

Suizid und Suizidprävention in Österreich

Bericht 2014



Impressum

Eigentümer, Herausgeber und Verleger:

Bundesministerium für Gesundheit
Radetzkystraße 2, 1030 Wien
Tel. +43 1 71100-0

Für den Inhalt verantwortlich:

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

Autorinnen und Autoren:

Alexander Grabenhofer-Eggerth
Nestor Kapusta

Mit Beiträgen von:

Reinhold Fartacek
Lea Feldkämper
Christian Haring
Thomas Kapitany
Rosemarie Mayerdorfer
Thomas Niederkrotenthaler
Monika Nowotny
Martin Plöderl
Sophie Sagerschnig
Ulrike Schrittwieser
Regina Seibl
Gernot Sonneck
Claudius Stein

Druck:

Kopierstelle des BMG, 1030 Wien

Internet:

www.bmg.gv.at

Titelbild:

alko – sxc.hu

Erscheinung:

März 2015

ISBN 978-3-902611-77-2

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

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

es ist mir ein großes Anliegen, in Österreich eine nachhaltige und qualitativ hochwertige Suizidprävention sicherzustellen. Dazu gehört auch, das Thema Suizid offen zu thematisieren und dem Suizid das Stigma zu nehmen. Mit der Erstellung des Suizidpräventionsprogramms SUPRA im Jahr 2012 und der Einrichtung der Kontaktstelle Suizidprävention bei der Gesundheit Österreich GmbH, deren Expertinnen und Experten die Umsetzung des Programmes unterstützen, wurde ein wesentlicher Meilenstein dafür gesetzt. Ziel von SUPRA ist es, alle Personen sowie Organisationen, die im Bereich der Suizidprävention tätig sind, zu vernetzen, vorhandene Ressourcen zu bündeln und gemeinsam Projekte umzusetzen.



Der vorliegende Bericht „Suizid und Suizidprävention in Österreich“ gibt einen Überblick über die wichtigsten Zahlen, Daten und Fakten zu Suiziden in Österreich im Jahr 2014. Der zweite Teil des Berichts stellt den Tagungsband zur SUPRA-Vernetzungstagung „Suizidprävention in Österreich – Status Quo und Perspektiven“ dar, die im September vergangenen Jahres im Bundesministerium für Gesundheit stattgefunden hatte. Im Zentrum der Diskussionen standen die bisherigen Ergebnisse, die nächsten Umsetzungsschritte sowie die Entwicklung von Zukunftsperspektiven der Suizidprävention in Österreich. Die Zusammenfassungen der einzelnen Präsentationen können Sie in diesem Bericht nachlesen. Es freut mich, dass zwei Jahre nach der Einrichtung von SUPRA bereits zahlreiche positive Ergebnisse vorliegen.

Ich danke allen, die an der Erstellung des Berichtes mitgearbeitet haben und die sich unermüdlich im Bereich der Suizidprävention in Österreich engagieren.

Ihre

A handwritten signature in blue ink, which appears to read 'Sabine Oberhauser'. The signature is fluid and cursive.

Dr.ⁱⁿ Sabine Oberhauser, MAS
Bundesministerin für Gesundheit

Kurzfassung

Anfang des Jahres 2014 erschien der Basisbericht „Suizid und Suizidprävention in Österreich“ (BMG 2014), der eine Zusammenschau der wichtigsten verfügbaren Daten zu den Suiziden in Österreich bietet. Der nun vorliegende Nachfolgebericht bietet einleitend ein Update zu den wichtigsten Zahlen, Daten und Fakten zu Suiziden in Österreich. Der zweite Teil des Berichtes stellt den Tagungsband zur SUPRA-Vernetzungstagung Suizidprävention in Österreich – Status Quo und Perspektiven vom 5.9.2014 dar.

Im Jahr 2013 starben in Österreich 1.291 Personen durch Suizid. Das bedeutet, dass die **Zahl der Suizidtoten fast dreimal so hoch** ist wie beispielsweise jene der **Verkehrstoten** (455 Tote). Seit den 1980er Jahren ist zwar ein deutlicher Rückgang der Suizidhäufigkeit zu beobachten, mit Beginn der Wirtschaftskrise im Jahr 2008 verlangsamte sich dieser Rückgang jedoch deutlich und ging in ein nahezu konstantes Plateau über. Der relative Rückgang der Suizide zwischen 1986 und 2012 war bei den Frauen deutlich stärker ausgeprägt als bei den Männern. Zu **Suizidversuchen** liegen keine verlässlichen Zahlen vor, da sie oft nicht als solche erkannt bzw. dokumentiert werden und nicht zwingend zu einem Kontakt mit dem Gesundheitssystem führen. Internationale Studien gehen jedoch davon aus, dass Suizidversuche die Zahl der tatsächlich durch Suizid verstorbenen Personen um das 10- bis 30-Fache übertreffen.

Der zweite Teil des vorliegenden Berichtes stellt den **Tagungsband zur SUPRA-Vernetzungstagung Suizidprävention in Österreich – Status Quo und Perspektiven** vom 5.9.2014 dar. Die Tagung richtete sich an Personen und Organisationen, die in der Suizidprävention tätig sind bzw. tätig werden wollen. Im Zentrum der Tagung standen das SUPRA-Konzept sowie die bisherigen und zukünftigen Umsetzungsschritte. Die sehr gut besuchte Tagung wurde von Bundesministerin Sabine Oberhauser und GÖG Geschäftsführer Georg Ziniel eröffnet.

Nestor Kapusta präsentierte die zentralen Ergebnisse des Basisberichts **Suizid und Suizidprävention in Österreich** (BMG 2014) der neben Zahlen, Daten und Fakten zu Suiziden allgemein auch vertiefende Informationen zu geschlechts- und altersspezifischen Aspekten der Suizidalität sowie eine Analyse der Daten der österreichischen Vergiftungsinformationszentrale (VIZ) zu intentionalen Selbstvergiftungen beinhaltet. Gernot Sonneck und Christian Haring präsentierten die über 100 jährige Geschichte der Suizidprävention in Österreich von den ersten Initiativen der Wiener Rettungsgesellschaft 1909/10 über Viktor E. Frankl und Erwin Ringel bis hin zur Gründung Österreichische Gesellschaft für Suizidprävention (ÖGS) 1985, dem Österreichischen Suizidpräventionsplan im Jahr 2000 bis hin zum **SUPRA-Programm** 2012. Alexander Grabenhofer-Eggerth stellte die SUPRA-Kontaktstelle an der GÖG vor und präsentierte die Ergebnisse einer Befragung zum Status Quo der Suizidprävention in Österreich bei der 37 laufende Projekte zur Suizidprävention identifiziert wurden.

Claudius Stein erläuterte die Herausforderungen für die **Suizidprävention bei alten Menschen** und präsentiert das Projekt „Suizidprävention in der psychosozialen und medizinischen Versorgung älterer Menschen“ des Wiener Kriseninterventionszentrums. Mehr als ein Drittel aller Suizide in Österreich entfallen auf Menschen im Alter über 65 Jahre, diese Altersgruppe stellt somit eine Hochrisikogruppe dar. Die Steiermark hat die höchste Suizidrate aller österreichischen Bundesländer, Ulrike Schrittwieser präsentierte das 2011 in Leben gerufene Projekt **GO-ON Suizidprävention Steiermark**, bei dem in vorläufig drei Projektregionen – Hartberg, Murau, Mürzzuschlag – an der Enttabuisierung von Suizidalität gearbeitet wird, Kenntnisse über Entstehung und Bewältigung von Krisen angeboten werden und Information zu Risikofaktoren sowie konkreter Hilfe und Unterstützung vermittelt werden. Martin Plöderl präsentierte den **Sonderauftrag für Suizidprävention der Universitätsklinik Salzburg**. Neben der vollstationären und tagesklinischen Betreuung von suizidgefährdeten Personen werden auch außerklinisch verschiedenste suizidpräventive Aktivitäten gesetzt. Abschließend stellte

er die Ergebnisse des Forschungsprogrammes Suizidprävention an der Paracelsus Privatmedizinischen Universität vor.

Bei drei Parallelsessions wurden die Themen **Suizid und Angehörige**, **Suizid und Medien** und **Trainings für Gatekeeper** diskutiert. Regina Seibl und Rosemarie Mayerdorfer erläuterten, dass bei jedem Suizid zumindest sechs andere Personen zu den Betroffenen zählen und dass diese besonderen Belastungen ausgesetzt sind, da Suizid nach wie vor ein gesellschaftliches Tabuthema ist. Umso wichtiger sind Angebote für Angehörige. Thomas Niederkrotenthaler und Gernot Sonneck erläuterten den Einfluss von Medien auf das Suizidgeschehen, durch verantwortungsbewusste Darstellungen können nicht nur Imitationen – sog. Werther-Effekt – vermieden werden, bestimmte Berichte können sogar für Suizidgefährdete hilfreich sein, ihre suizidale Krise zu bewältigen (Papageno-Effekt). Das Internet ist mittlerweile die wichtigste Plattform für Kommunikation über Suizidalität und das gängigste Mittel zur Informationssuche. Dennoch haben Suchergebnisse auch in Österreich eine stark variierende Qualität, mit Seiten die Hilfsangebote anbieten bis zu solchen die Suizidmethoden bewerben. Prävention beginnt dabei bereits bei der Optimierung von hilfreichen Webinhalten für Suchmaschinen. Nestor Kapusta erläuterte, dass neben der Restriktion von Suizidmitteln insbesondere der Erkennung und Behandlung suizidaler Personen eine wichtige Rolle in der Suizidprävention zukommt. Insofern spielt die Schulung von Personen in die entsprechende Schlüsselpositionen (Gatekeeper) mit potenziell suizidalen Personen zu tun haben könnten eine zentrale Rolle für die Umsetzung des Suizidpräventionsprogramms SUPRA. Er präsentiert daher das derzeit unter dem Titel *SUPRA-Gatekeeper Training* laufende Projekt zur Erstellung einheitlicher Schulungsinhalte und -unterlagen.

