄt zeigte sich bei 42 Prozent der VÄter gegenüber 29 Prozent in einer Vergleichsgruppe. Im Verlauf lieÖ sich ein gutes Ansprechen auf das Angebot der Krisenintervention mit einer deutlichen Reduktion von SuizidgefÄhrdung und Verbesserung des Zustands der VÄter feststellen. FÄr die Mehrzahl der bisher betreuten VÄter konnte erreicht werden, dass

² gefÄrdert durch "Gemeinsame Gesundheitsziele", eine Kooperation zwischen dem Hauptverband der SozialversicherungstrÄger und Pharmig

sie ihre Handlungsfähigkeit wiedererlangten und besser mit schwierigen sozialen Situationen zurechtkommen.

4.3. **Ausblick**

Die vorliegenden Erfahrungen ermutigen dazu, Projekte wie das oben beschriebene weiterzuführen und auszubauen. Ebenso werden Bemühungen um eine bessere Vernetzung bestehender Männerprojekte und -Angebote gesetzt. Eine hilfreiche Plattform wurde z. B. mit der Website papainfo.at erstellt. Weitere Anstrengungen sollten unternommen werden, um suizidpräventive, aber auch gewaltpräventive Angebote der rasch und niedrighschwellig erreichbaren Krisenintervention für Männer in Krisen österreichweit anbieten bzw. intensivieren zu können.

5. SCHULISCHE SUIZIDPRÄVENTION IN ÖSTERREICH

Suizide und Suizidgedanken im Jugendalter stellen ernstzunehmende Probleme dar. Ergebnisse von Studien und aktuelle Zahlen aus Österreich zeigen hohe Raten an Suizidgedanken bei österreichischen Schülerinnen und Schülern. Unter der Leitung von Primar Univ.-Prof. Dr. Christian Haring wurden im Rahmen des Projekts *Save and Empower Young Lives in Austria* (SEYLA) rund 6.000 Schüler/innen im Alter von 14 bis 17 Jahren in den Bundesländern Tirol, Wien, Oberösterreich und Steiermark zu den Themen Wohlbefinden, Stärken und Schwächen, gesunde und riskante Lebensstile und Strategien zur Stressbewältigung befragt. Dabei gaben 26 Prozent der befragten Jugendlichen an, dass sie im letzten Jahr bereits konkrete Gedanken an Suizid gehabt hätten, und 15 Prozent berichteten sogar über konkrete Pläne zum Suizid (www.seyla.at).

Seit einigen Jahren gibt es in Österreich zahlreiche Aktivitäten zur Unterstützung der Suizidprävention. Kinder und Jugendliche stellen dabei eine wichtige Zielgruppe dar, da allgemein belegt ist, dass Prävention bereits in frühen Lebensjahren ansetzen sollte, um spätere Erkrankungen zu reduzieren. Vor allem Schulen bieten durch ihren direkten Kontakt mit Jugendlichen einen guten Ansatzpunkt für Präventionsprogramme. Diese Programme versuchen unter anderem, Wissen zum Thema Suizid zu vermitteln, Anzeichen von suizidgefährdeten Personen zu erkennen und Peer-Groups sowie Gatekeeper im Umgang mit Suizid zu schulen. In diesen Programmen zeigt sich der zunehmende Wille, Tabuthemen anzusprechen und Jugendlichen die Möglichkeit zu selbstwirksamem Agieren zu geben. Durch die Thematisierung und Sensibilisierung soll es in Zukunft besser möglich sein, suizidgefährdeten Jugendlichen zu Hilfe zu kommen und ihnen Auswege anzubieten.

Vor allem die Kombination mehrerer Methoden und Programme gewährleistet ein großflächiges Abdecken jener Probleme, die gelöst werden können. Auch die Grundidee des SUPRA-Startpakets [4] setzt nicht auf Einzelmaßnahmen, sondern auf die Umsetzung eines Pakets von miteinander in Wechselwirkung stehenden Maßnahmen. Nur so ist es möglich, eine qualitativ hochwertige und nachhaltige Suizidprävention in Österreich sicherzustellen.

Die folgenden Beiträge geben einen Überblick über die derzeit in Umsetzung befindlichen Maßnahmen der schulischen Suizidprävention in Österreich.

5.1. Schulische Suizidprävention in Vorarlberg

Andreas Prenn, SUPRO – Werkstatt für Suchtprophylaxe

Schule ist ein Lebensraum, in dem Kinder und Jugendliche einen großen Teil ihrer Zeit verbringen. Lehrpersonen bzw. pädagogische Fachleute sind durch den täglichen Kontakt mit ihren Schülerinnen und Schülern wichtige Bezugspersonen. Sie können einen wichtigen Beitrag für die Früherkennung und für den Kinderschutz leisten, indem sie für die Thematik

sensibilisiert sind, Problemsituationen, Risiken und Veränderungen früh erkennen, den Kindern eine vertrauensvolle Beziehung anbieten und bei Bedarf entsprechende Hilfe vermitteln. Daneben gilt es, präventive Maßnahmen kontinuierlich umzusetzen, um ungünstige Verhaltensstabilisierungen nachhaltig zu verhindern.

Das Ziel schulischer Suizidprävention muss sein, den Aspekt Suizidprävention in bereits bestehende Präventionsmaßnahmen bzw. Maßnahmen der Gesundheitsförderung in der Schule zu integrieren. In weiten Bereichen überlappen nämlich Gesundheitsförderung, Gewalt-, Sucht- und Suizidprävention (siehe SUPRA Suizidprävention Austria 2011 [22], Seite 43). In diesem Kontext ist auch die Beauftragung von SUPRO – Werkstatt für Suchtprophylaxe, dem Vorarlberger Kompetenzzentrum für Suchtprävention, mit der Konzeption und Umsetzung von suizidpräventiven Maßnahmen zu verstehen.

Verfolgt wird dabei ein integrativer Ansatz mit Information, Schulung, Erkennen, Standardisierung der Abläufe, Vernetzung und Umsetzung aller mit Kindern und Jugendlichen befassten Gruppen im schulischen Kontext.

Lebenskompetenzprogramme „Eigenständig Werden“ und „PLUS“ als Basis

Alle Maßnahmen und Aktivitäten bauen auf dem in Vorarlberg schon flächendeckend umgesetzten Lebenskompetenzprogramm „Eigenständig Werden“ im Volksschulbereich und dem ebenfalls schon erprobten Lebenskompetenzprogramm „plus“ (10–14 Jahre) als Basis bzw. zentralem „Puzzle-Teil“ auf.

Zusatzmodule & Handbuch

Von SUPRO – Werkstatt für Suchtprophylaxe wurden zwei Zusatzmodule mit entsprechenden Fortbildungsunterlagen zu den beiden Lebenskompetenzprogrammen entwickelt. Die Fortbildungsmodule „Kinder in belastenden Situationen“ (im Volksschulbereich) und „Prävention von suizidalem Verhalten“ (Schulbereich der 10- bis 19-Jährigen) werden seit 2017 umgesetzt. Das Handbuch „Schulische Suizidprävention für die 5. bis 12./13. Schulstufe – Handreichung für Lehrpersonen und Schulen“ soll insbesondere Schulen und Lehrpersonen helfen, Anzeichen von Krisensituationen besser einzuschätzen, es soll Sicherheit geben und aufzeigen, welche Maßnahmen proaktiv im Vorfeld und welche im Anlassfall hilfreich sind.

Webseite, Plakate, Flyer und Magazin

Ergänzt werden diese Maßnahmen durch die Webseite www.bittlebe.at, fünf Plakate bzw. Freecards, die mit den Mythen und Halbwahrheiten rund um das Thema suizidales Verhalten aufräumen sollen, und einem Info-Flyer/Guide für Jugendliche.

Zusätzlich wurde das Thema „Kinder und Jugendliche in belastenden Situationen“ in einem IMPULS-MAGAZIN mit dem Titel „Wenn alles zu viel wird: Kinder und Jugendliche unter

Druck“ aufgegriffen. Das Magazin wurde in einer Auflage von 7.500 Stück an schulische Einrichtungen versandt und über geeignete Kanäle (u. a. Lesezirkel) einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt.

5.2. YOUTH AWARE OF MENTAL HEALTH – Suizidpräventionsprogramm in Tirol

Raphaela Banzer, Verein BIN; **Christian Haring**, Landeskrankenhaus Hall, Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie B

Ein Programm der schulischen Suizidprävention, das im Rahmen einer randomisiert, kontrollierten Studie evaluiert wurde, ist das europäische Programm *Youth Aware of Mental Health* (YAM) [23-26]. Dabei werden Schüler/innen für die Wahrnehmung von Risikoverhalten und Möglichkeiten der Risikovermeidung sensibilisiert. Dieses Programm wurde im Rahmen des FP7-geförderten EU-Projekts *Saving and Empowering Young Lives in Europe* (SEYLE) in insgesamt elf Ländern (Estland, Frankreich, Italien, Deutschland, Ungarn, Österreich, Spanien, Rumänien, Israel, Irland, Slowenien) getestet und führte zu einer Reduktion von Suizidgedanken und Suizidversuchen um die Hälfte. Das Programm umfasst fünf Schulstunden zu insgesamt drei Einheiten. Im Mittelpunkt stehen verschiedene Rollenspiele, die Jugendliche im Umgang mit Entscheidungen, Stress und Krisen sowie Depression und Suizidalität schulen sollen. Es geht dabei vor allem darum, Empathie, Offenheit, Kommunikations- und Problemlösefähigkeit im Umgang mit Depression und Suizidalität zu fördern.

In dem vom Fonds Gesundes Österreich und dem Land Tirol geförderten gleichnamigen Projekt soll das Programm YAM unter der Leitung von Primar Univ.-Prof. Dr. Christian Haring und Mag.^a Raphaela Banzer von der *sucht.hilfe BIN* an österreichischen Schulen etabliert und implementiert werden. Das Projekt *Youth Aware of Mental Health* (YAM, www.projekt-yam.at) ist in drei Phasen gegliedert: Planungsphase, Pilotphase und Transferphase. Die Phasen sind jeweils für ein Jahr angedacht, somit hat das Projekt YAM eine Gesamtlaufzeit von drei Jahren.

Im Mittelpunkt der ersten Phase stehen zahlreiche Arbeitsgruppentreffen für den Austausch mit zuständigen Behörden und Schulen. Es geht darum, bereits bestehende Programme in Tirol zu erfassen und sich über die Möglichkeit der Integration des Suizidprogramms YAM auszutauschen. Behörden und Schulen sollen für das Thema sensibilisiert und motiviert werden und YAM zukünftig als fixen Baustein in den Unterricht integrieren.

Ziel der Pilotphase ist, das Programm YAM an zehn Tiroler Schulen durchzuführen und dabei Schüler/innen und Lehrer/innen im Umgang mit Suizidalität zu schulen. Auf diese Art und Weise soll Depression und Suizidalität bei Schüler/innen in Tirol dauerhaft gesenkt werden.

In der abschließenden Transferphase liegt der Schwerpunkt auf einem bundesweiten Austausch über Erfahrungen, Probleme, Erkenntnisse und Methoden. Ziel dieser Phase ist es – ganz im Sinne der Nachhaltigkeit – eine Vielzahl an Institutionen, Akteurinnen/Akteuren und Politiker/innen für das Thema Suizidprävention in Österreich zu sensibilisieren und in Workshops zu schulen. Das soll eine Ausweitung und Weiterführung des Programms auch auf Bundesebene ermöglichen.

5.3. „lebenswert“ – ein schulisches Suizidpräventionsprogramm aus Salzburg

Martin Plöderl & Reinhold Fartacek, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Department für Krisenintervention und Suizidprävention; **Herbert Fartacek**, Pädagogische Hochschule Salzburg

Suizidprävention in der Schule ist deshalb naheliegend, weil in kaum einer anderen Lebensspanne eine Population in dieser Breite erreichbar ist. Zudem sehen Schulen nach einem Suizid(versuch) ohnehin entsprechenden Bedarf. Schulische Suizidprävention konkurriert jedoch mit einer Vielzahl von Präventionsprogrammen und der allgemeine Trend geht eher in Richtung Gesundheitsförderung. Das Programm „lebenswert“³ nutzt dieses Spannungsfeld konstruktiv [27]. Einerseits werden Informationen zum Thema Suizid und Depression sowie Krisenpläne im Falle von Suizidgefährdung (Sekundärprävention) und nach einem Suizid an der Schule (Tertiärprävention) vermittelt. Andererseits werden Prinzipien aus der Gesundheitsförderung realisiert, etwa die möglichst selbstständige und dauerhafte Veränderung der schulischen Hilfsstrukturen, die Einbindung von Schülerinnen und Schülern als potenzielle Helfer/innen im Sinne der Lebenskompetenzförderung und die Berücksichtigung aller Ebenen, d. h. Schüler/innen, Eltern, Pädagoginnen und Pädagogen, Schulleitung und relevante außerschulische Institutionen. Neben neueren Entwicklungen stützt sich „lebenswert“ dabei auf bewährte internationale Ansätze und auf den Kurzspielfilm „Vicky“, der als medienpädagogische Grundlage dient. „lebenswert“ wurde für Jugendliche von 13–18 Jahren und für alle Schulstufen konzipiert und ist seit 2008 in Salzburger Schulen im Einsatz.