Den Abschluss der Tagung bildete eine **Podiumsdiskussion** bei der aus Sicht von Vertreterinnen und Vertretern des BMG, der Sozialversicherung, der Länder, der Epidemiologie und des SUPRA Expertengremiums Perspektiven der Umsetzung von SUPRA diskutiert wurden. Im Zentrum standen dabei die Herausforderungen der Vernetzung in der Querschnittsthematik Suizidprävention und die Einladung, dass alle die wollen gerne in Boot oder der Armada von SUPRA „mitrudern“ können.

Inhalt

Vorwort	4
Kurzfassung	6
1 Einleitung	10
2 Daten zu Suiziden in Österreich	11
2.1 Suizide in Österreich.....	11
2.2 Altersspezifische Verteilung von Suiziden in Österreich	12
2.3 Häufigkeit der Todesursache Suizid im Vergleich zu anderen Todesursachen	13
2.4 Suizidraten im Bundesländervergleich	14
2.5 Suizidmethoden in Österreich	15
2.6 Suizidversuche	15
2.7 Literatur	16
3 Beiträge der SUPRA-Vernetzungstagung vom 5. 9. 2014 (Tagungsband)	17
3.1 Einleitung.....	17
3.2 Zahlen, Daten, Fakten – der österreichische Suizidbericht 2013	17
3.3 Suizidprävention in Österreich – Das SUPRA-Programm	21
3.4 Die SUPRA-Kontaktstelle an der Gesundheit Österreich GmbH	26
3.5 Suizidprävention im Alter	28
3.6 GO-ON Suizidprävention in der Steiermark	34
3.7 Sonderauftrag für Suizidprävention der Universitätsklinik Salzburg	37
3.8 Workshop: Trauer nach Suizid und Angebote für Angehörige.....	39
3.9 Workshop: Suizid und Medien	45
3.10 Workshop: Netzerkennung Gatekeeper-Training	50
3.11 Podiumsdiskussion: Suizidprävention Austria (SUPRA) – Perspektiven der Umsetzung	58

Abbildungen

Abbildung 1: Verlauf der Suizidraten in Österreich seit 1970.....	11
Abbildung 2: Suizidraten in Österreich seit 1970 nach Altersgruppen	12
Abbildung 3: Todesursachen im Jahr 2013 nach Altersgruppen.....	13
Abbildung 4: Suizidraten in den Bundesländern (2009–2013)	14
Abbildung 5: Suizidmethoden im Jahr 2013 nach Geschlecht, in Prozent (n = 1.291)	15
Abbildung 6: Ausgewählte Parameter des psychosozialen Gesundheitssystems in Österreich.....	18
Abbildung 7: Suizidraten im europäischen Vergleich (5-Jahres-Mittelwerte 2007–2011, standardisierte Suizidraten pro 100.000 Personen europäischer Standardbevölkerung)	18
Abbildung 8: Suizidraten in den Bundesländern (3-Jahres-Mittelwert 2009-2011)	19
Abbildung 9: Suizidraten pro 100.000 der Bezirksbevölkerung 2008-2012.....	19
Abbildung 10: Suizid im Vergleich zu anderen Todesursachen bis zum 50.Lebensjahr bei Männern...	22
Abbildung 11: Suizid im Vergleich zu anderen Todesursachen bis zum 50.Lebensjahr bei Frauen.....	23
Abbildung 12: Anzahl der Projekte zu den SUPRA-Arbeitsbereichen (Mehrfachnennungen möglich) .	27
Abbildung 13: Einbettung von GO-ON	37
Abbildung 14: Entwicklung von Suizidalität und Präventionsmaßnahmen	51

1 Einleitung

Anfang des Jahres 2014 erschien der Basisbericht „Suizid und Suizidprävention in Österreich“ (BMG 2014), der eine Zusammenschau der wichtigsten verfügbaren Daten zu den Suiziden in Österreich bietet. Darüber hinaus wurden schwerpunktmäßig alters- und geschlechtsspezifische Aspekte von Suizidalität beleuchtet, Daten der österreichischen Vergiftungsinformationszentrale (VIZ) zu intentionalen Selbstvergiftungen analysiert und Projekte der Suizidprävention in Österreich präsentiert.

Der nun vorliegende Nachfolgebericht bietet einleitend ein Update zu den wichtigsten Zahlen, Daten und Fakten zu Suiziden in Österreich. Der zweite Teil des Berichtes besteht aus dem Tagungsband zur SUPRA-Vernetzungstagung *Suizidprävention in Österreich – Status Quo und Perspektiven* vom 5. 9. 2014. Die Tagung richtete sich an Personen und Organisationen, die in der Suizidprävention tätig sind bzw. tätig werden wollen, sowie an alle Interessierten. Im Zentrum der Tagung standen das SUPRA-Programm sowie die bisherigen und zukünftigen Umsetzungsschritte. Neben einer Bestandsaufnahme der Lage und der Steigerung des Bekanntheitsgrades des nationalen Suizidpräventionsprogrammes SUPRA diente die Tagung auch der Vernetzung der Player und der Entwicklung von Zukunftsperspektiven für die Suizidprävention in Österreich. Sämtliche Plenar-Beiträge wurden von Mitgliedern des Expertengremiums gestaltet, auch die drei Parallelsessions am Nachmittag wurden von Mitgliedern des Gremiums geleitet bzw. moderiert.

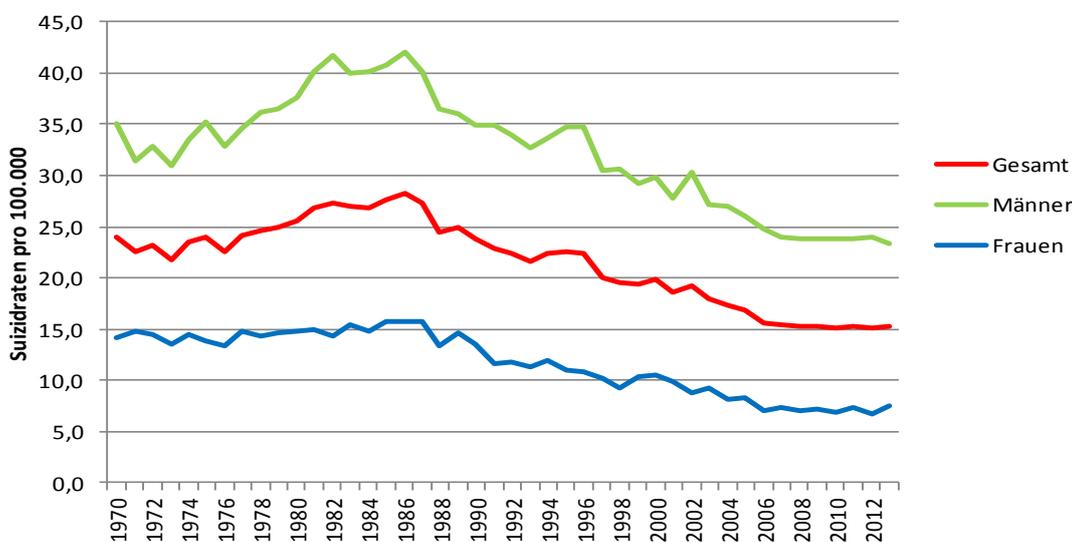
2 Daten zu Suiziden in Österreich

2.1 Suizide in Österreich

Statistiken zur Suizidsterblichkeit basieren auf den Zahlen der Todesursachenstatistik, die von der Statistik Austria geführt wird. Allgemeine Zahlen über die Anzahl der Suizide pro Jahr werden in Österreich bereits seit dem Jahr 1829 registriert, detaillierte Daten sind jedoch erst ab 1970 verfügbar. Seit 1970 werden Todesursachen in elektronischer Form erfasst, wodurch eine statistische Verarbeitung und ein Verlaufsmontoring des Suizidgeschehens ermöglicht werden.

Die zeitliche Entwicklung der Suizidhäufigkeit in Österreich seit 1970 zeigt einen charakteristischen Verlauf. Die Suizidhäufigkeit nahm zunächst stetig zu und erreichte mit 2.139 Personen im Jahr 1986 einen Höchststand, wie er zuletzt während des Zweiten Weltkriegs zu beobachten war (Sonneck et al. 2012). Seit diesem Höchststand der allgemeinen Suizidraten in den 1980er Jahren ist ein deutlicher Rückgang zu beobachten. Mit Beginn der gegenwärtig andauernden weltweiten Wirtschaftskrise im Jahr 2008 verlangsamte sich dieser Rückgang jedoch deutlich und ging in den letzten fünf Jahren in ein nahezu konstantes Plateau über (Abbildung 1). Mit insgesamt 1.291 durch Suizid verstorbenen Personen im Jahr 2013 beträgt der Rückgang gegenüber dem Jahr 1986 rund 40 Prozent. Der relative Rückgang der Suizide zwischen 1986 und 2013 war mit rund 47 Prozent bei den Frauen deutlich stärker ausgeprägt als bei den Männern (33 %).