5.4. Schulische Suizidprävention des Psychosozialen Dienstes Hartberg, Steiermark

Ulrike Schrittwieser & Markus Hollerit, Gesellschaft zur Förderung seelischer Gesundheit (www.gfsg.at)

Über die psychosoziale Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche des Psychosozialen Dienstes Hartberg wird seit dem Jahr 2000 Suizidprävention an Schulen im Bezirk Hartberg-

³ Projektkoordination: B.O.S. Beratungs- und Organisationsservice GmbH (BOS GmbH), Max-Ott-Platz 6, 5020 Salzburg, Telefon: +43 644 181 49 46, E-Mail: bos@lernzentrum-sbg.at

Fürstenfeld, Steiermark geleistet. Suizidprävention bedeutet, Möglichkeiten für Kommunikation anzubieten.

Als Anti-Stigma-Maßnahme wird den Schulklassen in der Region die Gelegenheit geboten, über Führungen und Präsentationen die Angebote der Einrichtungen des Psychosozialen Dienstes kennenzulernen, um ihnen die Schwellenangst zu nehmen. So erhalten die Jugendlichen einen Einblick in die sozialpsychiatrische Arbeit vor Ort sowie die vielfältigen Unterstützungsmöglichkeiten bei Krisen.

Im Zeichen der Primärprävention steht der Workshop „Wissen hilft – neue Wege finden“. Mitarbeiter/innen besuchen einzelne Schulklassen und bieten Antworten auf Fragen rund um das Thema Suizid in Form eines „Erste Hilfe Kurses für psychische Krisensituationen“. Ziel ist, über die Vermittlung von Informationen die Eigenkompetenz der Jugendlichen zu stärken, Vorurteile abzubauen, Alarmzeichen und Risikofaktoren bei sich und anderen zu erkennen, Möglichkeiten der professionellen Hilfe in Anspruch zu nehmen, eigene Ressourcen zu nutzen und Perspektiven zur Erweiterung von Handlungsmöglichkeiten in Krisensituationen aufzuzeigen. Ein Folienpool für Präsentationen steht zur Verfügung, Folder wurden erstellt, fokussiert wird auf die Arbeit in Kleingruppen. Seit kurzem wird das Angebot mit den Inhalten der Website bittelebe.at ergänzt.

Im Sinn der Sekundärprävention haben vulnerable Schüler/innen die Möglichkeit, weitere Einzel- oder gruppentherapeutische Angebote in Anspruch zu nehmen. Hierfür steht ein speziell geschultes multiprofessionelles Team mit Ärztinnen/Ärzten, Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Sozialarbeitern/Sozialarbeiterinnen und einer Juristin zur Verfügung.

Parallel werden Eltern eingebunden und gestärkt. Stabile emotionale Beziehungen zu Erwachsenen, die als soziale Vorbilder dienen und zeigen, dass Probleme und Krisen zum Lebensalltag gehören und wie sie konstruktiv gelöst werden können, sind wichtig.

An der Umsetzung eines spezifischen kurztherapeutischen Angebots für Jugendliche, die bereits einen Suizidversuch unternommen haben, als tertiärpräventive Maßnahme wird gearbeitet. Ziele sind die Klärung der Hintergründe und Implementierung von Strategien zur Verhinderung weiterer suizidaler Krisen.

Das Grundkonzept wird laufend adaptiert. Ein aktueller Bezug ergibt sich in Verbindung mit der Ausstrahlung der Netflix-Serie „Tote Mädchen lügen nicht“, wodurch anlassbezogen die Möglichkeit besteht, die von der Österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention (ÖGS) ausgesprochenen Empfehlungen zum Umgang mit der Serie in der Schule [28] zu besprechen. Sowohl dem Lehrpersonal als auch suizidalen Schülern/Schülerinnen wird Hilfestellung gegeben und auf unmittelbare Unterstützungsmöglichkeiten hingewiesen.

Es braucht viele Wege, um den unterschiedlichen Bedürfnisse der Schüler/innen oder den verschiedenen Schultypen mit all ihren Einflussfaktoren gerecht zu werden. Die Sprache muss jeweils an das Niveau der Altersgruppe und die Aufnahmefähigkeit der Gruppe angepasst werden, ein sensibles und selbstreflektierendes Vorgehen zum Thema sowie flexible Workshop-Methodenwahl sind nötig. Alle Mitarbeiter/innen haben langjährige Erfahrung in Krisenintervention und Suizidprävention und stehen in der direkten praktischen Arbeit mit Jugendlichen.

5.5. Präventionsaktivitäten rund um die Serie „Tote Mädchen lügen nicht“

Thomas Niederkrotenthaler, Medizinische Universität Wien, Zentrum für Public Health & Wiener Werkstätte für Suizidforschung

Am 31. März des Jahres erfolgte der globale Release der Netflix-Serie „Tote Mädchen lügen nicht“ (original: „13 Reasons Why“) über den fiktionalen Suizid der 17-jährigen Hannah Baker, die Teile ihrer Lebensgeschichte als vor dem Suizid aufgenommene Videonachrichten hinterlässt. In jeder der 13 Episoden wird dabei auf einen anderen Grund für den Suizid fokussiert, mit starker Betonung der Verantwortlichkeit der sozialen Umgebung für Hannahs Suizid [29, 30].

Auf die Veröffentlichung folgte unmittelbare Kritik durch internationale Suizidpräventionsorganisationen. Im Besonderen wurde die Befürchtung laut, dass die graphische Darstellung des Suizids sowie die simplifizierte Darstellung der Faktoren, die zur Suizidalität beitragen, weitere suizidale Handlungen – den sogenannten Werther-Effekt – auslösen könnten. Schon wenig später berichteten Massenmedien anekdotische Evidenz für Effekte der Serie und eine mögliche Vorbildwirkung Hannah Bakers auf junge Mädchen. Eine bald darauf publizierte Studie zeigte einen deutlichen Anstieg von Google-Suchen nach Suizid (nicht jedoch nach Hilfseinrichtungen) nach dem Release der Serie. Und wenig später wurden auch einzelne Berichte über Anstiege von Hospitalisierungen aufgrund von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten bekannt [29-31].

Aufgrund des großen Interesses von Jugendlichen an der Serie, das durch Berichte von Lehrern und Lehrerinnen, Medien sowie den Seherzahlen deutlich wurde, entschloss sich die ÖGS gemeinsam mit der Wiener Werkstätte für Suizidforschung, Expertinnen und Experten aus dem SUPRA-Gremium einzuladen, um gemeinsame Empfehlungen zum Umgang mit der Serie in der Schule zu entwickeln. Die Empfehlungen beinhalteten einen kurzen Abriss zum Inhalt der Serie und der daran geäußerten Kritik sowie Vorschläge, wie man die Serie diskutieren kann, wie man Suizidalität erkennt und was man als Lehrer/in machen kann, wenn ein Schüler / eine Schülerin Suizidgedanken äußert oder Warnsignale zeigt. [28]

Die Informationsbroschüre wurde vor dem Sommer auf der Webseite des Bundesministeriums für Bildung bereitgestellt. Zahlreiche Rückmeldungen von Lehrerseite legen nahe, dass das Material als hilfreich empfunden wurde. Es gilt, Suizidprävention in diesem Bereich auf mehreren Ebenen voranzutreiben. Insbesondere ist die verstärkte Zusammenarbeit mit der Entertainment-Industrie notwendig, um präventiv wirksame Darstellungen von Suizidalität zu fördern. Dazu hat ein Team der Wiener Werkstätte in Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen aus dem Ausland einen Aufruf publiziert, der derzeit in der *International Association for Suicide Prevention* vorangetrieben wird [29, 32]. Dabei geht es insbesondere um eine Adaptierung der internationalen Empfehlungen für die Medienindustrie, die Erstellung eines internationalen Verzeichnisses von Hilfseinrichtungen sowie potenziell um die Entwicklung eines Qualitätssiegels Suizidprävention im Entertainment-Bereich. Bezüglich der Netflix-Serie wird es im neuen Jahr zum Release einer zweiten Staffel kommen. Leider ist bis dato nicht bekannt, wie diese gestaltet sein wird – gegebenenfalls muss wieder auf die von SUPRA entwickelten Empfehlungen zum Umgang in der Schule [28] zurückgegriffen werden. Diese können auch zur Thematisierung anderer Medieninhalte mit suizidalem Inhalt herangezogen werden.

6. BRÜCKENSICHERUNG IN ÖSTERREICH – EINE INITIATIVE DER ASFINAG

Ulrike Schrittwieser, Institut für Suizidprävention Graz (www.ifsg.at)

„Sturz in die Tiefe“ ist in Österreich nicht die am häufigsten angewendete Suizidmethode, rangierte aber im Jahr 2016 gemeinsam mit Selbstvergiftungen an dritter Stelle nach Erhängen und Erschießen. Mit einem Anteil von elf Prozent entspricht dies auch dem weltweiten Schnitt. Ausnahmen stellen Städte mit sehr hohen Gebäuden dar, wie New York, Hong Kong oder Singapur.

Viele Brückensuizide vollziehen sich in unmittelbarer Nähe zu psychiatrischen Kliniken oder zum Wohnort der Betroffenen. Aber auch der Mythos einzelner Brücken infolge ihrer Lage oder architektonischen Besonderheit führt dazu, dass Menschen in suizidalen Krisen auch aus weiter entlegenen Orten anreisen. Der Sprung von Brücken hat eine hohe Letalität, die emotionalen Traumata Dritter sind beträchtlich. [33-35]

6.1. Schweizer Brückenstudien

Als speziell hilfreich bei der Vorbereitung zur Brückensicherung in Österreich erwiesen sich die von 1990–2010 durchgeführten Schweizer Brückenstudien. Prof. Dr. Thomas Reisch war durch die Überlassung der Studienergebnisse ein großer Unterstützer auf diesem Weg [34-36].

Ähnlich wie in Österreich ist Suizid durch Sturz in die Tiefe in der Schweiz die vierthäufigste Suizidmethode und macht elf Prozent aller Suizide aus, wobei ein Drittel aller Sprungsuizide von Brücken erfolgt. An Hotspot-Brücken werden überzufällig häufig Suizide beobachtet, im Mittel mehr als fünf innerhalb von zehn Jahren.

Ziele der Brückenstudien waren die Erfassung der Brückensuizide in der Schweiz, ihr Bezug zur Medienberichterstattung, die Identifikation von Hotspots und bestehenden Sicherheitsmaßnahmen, die mögliche Verlagerung von Suizidhandlungen und vor allem datenbasierte Empfehlungen für suizidpräventive Maßnahmen [35].

Hohe Evidenz ergab sich für Brückensicherung über bauliche Maßnahmen wie Geländer-Erhöhung, Sicherung von Brückenköpfen und horizontale Netze. Als empfehlenswerte Sofortmaßnahme für Hotspots wurden Schilder und Telefone eingeschätzt, diese sind allein aber unzureichend. Dauerhafte Aufmerksamkeit benötigt die Sensibilisierung der Medien zur Verhinderung des Werther-Effektes. Schulungen bei Polizei oder Taxiunternehmen erhöhen die Achtsamkeit von Patrouillen.

Als Konsequenz definierte die ASTRA (Schweizer Bundesamt für Straßen) neue Baurichtlinien für Brücken. Eine Arbeitsgruppe des nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland entwickelte einen Richtlinienkatalog zur Suizidprävention an Brücken.

Die Folgestudie von 2017 belegt, dass Sprungsuizide in der Schweiz mittlerweile rückläufig sind, speziell bei kompletten baulichen Sicherungen. Wichtig ist: Sicherungen führen nicht automatisch zu einer Verlagerung von Suizidhandlungen.

6.2. Mythos Golden Gate Bridge

Seit der Eröffnung der Golden Gate Bridge im Jahr 1937 wurden rund 1.600 Suizide an dieser Brücke vollzogen. Der ungebrochene Brückensuizid-Tourismus führte zu verschiedenen Sicherungsversuchen, wobei Notruf-Telefone und Hinweistafeln allein nicht die erhoffte deutliche Verbesserung der Situation brachten. Über Patrouillen auf der Brücke werden jährlich zumindest 50–80 Personen vom Sprung zurück gehalten, nur wenige von ihnen sterben später durch Folgesuizide.

Trotz hoher Kosten wurde letztlich die Entscheidung getroffen, Auffanggitter zu installieren. Unterstützt wird diese Entscheidung auch durch Cox et al. [37], die diverse Interventionsstrategien an Suizid-Hotspots mittels systematischem Review untersuchten. Klare Evidenz ergab sich für die Sicherung des Zugangs zu Hotspots, schwächere Evidenz für Strategien wie Überwachungen, Hinweistafeln und Hilfeftelefone.

In den englischen Guidelines wiederum werden Hinweistafeln als „bester erster Schritt“ bezeichnet für Orte, die Sorge bereiten. Obwohl allein unzureichend, können sie die Aufmerksamkeit für Hilfsangebote steigern.

6.3. ASFINAG Arbeitsgruppe „Suizidprävention an Autobahnen und Schnellstraßen“

Ein klares Problembewusstsein auf Seiten der ASFINAG (österreichische Autobahnen- und Schnellstraßen-Finanzierungs-AG) und die langjährige Vorarbeit über engagierte Bürgermeister, Bezirkshauptleute sowie diverse Ebenen der Polizei ermöglichte Ende 2016 eine erste Arbeitsgruppe zum Thema „Suizidprävention an Autobahnen und Schnellstraßen“ am Firmenstandort in Graz. Besprechungspunkte waren verschiedene Konzepte der Suizidprävention, die Identifikation von Hotspot-Brücken in der Steiermark sowie Möglichkeiten zu deren Sicherung.