Abbildung 1: Verlauf der Suizidraten in Österreich seit 1970



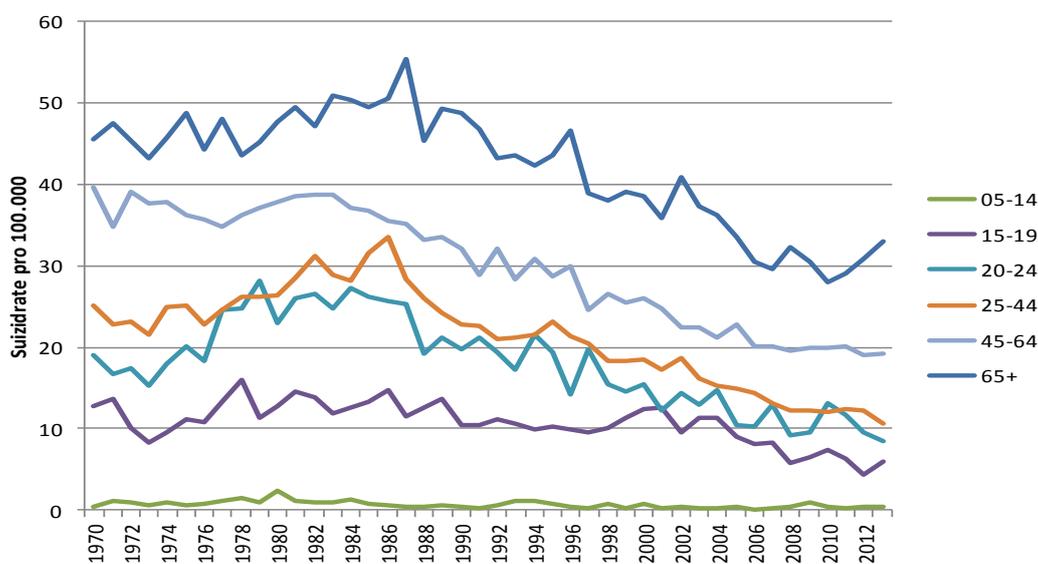
Quelle/Rohdaten: Statistik Austria; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Im Jahr 2013 suizidierten sich in Österreich 967 Männer und 324 Frauen. Das entspricht einer Suizidrate für Männer von 23,4 Suiziden pro 100.000 Einwohner und für Frauen von 7,5 Suiziden pro 100.000 Einwohnerinnen. Die Suizidrate ist bei Männern gegenüber dem Vorjahr leicht rückläufig, bei Frauen ist ein leichter Anstieg zu beobachten (s. Abbildung 1).

2.2 Altersspezifische Verteilung von Suiziden in Österreich

Die Suizidrate steigt in Österreich mit dem Alter an (Altersgruppen im 10-Jahres-Schnitt von 2003 bis 2013). Das Suizidrisiko ab dem 75. Lebensjahr ist mehr als doppelt, ab dem 85. Lebensjahr etwa dreimal so hoch wie das der Durchschnittsbevölkerung. Betrachtet man die absoluten Zahlen, zeigt sich, dass die meisten Suizide im mittleren Lebensalter zu verzeichnen sind. Der Häufigkeitsgipfel liegt zwischen 45 und 49 Jahren. Im Verlauf von 1970 bis 2013 konnte bei fast allen Altersgruppen ein rückläufiger Trend der Suizidhäufigkeit verzeichnet werden. In diesem Zusammenhang ist jedoch ein besonderes Augenmerk auf die Altersgruppe der über 65-Jährigen zu lenken, hier ist in den letzten beiden Jahren ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen (Abbildung 2).

Abbildung 2: Suizidraten in Österreich seit 1970 nach Altersgruppen

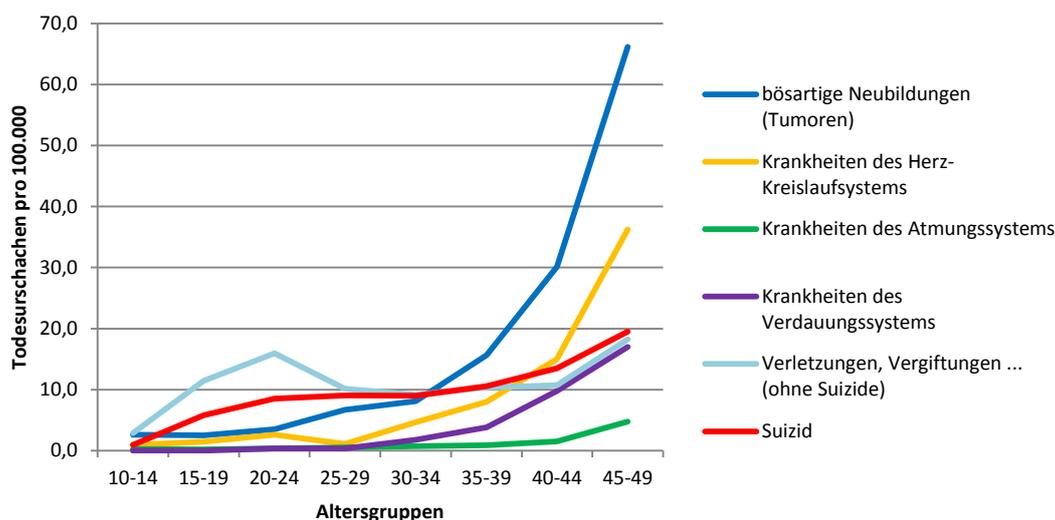


Quelle/Rohdaten: Statistik Austria; Berechnung und Darstellung: GÖG

2.3 Häufigkeit der Todesursache Suizid im Vergleich zu anderen Todesursachen

Der Suizid ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen bis zum 50. Lebensjahr eine der häufigsten Todesursachen (s. Abbildung 3). In den Altersgruppen bis 35 Jahre ist nur die Kategorie „Verletzungen und Vergiftungen“ häufiger.

Abbildung 3: Todesursachen im Jahr 2013 nach Altersgruppen



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

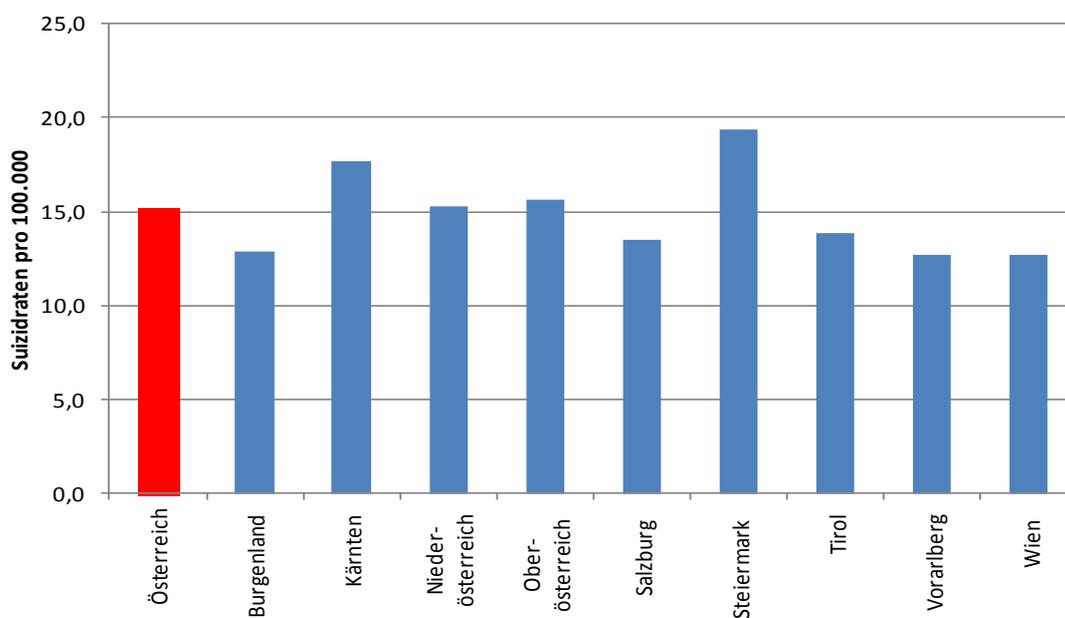
Ein interessantes Bild zeigt die Gegenüberstellung der Entwicklung der Zahl der Verkehrstoten mit jener der Toten durch Suizid. Zu Beginn der 1970er Jahre war die Zahl der Verkehrstoten mit 2.675 Personen noch deutlich höher als jene der Suizide (1.789 Personen). In den darauffolgenden Jahren ist die Zahl der Verkehrstoten unter anderem durch Maßnahmen der Verkehrssicherheit beträchtlich zurückgegangen, sodass seit Mitte der 1980er Jahre die Zahl der Verkehrstoten in Österreich unter jener der Suizide liegt. Im Jahr 2013 wurden mit 1.291 Menschen fast dreimal so viele Suizide wie Verkehrstote (455 Personen) verzeichnet.

Der vorbildhafte Rückgang der Anzahl der Verkehrstoten und die Bemühungen der Unfallprävention liefern – trotz des Unterschieds in der Intention dieser beiden Mortalitätsgruppen – gewisse Ansatzpunkte für die Suizidprävention. Ein Beispiel dafür sind Restriktionsmaßnahmen, die die Verfügbarkeit bestimmter Mittel reduzieren oder per Gesetz einschränken, sodass der Zugang zu diesen Mitteln erschwert wird (psychologische Tests vor dem Erwerb von Schusswaffen, Entfernung von toxischen Medikamenten aus dem Handel etc.). Solche Maßnahmen müssen natürlich von einer Erweiterung entsprechender Hilfsangebote begleitet werden.

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 der Steiermark und in Kärnten. In Wien, dem Burgenland und Vorarlberg sind die Suizidraten österreichweit am niedrigsten (s. Abbildung 4).