Als erste Ergebnisse wurden Hotspot-Brücken in der Steiermark anhand einer Liste der Polizei identifiziert und konkrete Maßnahmenvorschläge für einzelne Brückenobjekte definiert. Im Jahr 2017 wurde mit der Umsetzung erster baulicher Maßnahmen an steirischen Brücken begonnen. Die Ausweitung auf andere Bundesländer soll folgen.

Suizid und Suizidprävention in Österreich

Als Sekundärmaßnahme wurde vom Institut für Suizidprävention Graz eine Hinweistafel gestaltet, um Menschen speziell in der Ambivalenzphase einer suizidalen Entwicklung für Hilfsmöglichkeiten zu sensibilisieren. Spezieller Dank für die Unterstützung bei der Entscheidungsfindung zur textlichen Gestaltung der Hinweistafel gebührt jenen sieben Menschen, die bereits den Suizid von Brücken erwogen und letztlich doch die Entscheidung für das Leben vorgezogen hatten.

In wertschätzender Kooperation mit der Telefonseelsorge Steiermark und deren Leiterin, MBA Daniela Bauer, wurde deren österreichweit gültige Kurzurufnummer für das Schild verwendet, um das Hilfesuchverhalten zu fördern. Michael Gaisbacher von der Werbeagentur *adventures* sorgte für die sensible grafische Umsetzung.

Abbildung 9: Hinweistafel an Hotspot-Brücke in der Steiermark



Quelle: Pucher, ASFINAG

Die Arbeitsgruppe regte die österreichweite Erfassung von Suizid-Hotspots im Bereich von Autobahnbrücken durch die Polizei an, eine entsprechende Aufforderung kann allerdings nur über das Ministerium (BM.I) erfolgen. Eine weitere Anregung betrifft die österreichweite Sicherung von Suizid-Hotspot-Brücken (BMVIT), wobei auch ÖBB und Eisenbahnbrücken mit einbezogen werden sollen.

Als Vertreter der ASFINAG begleitet Michael Pucher mit hohem Engagement die positive Initiative. Ein Follow-up-Termin ist bereits geplant.

Der erschwerte Zugang zu Suizidmitteln ist eine wichtige und effektive Maßnahme der Suizidprävention und eine von sechs gleichwertigen Säulen des SUPRA-Startpakets zur Suizidprävention. Erst die Kombination und Wechselwirkung mit anderen Maßnahmen gewährleistet den Aufbau einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Suizidprävention für Österreich und ermöglicht deren Nachhaltigkeit. Brückensicherung ist ein wichtiger Schritt auf diesem Weg [33-35].

7. AUSARBEITUNG MENSCHENRECHTLICHER STANDARDS DER SUIZIDPRÄVENTION 2015–2017 IM BM.I

Nestor Kapusta, Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie, MedUni Wien

Auf Basis verschiedener Anregungen des Nationalen Präventionsmechanismus (NPM), der einem verfassungsmäßigen Auftrag zum Schutz der Menschenrechte folgt, wurde vom Bundesministerium für Inneres (BM.I), Abteilung III/10 für grund- und menschenrechtliche Angelegenheiten gemeinsam mit der österreichischen Volksanwaltschaft im Jahr 2015 zur Verbesserung der Suizidprävention eine Arbeitsgruppe eingerichtet. Unter Einbindung von Expertinnen und Experten wurden darin BM.I-interne menschenrechtliche Standards zur Suizidprävention in polizeilicher Anhaltung ausgearbeitet.

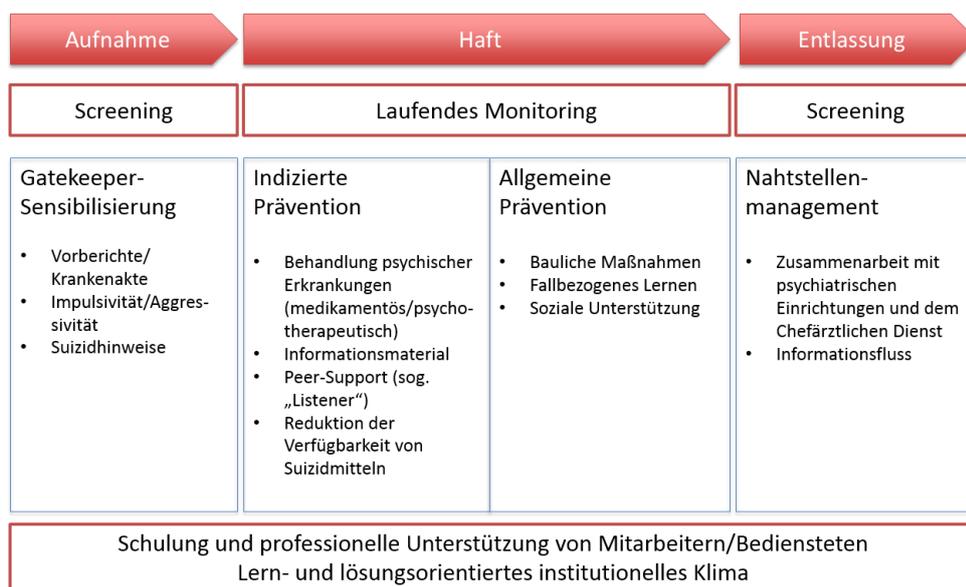
Die Volksanwaltschaft ist seit 2012 für den Schutz und die Förderung der Menschenrechte in der Republik Österreich zuständig und kontrolliert gemeinsam mit regionalen Kommissionen Einrichtungen, in denen es zum Entzug oder zur Einschränkung der persönlichen Freiheit kommt oder kommen kann, wie etwa Justizanstalten, Pflegeheime, polizeiliche Dienststellen sowie Anhaltezentren.

Die Prävention von Suiziden in Justizanstalten ist ein von der Weltgesundheitsorganisation priorisiertes Ziel [38]. Jede Wahrnehmung der Präventionsaufgabe stellt naturgemäß eine psychosoziale Vorhaltefunktion im Sinne der Vorsorge dar, die von den Einrichtungen auch ressourcenmäßig erbracht werden muss. Insbesondere in Krisenzeiten, in denen Betroffene unter einem erhöhten psychischen Druck stehen und Mitarbeiter/innen der Sicherheits-exekutive auf den polizeilichen Dienststellen sowie in den Anhaltezentren verstärkt mit psychischen Ausnahmesituationen, Notständen und Suizidankündigungen konfrontiert sind, ist es zielführend, auf eine hinreichende präventive institutionelle Vorhaltefunktion psychosozialer Hilfen zu achten. Diese kommen nicht nur primär den Betroffenen (z. B. angehaltenen Personen), sondern auch sekundär dem Personal im Sinne einer Entlastung zugute und können so zur Reduktion von psychischen Folgeschäden (interkulturellen Konflikten, post-traumatischen Belastungsstörungen, Depressionen, Suizidversuchen, selbstverletzenden Handlungen und Suiziden etc.) sowie von Krankenständen bei Mitarbeitenden führen. Der Umgang mit Suizidalität kann zu zusätzlichen Belastungen des Personals führen, da er häufig nicht als Teil des primären Kompetenzbereichs von Sicherheitsbeamten angesehen wird. Ebenso müssen in diesem Zusammenhang auch kulturspezifische und fremdsprachliche Aspekte beachtet werden.