Abbildung 4: Suizidraten in den Bundesländern (2009–2013)



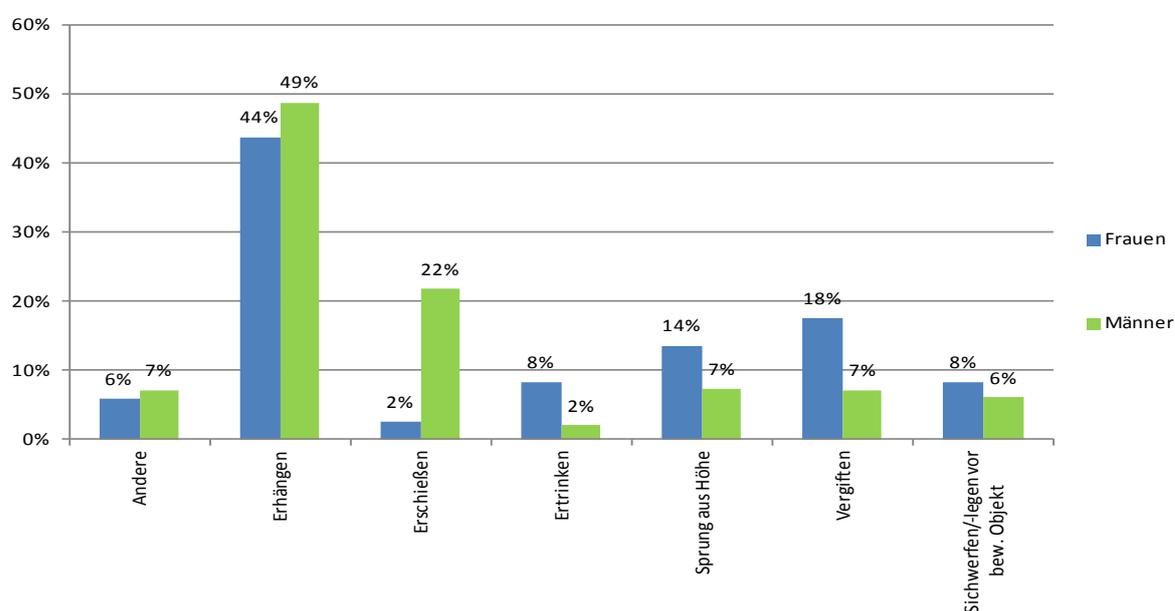
Quelle/Rohdaten: Statistik Austria; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

2.5 Suizidmethoden in Österreich

Die aktuellsten Zahlen aus dem Jahr 2013 zeigen, dass Erhängen die in Österreich am häufigsten angewandte Suizidmethode darstellt. 614 Suizide (ca. 48 % aller Suizide) erfolgten durch Erhängen. An zweiter Stelle stand das Erschießen mit etwa 17 Prozent, gefolgt von Vergiften (ca. 10 %), Sprung aus der Höhe (etwa 9 %), sich vor ein bewegtes Objekt Werfen oder Legen (ca. 7 %) sowie Ertrinken (etwa 4 %). Andere, nicht einzeln spezifizierte Suizidmethoden (vorsätzliches Verursachen eines Unfalls, Selbstverbrennung, Selbsttötung mit scharfem oder stumpfem Gegenstand und andere unbestimmte Methoden) machten zusammen etwa 7 Prozent aller Suizide im Jahr 2013 aus.

Auch wenn bei beiden Geschlechtern das Erhängen die häufigste Suizidmethode ist, unterscheiden sich die Methoden bei Männern und Frauen beträchtlich (s. Abbildung 5).

Abbildung 5: Suizidmethoden im Jahr 2013 nach Geschlecht, in Prozent (n = 1.291)



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 (Flavio et al. 2013; Kölves & De Leo 2013; Spittal et al. 2012; De Munck et al. 2009). Demnach kann in Österreich von etwa 12.000 bis 38.000 Suizidversuchen pro Jahr ausgegangen werden. Vergiftungen stellen dabei etwa 70 bis 75 Prozent aller Suizidversuche dar (Flavio et al. 2013; Spittal et al. 2012).

2.7 Literatur

- BMG (Hg.) (2014). Suizid und Suizidprävention in Österreich. Basisbericht 2013. Wien: BMG
- De Munck S. (2009). Epidemiological trends in attempted suicide in adolescents and young adults between 1996 and 2004. *Crisis*, 30(3):115–9.
- Flavio M. (2013). Suicide attempts in the county of Basel: Results from the WHO/EURO multicenter study on suicidal behavior. *Swiss Medical Weekly*, 143.
- Kolves K., De Leo D. (2013). Natural disasters and suicidal behaviours: A systematic literature review. *Journal of Affective Disorders*, 146(1): 1–14.
- Sonneck G., Hirnsperger H., Mundschutz R. (2012). Suizid und Suizidprävention 1938-1945 in Wien. *Neuropsychiatrie: Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation*. 26(3):111–120.
- Spittal M. (2012). Declines in the lethality of suicide attempts explain the decline in suicide deaths in Australia. *Plos One*, 7(9): e44565.

3 Beiträge der SUPRA-Vernetzungstagung vom 5. 9. 2014 (Tagungsband)

3.1 Einleitung

Die Tagung *Suizidprävention in Österreich – Status Quo und Perspektiven* vom 5. 9. 2014 richtete sich an Personen und Organisationen, die in der Suizidprävention tätig sind bzw. tätig werden wollen, sowie an alle Interessierten. Im Zentrum der Tagung standen das SUPRA-Programm sowie die bisherigen und zukünftigen Umsetzungsschritte. Neben einer Bestandsaufnahme der Lage und der Steigerung des Bekanntheitsgrades des nationalen Suizidpräventionsprogrammes SUPRA diente die Tagung auch der Vernetzung der Player und der Entwicklung von Zukunftsperspektiven für die Suizidprävention in Österreich.

Sämtliche Plenar-Beiträge wurden von Mitgliedern des Expertengremiums gestaltet, auch die drei Parallelsessions am Nachmittag wurden von Mitgliedern des Gremiums geleitet bzw. moderiert. Die Autorinnen und Autoren der einzelnen Beiträge des Tagungsbandes sind jeweils am Anfang des Beitrages genannt.

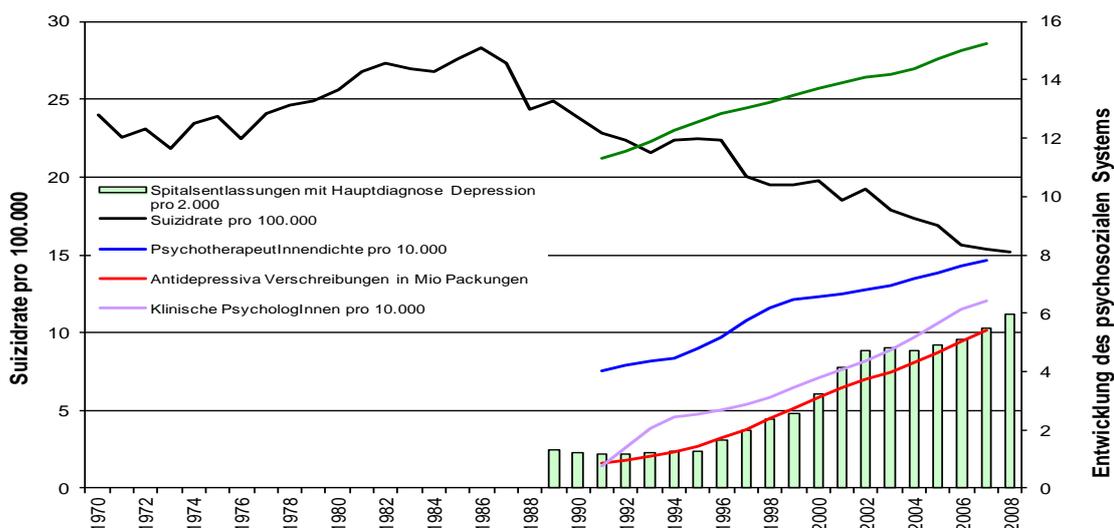
3.2 Zahlen, Daten, Fakten – der österreichische Suizidbericht 2013

Nestor Kapusta, Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie, MedUni Wien

Die jährliche Anzahl der Suizide ist in Österreich seit 1987 rückläufig, dennoch versterben weiterhin nahezu gleich viele Menschen durch Suizid (2012: 1.275 Suizide) wie durch Brustkrebs. Während Österreich noch vor 20 Jahren zu den Ländern mit den höchsten Suizidraten zählte, liegt es nun im Mittelfeld (Abbildung 7).

Seit Ende der 1980er Jahre kam es in vielen Ländern zu einer Reduktion der Suizidmortalität, die von einer deutlichen Veränderung im psychosozialen System (Abbildung 6) begleitet war (Kapusta et al. 2009, Vyssoki et al. 2011). Die gesellschaftliche Aufklärung über psychische Erkrankungen und die Akzeptanz von ambulanten und stationären psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsangeboten steigt stetig, obwohl manche Behandlungen Out-of-pocket-Leistungen darstellen und sozial unterprivilegierte Menschen schwerer zugänglich sind.

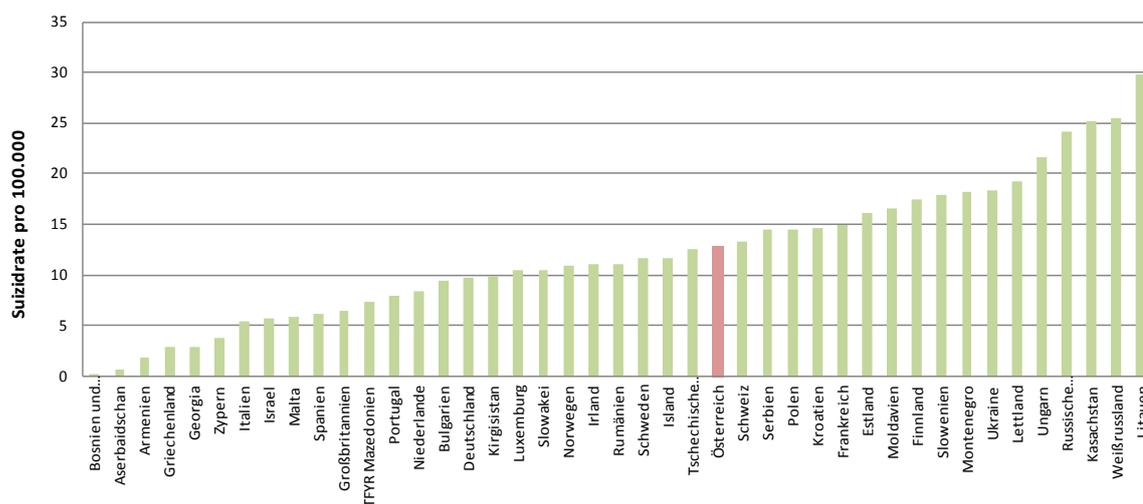
Abbildung 6: Ausgewählte Parameter des psychosozialen Gesundheitssystems in Österreich



Quelle und Darstellung: Vyssoki et al. 2011

Entgegen der häufigen anderslautenden Vermutung haben Männer ein 3-fach höheres Suizidrisiko als Frauen. Ebenso stellen alte Menschen über 65 Jahre eine Gruppe dar, deren Risiko, durch Suizid zu versterben, etwa 5-fach höher ist als jenes von jungen Menschen. Diese Verzerrung der gesellschaftlichen Wahrnehmung von Risikogruppen liegt vor allem an der Berichterstattung über jüngere Suizidentinnen bzw. Suizidenten, die zu ungewöhnlicheren und häufig aggressiveren Suizidmethoden tendieren und daher stärker emotionalisiert werden.

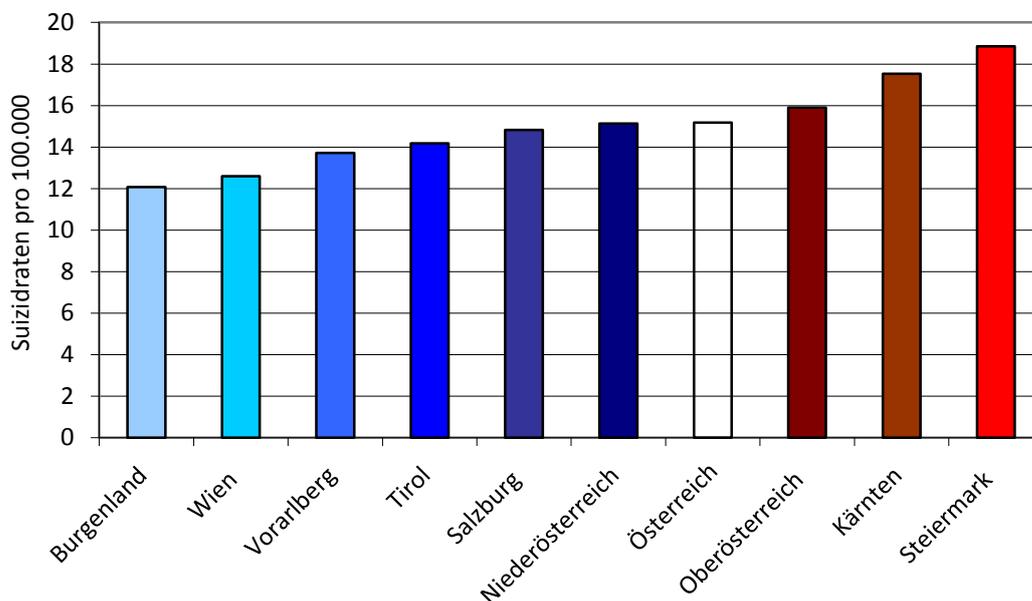
Abbildung 7: Suizidraten im europäischen Vergleich (5-Jahres-Mittelwerte 2007–2011, standardisierte Suizidraten pro 100.000 Personen europäischer Standardbevölkerung)



Quelle: WHO, European HFA Database; Berechnung und Darstellung: Kapusta

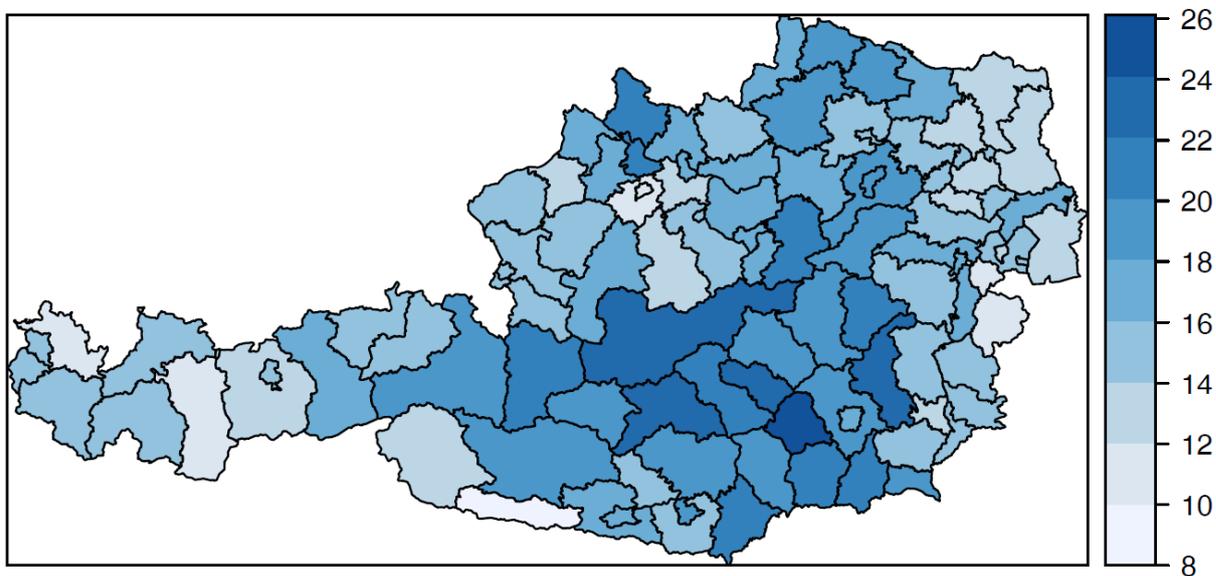
In Österreich bestehen große regionale Unterschiede in der Suizidmortalität. Die Steiermark und Kärnten haben trotz beträchtlicher Rückgänge weiterhin die höchsten Suizidraten (Abbildung 8). Insbesondere einige Bezirke in der Steiermark erreichen Werte, die mehr als doppelt so hoch sind wie in anderen Regionen (Abbildung 9).

Abbildung 8: Suizidraten in den Bundesländern (3-Jahres-Mittelwert 2009-2011)



Quelle: Suicide Research Group, Medizinische Universität Wien

Abbildung 9: Suizidraten pro 100.000 der Bezirksbevölkerung 2008-2012



Quelle: Suicide Research Group, Medizinische Universität Wien

Die Ursachen für Suizide sind vielfältig und reichen von psychischen über kulturelle bis hin zu sozialen Faktoren. Diese sind auch miteinander eng verbunden. Beispielsweise zeigt sich seit Ausbruch der Wirtschaftskrise in vielen Ländern ein Anstieg von Suizidraten. Diese sind meist durch die steigende Arbeitslosigkeit und die damit verbundenen psychischen Erkrankungen bedingt, andererseits wird in wirtschaftlichen Krisenzeiten häufig auch im Gesundheitssystem gespart (Baumbach & Gulis 2014).

Es ist jedoch gerade in Krisenzeiten notwendig, soziale Leistungen und psychische Behandlungsangebote auszubauen, um insbesondere jenen Menschen zu helfen, die von der Krise zusätzlich betroffen

sind. Untersuchungen belegen, dass der Anstieg der Suizidraten in der Krise in jenen europäischen Ländern am stärksten ist, in denen die geringsten sozialen Ausgaben verzeichnet werden (Baumbach & Gulis 2014). In Österreich kam es zwar während der Krise zu keiner Zunahme der Suizidraten, jedoch zu einem Plateau in den vergangenen fünf Jahren, also zu einer Stagnation des Rückgangs.

Die Etablierung eines Nationalen Suizidpräventionsprogramms (SUPRA) durch das Gesundheitsministerium in Österreich (BMG 2011) stellt daher eine wichtige und rechtzeitige Entscheidung dar. Die Prävention von Suiziden hängt nun von der Finanzierung und Umsetzung der Maßnahmen durch alle beteiligten Stakeholder ab. Zu den notwendigen Maßnahmen zählen in erster Linie die Schulung von Gatekeepern in der Erkennung von Suizidalität und psychischen Erkrankungen sowie das Verfügbarmachen von psychosozialen Behandlungsangeboten.

Es ist bekannt, dass in 70 bis 90 Prozent aller Suizide als Ursache eine psychische Erkrankung verantwortlich ist, in den meisten Fällen handelt es sich um depressive Erkrankungen (Cavanagh et al. 2003). Insofern ist sekundär, ob diese psychischen Erkrankungen durch Arbeitsplatzverlust, soziale Vereinsamung, finanzielle Engpässe oder andere psychosoziale Krisen ausgelöst werden. Allen Ursachen ist gemeinsam, dass sie auf gesellschaftlicher Ebene durch gesundheitspolitische Gegenmaßnahmen abgemildert werden sollten, und im individuellen Fall durch psychiatrische medikamentöse und psychotherapeutische bzw. psychologische Hilfe behandelt werden können. Die Behandlungsmöglichkeiten haben in den vergangenen Jahren eine deutliche Entwicklung hinsichtlich Verträglichkeit und Wirksamkeit erfahren.