Suizide zählen zu den häufigsten Todesursachen in Gefängnissen, ein Faktum, das vergleichbar mit der Situation in psychiatrischen Anstalten ist. Demnach sind in solchen Institutionen die Suizidraten entsprechend höher als in der Allgemeinbevölkerung [39, 40]. Die gemeinsame Nachbearbeitung von stattgefundenen Suiziden und Suizidversuchen in Haftanstalten

und Anhaltezentren mit betroffenen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen kann wesentlich dazu beitragen, die Umstände und Ursachen besser zu verstehen und dieses Wissen systematisch in künftige Präventionsmaßnahmen zu integrieren. Da die Vorhersagbarkeit von Suiziden anhand des Verhaltens im Einzelfall wenig spezifisch ist, muss im Sinne der Vorsorge hingenommen werden, dass Früherkennung von Suizidalität in der Regel mit zahlreichen falsch positiven Fällen einhergeht, d. h. häufig Personen einer fachkundigen Begutachtung zugeführt werden, wenngleich sich eine akute Selbstgefährdung nicht erhärtet.

Abbildung 8: Suizidpräventionsschema für Haftanstalten



Quelle: N. Kapusta, modifiziert nach Marzano et al. [41]

Untersuchungen belegen, dass von jenen Personen, die Suizidversuche in einer Haftumgebung unternehmen, ein größerer Anteil bereits früher Suizidversuche unternommen hat und auch häufiger in vorangegangener psychiatrischer Behandlung stand. Ebenso gehören vermehrte subjektive negative Hafterfahrungen, Impulsivität und Aggressivität zu den wichtigsten Risikofaktoren für Suizidversuche [41].

Aufgrund bestehender Evidenz der Suizidprävention ist es aus wissenschaftlicher Sicht geboten, eine entsprechend sorgfältige *Vorsorge* gegen potenzielle Suizide zu treffen, insbesondere dort, wo suizidgefährdete Menschen einer Intervention zugänglich sind. Um eine wirksame Kette der Prävention zu gewährleisten, ist es jedoch nötig, neben der Sensibilisierung von Gatekeepern eine rasch verfügbare fachkundige Begutachtungs- und Behandlungsmöglichkeit vorzuhalten sowie zur unmittelbaren Abwehr suizidaler Impulse auf eine Reduktion der Verfügbarkeit von Suizidmitteln und -gelegenheiten (auch baulicher Art) im unmittelbaren Umfeld zu achten.

In diesem Sinne kann die erfolgte Ausarbeitung menschenrechtlicher Standards der Suizidprävention im BM.I als eine vorbildliche, den Anforderungen der Zeit gerecht werdende Initiative angesehen werden. Sie setzte unter anderem zwei wesentliche institutionelle Ziele: Einerseits soll die Schulung des Personals im Erkennen und im Umgang mit Suizidalität gestärkt werden, andererseits wird ein besonderes Augenmerk auf Postvention nach Suizidversuchen und Suiziden gelegt. Dabei soll künftig eine supervidierte Reflexion im Team nach einem Anlass und eine fallorientierte Analyse zur Optimierung künftiger Präventionsarbeit in der entsprechenden Einrichtung ermöglicht werden. Diese Standards bekommen somit eine Vorbildfunktion für andere österreichische Einrichtungen und müssen auf ihre Umsetzung und Wirksamkeit hin künftig geprüft werden.

8. AUSBAU VON GO-ON SUIZIDPRÄVENTION STEIERMARK

Verena Leutgeb, GO-ON Suizidprävention Steiermark

„Gute seelische Gesundheit und hohe Lebensqualität der SteirerInnen ermöglichen“ wurde als eine der Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben in den im Jahr 2007 beschlossenen steirischen Gesundheitszielen verankert. Die Beauftragung des Dachverbandes der sozial-psychiatrischen Vereine und Gesellschaften Steiermarks durch den Gesundheitsfonds Steiermark, ein Projekt zur Suizidprävention zu konzeptionieren und durchzuführen, war ein Schritt in Richtung dieses Ziels. Dadurch sollte der in der Steiermark im Österreichvergleich hohen Suizidrate begegnet werden. Seit dem Jahr 2011 wird „GO-ON Suizidprävention Steiermark“ als Kompetenzzentrum aufgebaut. In seiner Arbeit orientiert es sich an den Qualitätskriterien von SUPRA [22] und liefert einen Beitrag zu mehreren Säulen des von SUPRA entworfenen Startpakets [4]. Das Ziel von GO-ON Suizidprävention Steiermark liegt vorrangig im Bereich der Primärprävention.

In der ersten Projektphase wurden in den Regionen Hartberg-Fürstenfeld, Murau-Murtal und Bruck-Mürzzuschlag Regionalstandorte aufgebaut. Die methodische Herangehensweise fokussiert darauf, durch Schulungen und Öffentlichkeitsarbeit ein Problembewusstsein für das Thema Suizidalität bei Betroffenen, Angehörigen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie Entscheidungsträgern zu schaffen. Das Angebot in den Projektregionen umfasst daher Informationsvermittlung im Rahmen verschiedener Veranstaltungsformate wie Vorträge oder Workshops. Das Angebot richtet sich an Laien, um diese im Rahmen von „Erste-Hilfe-Kursen für Krisen“ zu schulen. Darüber hinaus werden niederschwellige Angebote wie Messeaktivitäten oder Informationsstände organisiert. Ein jeweils spezialisiertes Veranstaltungsangebot richtet sich an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wie psychosoziale Expertinnen und Experten (Ärztinnen/Ärzte, Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Sozialarbeiter/innen) und andere Berufsgruppen (Pädagoginnen/Pädagogen an Schulen, Einsatzkräfte der Rettung, Polizei oder Feuerwehr, an Pflegepersonal sowie Mitarbeiter/innen diverser sozialer Einrichtungen).

Die inhaltlichen Schwerpunkte orientieren sich an den bekannten Risikogruppen für Suizidalität, das sind insbesondere ältere Menschen, Kinder und Jugendliche und Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Im Rahmen der Veranstaltungen werden Kenntnisse über Entstehung und Bewältigung von Krisen und Information zu Risikofaktoren weitergegeben sowie konkrete Hilfe und Unterstützung vermittelt. Darüber hinaus arbeitet GO-ON *Suizidprävention Steiermark* mit Journalistinnen und Journalisten zusammen und berät regional und überregional Medienvertreter/innen im Umgang mit dem Thema Suizidalität. Für Betroffene und Angehörige werden expertengeleitete Gruppen angeboten. Zusätzlich werden in jeder Region laufend öffentliche Vortragsveranstaltungen mit externen Referentinnen und Referenten organisiert.