Der gesamte Bericht (BMG 2014) ist downloadbar

ter: http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/2/3/9/CH1453/CMS1392806075313/suizid_und_suizidpraevention_in_oesterreich.pdf (16.1.2015)

Literatur

- Baumbach A., Gulis G. (2014). Impact of financial crisis on selected health outcomes in Europe. *Eur J Public Health*. 2014 Apr 7. [Epub ahead of print]
- BMG (Hg.) (2011). SUPRA. Suizidprävention Austria. Wien: BMG
- BMG (Hg.) (2014). Suizid und Suizidprävention in Österreich. Basisbericht 2013. Wien: BMG
- Cavanagh J.T., Carson A.J., Sharpe M., Lawrie SM. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 2003 Apr;33(3):395-405.
- Kapusta N.D., 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*, 2009 Mar;119(3):236-42. doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01314.x. Epub 2008 Dec 4.
- Vyssoki B., Willeit M., Blüml V., Höfer P., Erfurth A., Psota G., Lesch O.M., Kapusta N.D. (2011). Inpatient treatment of major depression in Austria between 1989 and 2009: impact of downsizing of psychiatric hospitals on admissions, suicide rates and outpatient psychiatric services. *Journal of Affective Disorders*, 2011 Sep;133(1-2):93-6. doi: 10.1016/j.jad.2011.03.031. Epub 2011 Apr 16.

3.3 Suizidprävention in Österreich – Das SUPRA-Programm

Die Geschichte der Suizidprävention in Österreich

Gernot Sonneck und **Raphaella Pauls**, Kriseninterventionszentrum Wien

Die Suizidprävention in Österreich ist mittlerweile über 100 Jahre alt. Der historischen Recherche folgend ist Österreich eine besonders aktive und prägende Rolle in der Entwicklung der Suizidprävention zugekommen, hier sind wiederum entscheidende Impulse von Wien ausgegangen, wie z. B. der erste internationale Kongress für Suizidprävention 1960 und in dessen Folge die Gründung der *Internationalen Vereinigung für Selbstmordprophylaxe* (IASP) 1965.

Erste Initiativen wurden bereits 1909/1910 von der *Wiener Rettungsgesellschaft* gesetzt, um verzweifelten Menschen beizustehen. Diese Aktivitäten kamen nach 1918, zu Beginn der Zwischenkriegszeit, zum Erliegen und wurden erst 1926 innerhalb der *Ethischen Gemeinde* und 1928 in der *Wiener Rettungsgesellschaft* wieder aufgenommen, die mit etwa 60 ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern arbeiteten, darunter so bekannte Namen wie August Aichhorn, Charlotte Bühler, Rudolf Dreikurs, Viktor E. Frankl, Michael Pfliegler und Erwin Wexberg. Diese frühe Einrichtung setzte sich bereits zum Ziel, prophylaktisch zu arbeiten, also Suizidhandlungen vorzubeugen. Sie kooperierte eng mit anderen Beratungsstellen, insbesondere den Erziehungsberatungsstellen der Individualpsychologie. Diese Arbeit weckte bald das Interesse des Auslands und es entstanden ähnliche Institutionen in Ungarn, Deutschland und der damaligen Tschechoslowakei.

1938 wurde auch die *Caritas Wien* in Richtung Suizidprävention tätig. Bereits 1939 mussten diese Bemühungen wieder eingestellt werden, da bis 1945 der Suizid als „gesunder Reinigungsprozess“ des Volkes von „minderwertigen Elementen“ galt. V. E. Frankl gelang es jedoch, bis 1942 am Wiener Rothschildspital und anschließend im Konzentrationslager Theresienstadt Suizidgefährdeten beizustehen. Es dauerte nach 1945 weitere drei Jahre, bis die *Lebensmüdenfürsorge der Caritas* unter der Leitung von Erwin Ringel ihre Arbeit wieder aufnahm, die seit 1977 vom *Wiener Kriseninterventionszentrum* weitergeführt wird. Dieses von der ersten Gesundheitsministerin Ingrid Leodolter initiierte Zentrum und die Gründung weiterer in Linz und Salzburg geht auf die Regierungserklärung von 1971 zurück, in der der damalige Bundeskanzler Bruno Kreisky betonte, dass es in zunehmendem Maße Aufgabe der Gesellschaft sei, neue Methoden zu erarbeiten, um für suizidgefährdete Menschen Sorge zu tragen.

1985 wurde die *Österreichische Gesellschaft für Suizidprävention* (ÖGS) gegründet und im Jahr 2000 der *Österreichische Suizidpräventionsplan* publiziert (Sonneck 2000). 2007 konstituierte sich auf Initiative von Martin Voracek, Nestor Kapusta und Thomas Niederkrotenthaler die *Wiener Werkstätte für Suizidforschung*, in deren Rahmen unter der Federführung von Thomas Niederkrotenthaler 2010 der *Papageno-Effekt* – das Gegenstück zum *Werther-Effekt* – entdeckt und erstmals beschrieben wurde.

Erst 2008 und danach auch 2013 war Suizidprävention wieder ein Thema in der Regierungserklärung. 2012 wurde das Suizidpräventionsprogramm *SUPRA* (BMG 2011) präsentiert und an der *Gesundheit Österreich GmbH* (GÖG) die *Kontaktstelle Suizidprävention* etabliert, an der ein Expertengremium an der Umsetzung des Suizidpräventionsprogramms (SUPRA) arbeitet. Im selben Jahr verankerte auch der Österreichische Presserat eine verantwortungsvolle Medienberichterstattung über Suizide im Ehrenkodex der österreichischen Presse.

In diesem kurzen Überblick wurden nur die explizit suizidpräventiven Aktivitäten angeführt. Natürlich sind auch andere an der Verbesserung der psychosozialen Versorgung maßgeblich beteiligten Einrichtungen und Initiativen – wie zum Beispiel ab den 1960er Jahren die Telefonseelsorge, ab Anfang der 1980er Jahre die Psychosozialen Dienste der Bundesländer, insbesondere deren Mobile Krisendienste – suizidpräventiv tätig.

Literatur

BMG (Hg.) (2011). SUPRA. Suizidprävention Austria. Wien: BMG

Sonneck G., Goll H., Kapitany T., Stein C. & Strunz V. (2008). Krisenintervention. Von den Anfängen der Suizidprävention bis zur Gegenwart. Bibliothek der Provinz. Weitra.

Sonneck G. (2000). Österreichischer Suizidpräventionsplan. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales. In: Sonneck G Krisenintervention und Suizidverhütung pp 240-279 (2000). Wien: Facultas Verlag

Sonneck G., Kapusta N., Tomandl G. & Voracek M. (2012, Hg.). Krisenintervention und Suizidverhütung. UTB Facultas. Wien. p.270 ff

Das SUPRA-Programm

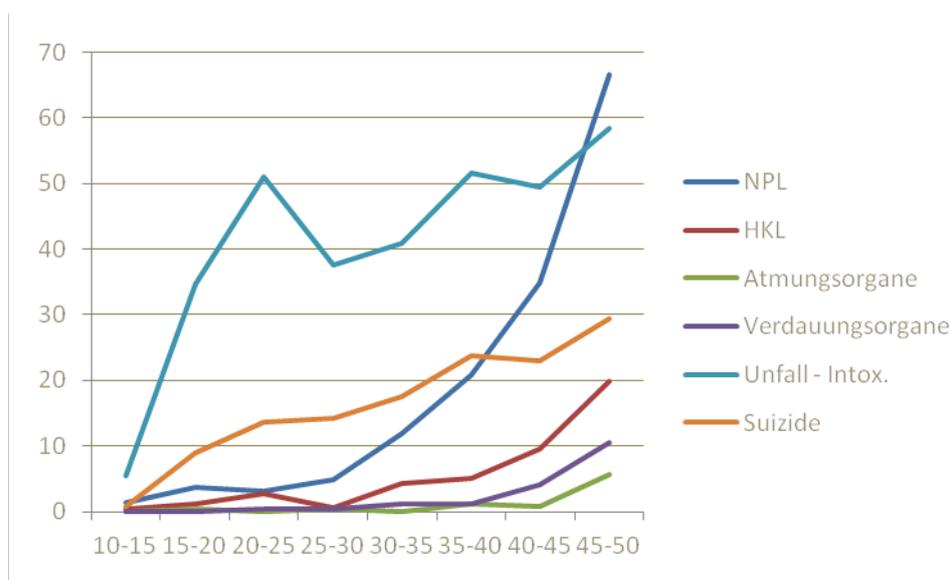
Christian Haring, Landeskrankenhaus Hall i. Tirol

Die Grundlagen

Auf Anregung der Österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention (ÖGS) und der AG Suizidprävention und Krisenintervention der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP) erteilte das Österreichische Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Herbst 2009 den Auftrag, einen Umsetzungsplan für den Suizidpräventionsplan Austria (Sonneck 2000) zu formulieren. Der Auftrag des BMG lautete, Maßnahmen zu formulieren, die dem Bundesministerium für Gesundheit unter Einbeziehung der Bundesländer die Umsetzung einer evidenzbasierten nationalen Suizidprävention ermöglichen.

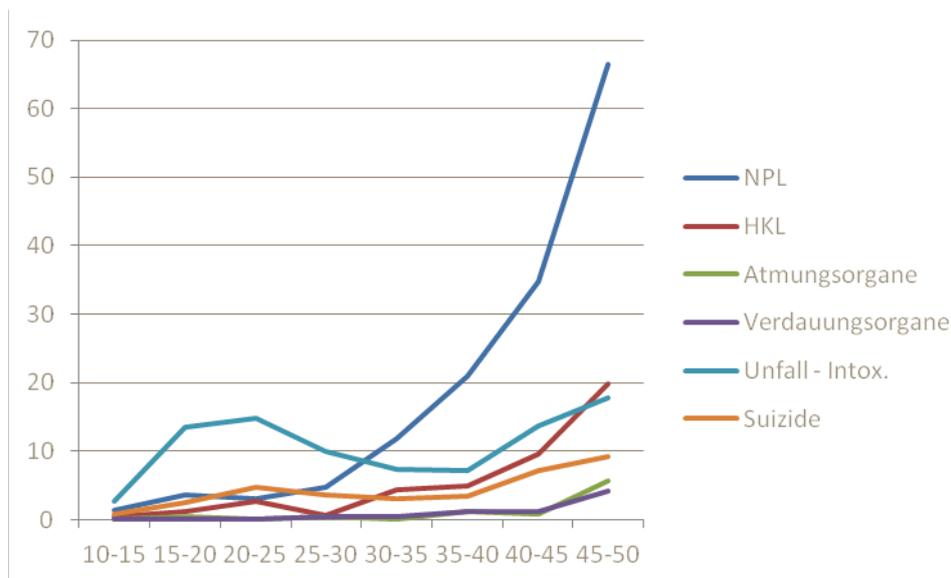
Die Wichtigkeit der Umsetzung eines Suizidpräventionsplans ergab sich aus den epidemiologischen Zahlen, die zeigten, dass der Suizid in Österreich eine der häufigsten Todesursachen bis zum 50. Lebensjahr ist und dass in Österreich doppelt so viele Menschen durch Suizid wie im Straßenverkehr versterben – das sind in den letzten Jahren jährlich ca. 1.250 Todesfälle (Kapusta 2010, siehe auch Abbildung 10 und Abbildung 11).