Kernstück für das Gelingen dieses vielfältigen Angebots für unterschiedliche Stakeholder ist ein enges Netzwerk von Kooperationspartnern auf verschiedenen Ebenen. Ein solches wurde von Beginn an aufgebaut und wird laufend erweitert. Auf regionaler Ebene wird mit Gemeinden, psychosozialen Expertinnen und Experten vor Ort, sowie anderen Berufsgruppen, Vereinen und Privatpersonen gearbeitet. Es bestehen aber auch Kooperationen auf nationaler und internationaler Ebene. Zu diesen Partnern zählen insbesondere Einrichtungen wie IASP, SUPRA, ÖGS, DGS, AGUS, Kriseninterventionszentrum Wien, Plattform Psyche Steiermark, Telefonseelsorge, WEIL, Männernotruf und viele mehr.

Wesentlich für den Erfolg des Projekts ist auch die hohe fachliche Qualifikation der Mitarbeitenden. Diese verfügen alle über eine abgeschlossene psychosoziale Ausbildung sowie über Berufs- und Lehrerfahrung im Bereich der Krisenintervention.

Als Grundlage für das sukzessive Roll-out der Aktivitäten über die gesamte Steiermark wurde nach fünf Jahren – im Jahr 2016 – die Leistung der ersten Projektphase in den bereits implementierten Regionalstandorten evaluiert.

Die Evaluierung ergab, dass eine sehr gute Projektstruktur mit einer effizienten Anbindung des Projekts an die im Dachverband vertretenen Trägervereine (bzw. die Psychosozialen Dienste vor Ort) in den jeweiligen Regionen etabliert worden war, im Rahmen derer inhaltliche Synergien (Erfahrungsaustausch, Austausch von Vernetzungskontakten) gut genutzt werden und im Rahmen der Präventionsarbeit anfallender Betreuungsbedarf (in der Bevölkerung) abgedeckt werden kann.

Das Angebot zur Primärprävention stellt eine gute Ergänzung zum Angebotsspektrum der psychosozialen Beratungsstellen dar. Die für die Arbeit so wichtige Vernetzung auf nationaler und internationaler Ebene wurde durch die evaluierende Institution ebenfalls bestätigt. Ebenso positiv erwähnt wurden die hohe fachliche Kompetenz der Mitarbeitenden wie auch die hohe inhaltliche, wissenschaftlich fundierte Qualität der Arbeitsmaterialien. Qualitative Interviews mit projektexternen Kooperationspartnern ergaben eine hohe Zufriedenheit mit dem Angebot. Es wurden aber auch einige Optimierungspotenziale in verschiedenen Strukturen und Prozessen aufgezeigt. So wurde etwa auf Basis der Evaluierung die Dokumentation der Aktivitäten verbessert und die Struktur stärker regionalisiert, um dem schnellen Wachstum des Projekts zu begegnen.

Aufgrund der positiven Evaluierungsergebnisse erfolgte mit Jänner 2017 der regionale Ausbau von GO-ON Suizidprävention Steiermark um die drei Standorte Voitsberg, Leoben und Liezen-Ost. In den drei neuen Regionen fanden – unterstützt durch die jeweiligen Bezirkshauptmänner – vor Ort Kickoff-Veranstaltungen statt, zu denen die relevanten Netzwerkpartner und Medienvertreter der Bezirke geladen wurden. Im ersten Jahr galt in den neuen Regionen als Ziel, Vernetzung mit lokalen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Strukturen und der Bevölkerung herzustellen, um die Aktivitäten auf verschiedenen Ebenen vorzustel-

Suizid und Suizidprävention in Österreich

len. Durch diesen Ausbausritt hat sich die Zahl der bei *GO-ON Suizidprävention Steiermark* Beschäftigten verdoppelt.

Im Jänner 2018 wird *GO-ON Suizidprävention Steiermark* wiederum um die drei Regionen Liezen-West, Deutschlandsberg und Leibnitz erweitert.

Bis zum Jahr 2020 ist der flächendeckende Ausbau auf die gesamte Steiermark (mit Erweiterung auf Weiz und die Südost-Steiermark sowie Graz und Graz-Umgebung) geplant. Zukünftige Maßnahmen umfassen die Erweiterung des inhaltlichen Angebots für verschiedene Zielgruppen, insbesondere für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Der Schwerpunkt wird dann das Thema Postvention sein.

9. LITERATUR

- [1] Kapusta N, Grabenhofer-Eggerth A, Blüml V, Klein J, Baus N, Huemer J. **Suizid und Suizidprävention in Österreich. Basisbericht 2013**. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, 2014.
- [2] Grabenhofer-Eggerth A, Kapusta N. **Suizid und Suizidprävention in Österreich**. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, 2015.
- [3] Grabenhofer-Eggerth A, Kapusta N. **Suizid und Suizidprävention in Österreich**. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2016.
- [4] Grabenhofer-Eggerth A, Nowotny M, Tanios A, Kapusta N. **Suizid und Suizidprävention in Österreich**. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2017.
- [5] Eurostat. **Revision of the European Standard Population. Report of Eurostat's task force**. Methodologies and Workingpapers, 2013: KS-RA-13-028-EN-N.
- [6] Walters BH, Suasnábar JH, Petrea I. **Good Practices in Mental Health and Well-being. Mental Health at work, in schools, prevention of depression and suicide**. European Commission, 2017.
- [7] Sonneck G, Hirnsperger H, Mundschutz R. **Suizid und Suizidprävention 1938–1945 in Wien**. Neuropsychiatrie, 2012: 26/(3)111-120.
- [8] Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, Carli V, Hoschl C, Winkler P, Balazs J, Purebl G, Kahn JP, Saiz PA, Bobes J, Cozman D, Hegerl U, Rancans E, Hadlaczky G, Van Audenhove C, Hermesh H, Sisask M, Peschayan AM, Kapusta N, Adomaitiene V, Steibliene V, Kosiewska I, Rozanov V, Courtet P, Zohar J, European Evidence-Based Suicide Prevention Program Group by the Expert Platform on Mental Health FoD. **Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe: A consensus position paper**. Eur Neuropsychopharmacol, 2017: 27/(4)418-421.
- [9] Cramer RJ, Kapusta ND. **A Social-Ecological Framework of Theory, Assessment, and Prevention of Suicide**. Front Psychol, 2017: 8/1756.
- [10] Flavio M, Martin E, Pascal B, Stephanie C, Gabriela S, Merle K, Anita RR. **Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour**. SWISS MED WKLY, 2013: 143/w13759.
- [11] Kolves K, Kolves KE, De Leo D. **Natural disasters and suicidal behaviours: a systematic literature review**. J Affect Disord, 2013: 146/(1)1-14.

[12] Spittal MJ, Pirkis J, Miller M, Studdert DM. **Declines in the lethality of suicide attempts explain the decline in suicide deaths in Australia.** PLoS One, 2012: 7/(9)e44565.

[13] De Munck S, Portzky G, Van Heeringen K. **Epidemiological trends in attempted suicide in adolescents and young adults between 1996 and 2004.** Crisis, 2009: 30/(3)115-119.

[14] Till B, Niederkrotenthaler T. **Surfing for suicide methods and help: content analysis of websites retrieved with search engines in Austria and the United States.** J Clin Psychiatry, 2014: 75/(8): 886-892.

[15] Cibis A, Mergl R, Bramesfeld A, Althaus D, Niklewski G, Schmidtke A, Hegerl U. **Preference of lethal methods is not the only cause for higher suicide rates in males.** J Affect Disord, 2012: 136/(1-2)9-16.

[16] Deshpande G, Baxi M, Witte T, Robinson JL. **A Neural Basis for the Acquired Capability for Suicide.** Front Psychiatry, 2016: 7/125.

[17] Witte M. **Männer haben´s schwer, nehmen´s leicht – Suizidrisikogruppe Männer erreichen und mit ihr arbeiten.** In: Ortiz-Müller W, Scheuermann U, Gahleitner SB: Praxis Krisenintervention Handbuch für helfende Berufe, Stuttgart: Kohlhammer, 2010.

[18] Wolfersdorf M, Schulte-Wefers H, Schaller E. **Depression bei Männern: Einige klinische Aspekte der so genannten "männlichen Depression".** Blickpunkt DER MANN, 2009: 2009/(7): 8-14.

[19] Rutz W, von Knorring L, Pihlgren H, Rihmer Z, Walinder J. **Prevention of male suicides: lessons from Gotland study.** Lancet, 1995: 345/(8948)524.

[20] Möller-Leimkühler AM. **The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable?** European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 2003: 253/(1)1-8.

[21] Henseler H. **Narzisstische Krisen: Zur Psychodynamik des Selbstmords.** 4. Aufl. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 2000.

[22] BMG. **SUPRA - Suizidprävention Austria.** Wien: Bundesministerium für Gesundheit, 2011.

[23] Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G, Kelleher I, Sarchiapone M, Apter A, Balazs J, Bobes J, Brunner R, Corcoran P, Cosman D, Guillemin F, Haring C, Iosue M, Kaess M, Kahn JP, Keeley H, Musa GJ, Nemes B, Postuvan V, Saiz P, Reiter-Theil S, Varnik A, Varnik P, Carli V. **School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial.** Lancet, 2015: 385/(9977)1536-1544.

[24] Wasserman D, Carli V, Wasserman C, Apter A, Balazs J, Bobes J, Bracale R, Brunner R, Bursztein-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, Saiz 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: 10/192.

[25] Carli V, Wasserman C, Wasserman D, Sarchiapone M, Apter A, Balazs J, Bobes J, Brunner R, Corcoran P, Cosman D, Guillemin F, Haring C, Kaess M, Kahn JP, Keeley H, Keresztesy A, Iosue M, Mars U, Musa G, Nemes B, Postuvan V, Reiter-Theil S, Saiz P, Varnik P, Varnik A, Hoven CW. **The saving and empowering young lives in Europe (SEYLE) randomized controlled trial (RCT): methodological issues and participant characteristics.** BMC public health, 2013: 13/479.

[26] Wasserman C, Hoven CW, Wasserman D, Carli V, Sarchiapone M, Al-Halabi S, Apter A, Balazs J, Bobes J, Cosman D, Farkas L, Feldman D, Fischer G, Graber N, Haring C, Herta DC, Iosue M, Kahn JP, Keeley H, Klug K, McCarthy J, Tubiana-Potiez A, Varnik A, Varnik P, Ziberna J, Postuvan V. **Suicide prevention for youth--a mental health awareness program: lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study.** BMC public health, 2012: 12/776.

[27] Plöderl M, Fartacek H, Fartacek R. **lebenswert - Ein schulisches Suizidpräventionsprogramm.** Suizidprophylaxe, 2010: 37/(4): 148-154.

[28] Banzer R, Niederkrotenthaler T, Sansone P. **"13 REASONS – WHY TOTE MÄDCHEN LÜGEN NICHT". Empfehlung zum Umgang mit der Netflix-Serie in der Schule.** Innsbruck, Wien, 2017.

[29] IASP. **Briefing in Connection to the Netflix series '13 Reasons Why'.** International Association for Suicide Prevention; Washington DC, 2017.

[30] Arendt F, Scherr S, Till B, Prinzellner Y, Hines K, Niederkrotenthaler T. **Suicide on TV: minimising the risk to vulnerable viewers.** BMJ, 2017: 358/j3876.

[31] [U25] Berlin Online - Suizidprävention. **Tote Mädchen lügen nicht, 13 Statements zur Serie.** Caritasverband für das Erzbistum Berlin; Berlin, 2017.

[32] WHO. **Preventing Suicide. A Resource for Media Professionals.** Geneva: World Health Organization & International Association for Suicide Prevention, 2008.

[33] Merli R, Etzersdorfer E. **Brücken-Hotspots in der italienischen Provinz Biella, 1994 bis 2013. Darstellung der Epidemiologie und der ersten Präventionsbemühungen.** Suizidprophylaxe, 2015: 41/(1).

- [34] Mend HK, Reisch T, Marten P, Brockmann E, Käufer M, Gravert C, Schmidtke A. **Suizidprävention an einer Brücke: Beispiel Münstener Brücke.** Suizidprophylaxe, 2015: 42/(4): 139-152.
- [35] Reisch T. **Ergebnisse der Schweizer Brückenstudien.** Suizidprophylaxe, 2015: 42/(1).
- [36] Reisch T, Michel K. **Securing a suicide hot spot: effects of a safety net at the Bern Muenster Terrace.** Suicide Life Threat Behav, 2005: 35/(4)460-467.
- [37] Cox GR, Owens C, Robinson J, Nicholas A, Lockley A, Williamson M, Cheung YT, Pirkis J. **Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review.** BMC public health, 2013: 13/214.
- [38] WHO. **Preventing suicide in jails and prisons.** Geneva: World Health Organization & International Association for Suicide Prevention, 2007.
- [39] Fazel S, Lubbe S. **Prevalence and characteristics of mental disorders in jails and prisons.** Current Opinion in Psychiatry, 2005: 18/(5)550-554.
- [40] Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. **Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions.** Lancet Psychiatry, 2016: 3/(9)871-881.
- [41] Marzano L, Hawton K, Rivlin A, Smith EN, Piper M, Fazel S. **Prevention of Suicidal Behavior in Prisons.** Crisis, 2016: 37/(5)323-334.

Suizid und Suizidprävention in Österreich

**BUNDESMINISTERIUM FÜR
ARBEIT, SOZIALES, GESUNDHEIT
UND KONSUMENTENSCHUTZ**

Stubenring 1, 1010 Wien

Tel.: +43 1 711 00-0

sozialministerium.at