Abbildung 10: Suizid im Vergleich zu anderen Todesursachen bis zum 50. Lebensjahr bei Männern



Quelle: Kapusta 2010

Abbildung 11: Suizid im Vergleich zu anderen Todesursachen bis zum 50. Lebensjahr bei Frauen



Quelle: Haring eigene Darstellung

Dass Suizide bzw. Suizidversuche zu einem erheblichen volkswirtschaftlichen Schaden führen, belegt eine Schweizer Studie, die zeigt, dass pro Suizidversuch Kosten von ca. 350.000 CHF entstehen, pro Suizid ca. 50.000 CHF. Die Kosten für Suizidversuche liegen deshalb so hoch, da in der hier zitierten Studie auch die Pflegekosten für Schwerstbehinderte nach Suizidversuchen eingerechnet wurden (Holenstein 2003).

Nationale Suizidpräventionsprogramme zeigen Wirkung

Als Grundlage für Suizidpräventionsprogramm SUPRA (BMG 2011) wurde eine Analyse nationaler Suizidpräventionsprogramme von Deutschland, Schweden, Australien, Estland, Finnland, Frankreich und Großbritannien durchgeführt und die Maßnahmen, die die Wirksamkeit ausmachen, zusammengefasst (Jenkins & Singh 2000a, 2000b, Anderson & Jenkins 2009, Wassermann & Wassermann 2009).

Strukturelle Maßnahmen waren: ein schriftlich vorliegendes Programm, ein politisches Bekenntnis zum jeweiligen Programm und eine für die Umsetzung verantwortliche Institution.

Operativ umgesetzt wurden in den „erfolgreichen Nationen“ in erster Linie die Bereitstellung einer guten epidemiologischen Datenlage, eine breite Öffentlichkeitsarbeit und Aktivitäten zur Kompetenzsteigerung von Psychiatern/Psychiaterinnen, Allgemeinmedizinern/-medizinerinnen, Psychologinnen/Psychologen und Psychotherapeutinnen/-therapeuten sowie anderen Personen, die in der Prävention tätig sind.

Das Aufzeigen dieser drei doch eindrucksvollen Fakten, nämlich die Bedeutung des Suizides als Todesursache auch bei jungen Menschen, die dabei entstehenden hohen Kosten (gesundheitsökonomische Aspekte) und die Beispiele gelungener nationaler Suizidpräventionsprogramme haben im BMG das politische Interesse für ein nationales Suizidpräventionsprogramm enorm gesteigert.

Die Erstellung des SUPRA-Programms

SUPRA beschäftigt sich primär damit, wie ein nationaler Suizidpräventionsplan umgesetzt werden kann. Es wurden Personen aus den verschiedensten Bereichen dafür gewonnen, ihre Expertise bei der Erstellung des Programms einzubringen.

Die Autoren kamen aus den diversen mit Suizidprävention in Österreich beschäftigten Gremien (Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Österreichische Gesellschaft für Suizidprävention, Universitäten und Forschungsgruppen), aber auch den Fachbereichen Krisenintervention, Psychiatrie, Soziologie, schulische Prävention und Öffentlichkeitsarbeit.

Namentlich sind diese Experten Gernot Sonneck (Die 10 Felder der Suizidprävention), Claudius Stein (Krisenintervention), Carlos Watzka (Soziologie), Gerhard Gollner (Schulische Prävention), Nestor Kapusta (Epidemiologie), Thomas Niederkrotenthaler (Suizid und Medien), Josef Wolf (Aktive Medienarbeit) und Christian Haring (internationaler Überblick, Ökonomie und Umsetzung des nationalen Programms). Alle Autoren haben ausführliche Publikationen aus ihren Spezialbereichen verfasst, die dann redaktionell von Christian Haring zu einem einheitlichen Konzept zusammengefasst wurden. Sämtliche Beiträge sind explizit für dieses Programm erstellt worden. Das Geleitwort der veröffentlichten Version von SUPRA stammt von Bundesminister für Gesundheit Alois Stöger.

Wie ist SUPRA im Detail aufgebaut

Einen Präventionsplan, der die klassischen 10 Punkte der Suizidprävention genau beschreibt, hat Gernot Sonneck bereits im Jahre 1999 verfasst (Sonneck 2000). Das SUPRA-Programm beinhaltet diese 10 Punkte, beschäftigt sich aber in erster Linie mit den notwendigen Schritten der Umsetzung. Die großen Überkapitel von SUPRA sind wie folgt:

- A. Internationale Grundlagen (UNO, WHO, EU) (s. UNO 1996, WHO 1999)
- B. Eine Metaanalyse nationaler Suizidpräventionspläne (Jenkins & Sing 2000a, 2000b, UNO 1996, Wassermann & Wassermann 2009)
- C. Soziologie und Epidemiologie des Suizids in Österreich: Zahlen, Daten und Entwicklungen (Kapusta 2010, WHO 1999, Watzka 2008)
- D. Kosten-Nutzen-Rechnung (Holenstein 2003)
- E. Die zehn Arbeitsgebiete der Suizidprävention (Sonneck 2000)
- F. Entwicklung einer nationalen Suizidpräventionsstrategie

Dabei kommt dem letzten Punkt (Entwicklung einer nationalen Suizidstrategie) in SUPRA verständlicherweise eine besondere Bedeutung zu. Die wichtigsten Inhalte dieses Kapitels widmen sich den Themen Umgang mit dem Tabu Suizid, Identifikation bereits aktiver Strukturen in der Suizidprävention und Nutzung von Strukturen, die in der Suizidprävention bisher noch nicht aktiv sind, aber einen wichtigen Beitrag leisten könnten (z. B. Arbeitslosenhilfe).

SUPRA wirkt

SUPRA hat sofort Wirkung gezeigt. Tatsächlich wurde im Rahmen eines Entschließungsantrages des Österreichischen Nationalrates das nationale Suizidpräventionsprogramm bereits im Juli 2011 beschlossen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat - angesiedelt bei der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) – eine Kontaktstelle für die nationale Suizidprävention geschaffen. Diese Kontaktstelle ist ein zentrales Anliegen von SUPRA, da im internationalen Vergleich jene Nationen mit zentralen Koordinationsstellen in der Umsetzung nationaler Suizidpräventionspläne besonders positiv abschneiden.

Im Rahmen dieser Kontaktstelle wurde ein Expertengremium eingerichtet, das die Aktivitäten von SUPRA begleitet. Die Besetzung dieses Expertengremiums besteht aus Vertreterinnen und Vertretern

des Bundesministeriums für Gesundheit, der GÖG (ÖBIG und FGÖ), des Bundesministeriums für Bildung und Frauen, der Autoren von SUPRA, der Psychiatriekoordinatoren (Stmk. und Vlb.), des Berufsverbandes Österreichischer PsychologInnen (BÖP) bzw. des Bundesministeriums für Landesverteidigung, der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP), der Kinder und Jugendpsychiatrie, der Epidemiologie und Forschung, der Suchtprävention und der Selbsthilfe für Hinterbliebene.

Dieses Expertengremium hat sich seit März 2012 mehrmals in Wien getroffen und eine Reihe von Projekten umgesetzt (siehe Beitrag Grabenhofer-Eggerth).

SUPRA hat somit ein nationales Suizidpräventionsprogramm mit entsprechenden Umsetzungsinhalten auf Schiene gebracht. Die wichtigsten Grundlagen eines nationalen Suizidpräventionsprogrammes wie ein politisches Bekenntnis zur Suizidprävention und eine institutionelle Verankerung sind geschaffen.

Literatur

- Anderson M., Jenkins R. (2009). The Role of the State and Legislation in Suicide Prevention. In: Hrsg. Wasserman D., Wasserman C (2009). Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention, a Global Perspective; pp 373-79
- BMG (Hg.) (2011). SUPRA. Suizidprävention Austria. Wien: BMG
- Holenstein, P. (2003). Der Preis der Verzweiflung. Über die Kostenfolgen des Suizidgeschehens in der Schweiz. Im Auftrag der: Schweizerischen Gesellschaft für die Europäische Menschenrechtskonvention (SGEMKO)
- Jenkins R., Singh B. (2000a). Policy and Practice in Suicide Prevention. British Journal of Forensic Practice (2000); 1, 3-11
- Jenkins R., Singh B. (2000b). General Population Strategies of Suicide Prevention. In K. Hawton, K. van Heeringen (Eds). The international: Book of Suicide and Attempted Suicide (2000); pp597-615. JohnWiley and Sons Ltd., Surrey
- Kapusta N. (2010). Aktuelle Daten und Fakten zur Zahl der Suizide in Österreich 2009. Wien: Wiener Werkstätte für Suizidforschung
- Sonneck G. (2000). Österreichischer Suizidpräventionsplan. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales. In: Sonneck G. (2000). Krisenintervention und Suizidverhütung pp 240-279. Wien: Facultas Verlag
- United Nations (1996). Prevention of Suicide: Guidelines for the formation and implementation of national strategies. New York: United Nations
- Wasserman D., Wasserman C (2009). Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention, a Global Perspective pp 369-71
- Watzka C. (2008). Sozialstruktur und Suizid in Österreich. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- WHO (1999). Gesundheit 21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Kopenhagen: Europäische Schriftenreihe Gesundheit für alle; Nr. 6

3.4 Die SUPRA-Kontaktstelle an der Gesundheit Österreich GmbH

Alexander Grabenhofer-Eggerth, Gesundheit Österreich GmbH

Im Jahr 2012 wurde an der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) die *Kontaktstelle Suizidprävention* eingerichtet. Sie hat im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) die Aufgabe, in enger Kooperation mit einem Expertengremium die Umsetzung des *nationalen Suizidpräventionsprogrammes SUPRA (Suizidprävention Austria)* (BMG 2011) in folgenden Punkten voranzutreiben:

- Begleitung der Veröffentlichung des nationalen Suizidpräventionsprogramms *SUPRA*
- Aufbau einer dauerhaften und qualitativ hochwertigen nationalen Suizidberichterstattung
- Überprüfung der Umsetzbarkeit und Priorisierung der im Suizidpräventionsprogramm vorgeschlagenen Maßnahmen
- Begleitung der Umsetzung von *SUPRA*. Förderung der Vernetzung aller bereits bislang in Österreich im Feld der Suizidprävention, aber auch in angrenzenden Feldern wie Gesundheitsförderung oder Suchtprävention Tätigen und Nutzbarmachung von Synergien
- Koordination ressortübergreifender Zusammenarbeit
- Verbessern der Kooperation von stationärem und ambulantem Bereich, Nahtstellenfunktion
- Kooperation mit den Themenfeldern Prävention und Gesundheitsberichterstattung der GÖG und Nutzung des Gesundheitsportals

Die Aktivitäten der Kontaktstelle sind in einen größeren Kontext eingebettet und orientieren sich an folgenden Dokumenten bzw. Strategien: Den österreichischen Rahmengesundheitszielen und der Zielsteuerung Gesundheit, der nationalen Strategie zur psychischen Gesundheit des BMG, der Strategie zur psychischen Gesundheit des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger sowie dem aktuellen Regierungsprogramm, in dem die Suizidprävention explizit Erwähnung gefunden hat.

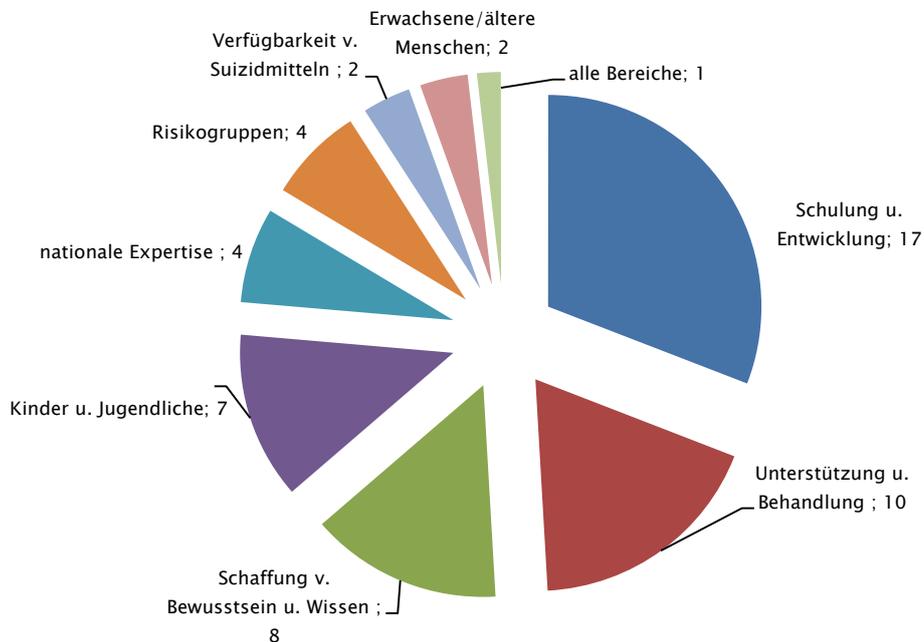
Die Kontaktstelle ist also kein Angebot für Hilfesuchende, sondern soll die zentrale Anlaufstelle sein für alle, die im Feld der Suizidprävention tätig sind oder tätig werden wollen. Die Kontaktstelle hat keinen Steuerungsauftrag, sie soll als Katalysator und Vernetzer wirken, Vorhandenes sammeln und im Sinne des *SUPRA*-Programmes in die Breite tragen.

Meilensteine der bisherigen Tätigkeit der Kontaktstelle waren die Präsentation des *SUPRA*-Konzepts durch Bundesminister Stöger im Rahmen des Weltsuizidpräventionstages 2012, die Veröffentlichung des Basisberichts *Suizid und Suizidprävention in Österreich* (BMG 2014) sowie die ersten Schritte zur Schaffung eines konkreten Umsetzungskonzepts zu *SUPRA* – und last but not least die Vernetzungstagung. Das Jahr 2015 wird im Zeichen der Finalisierung des Umsetzungskonzeptes, der Entwicklung eines Programms zum Training von Gatekeepern und des Aufbaues des *SUPRA*-Webportals stehen.

Ein erster Schritt zur nationalen Vernetzung ist einerseits die Vernetzungstagung, andererseits der erwähnte Basisbericht zu Suizid und Suizidprävention in Österreich. Neben Zahlen, Daten und Fakten zu Suiziden enthält dieser Bericht eine Bestandsaufnahme zu Projekten der Suizidprävention in Österreich. Der Fokus wurde auf Projekte der selektiven und indizierten Suizidprävention abseits akuter Hilfsangebote gelegt, da andere Angebote (24-Stunden-Hotlines, Kriseninterventionszentren, Psychotherapie, ...) bereits im *SUPRA*-Programm oder anderen Berichten beschrieben sind.

Insgesamt konnten 37 Projekte identifiziert werden, das Spektrum der gemeldeten Projekte ist breit gefächert und deckt neun von zehn Bereichen des SUPRA-Programms ab¹ (s. Abbildung 12), wobei zahlreiche Projekte auf mehrere Bereiche von SUPRA abzielen.

Abbildung 12: Anzahl der Projekte zu den SUPRA-Arbeitsbereichen (Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: GÖG 2014

Zu sämtlichen Projekten finden sich Kurzbeschreibungen im Anhang des Basisberichts (BMG 2014), zur Förderung der Vernetzung sind zu jedem Projekt auch die Kontaktdaten angegeben.

Literatur

BMG (Hg.) (2011). SUPRA. Suizidprävention Austria. Wien: BMG

BMG (Hg.) (2014). Suizid und Suizidprävention in Österreich. Basisbericht 2013. Wien: BMG

¹ Zum Punkt 10 „gesetzliche Voraussetzungen“ wurden keine Projekte gemeldet.

3.5 Suizidprävention im Alter

Claudius Stein und **Thomas Kapitany**, Kriseninterventionszentrum Wien

„Getting older is not for softies. Be yourself – it’s not easy, but someone’s got to do it.“ Dieses Zitat charakterisiert sehr treffend, wie man den zentralen Aufgaben des Lebensabschnitts „Alter“ begegnen kann. Es gilt, aufbauend auf der eigenen, hoffentlich gefestigten Identität und ausgerüstet mit den vielen Erfahrungen und Problemlösungsstrategien, die man sich im Laufe eines langen Lebens erworben hat, jene Entwicklungschancen, die das Älterwerden auch mit sich bringt, zu nutzen. So sollte es schließlich möglich sein, das Alter und die damit verbundenen Einschränkungen und Verluste anzunehmen.

Der ältere Mensch ist gefordert, die Ordnung des Lebens mit jener des Todes zu verbinden (Kruse 2009). Erikson (1959) spricht von „Generativität“ als der Fähigkeit, eigene Erfahrungen und Fertigkeiten an die nächste Generation weiterzugeben, und von Integrität als Ziel geglückter Bewältigung. Dies verspricht ein bis ins hohe Alter zufriedenstellendes Leben, wie es viele Menschen tatsächlich führen. Als Gegenpol spricht Erikson vom „Lebenskel“. Wenn der Integrationsprozess misslingt, verarbeiten ältere Menschen die sich häufenden, manchmal aber auch nur gedanklich antizipierten Verluste als massive Kränkungen, die das Selbstwertgefühl verletzen oder zerstören.

Dies trägt zur beunruhigend hohen Suizidrate älterer Menschen – insbesondere älterer Männer – in Österreich bei und zwingt uns geradezu, uns verstärkt mit den gesellschaftlichen Entwicklungen und Problemen zu beschäftigen, die damit verbunden sind, dass wir heute in den westlichen Industrienationen auf Grund der steigenden Lebenserwartung mit einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung konfrontiert sind. Die Gesellschaft als Ganzes wie auch das Gesundheits- und Sozialsystem sind gefordert, Konzepte zu entwickeln, die ältere Menschen in ihren spezifischen Problemen unterstützen und dabei auch flexibel auf individuelle Lebensentwürfe Rücksicht nehmen.

Wir dürfen dabei nicht übersehen, dass ältere Menschen keine homogene Gruppe darstellen. Das „Alter“ umfasst eine Lebensspanne von über 40 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, Kruse 2009) in den letzten Jahren ständig verbessert haben, steigt das Risiko im „vierten Lebensalter“ (über 75-Jährige) deutlich an, bestimmten Belastungen wie Verlusten von Partnern und Freunden, schwerer Krankheit oder Behinderung, begleitet von entsprechenden Einschränkungen, ausgesetzt zu sein.

Trotzdem wurden suizidpräventive Maßnahmen speziell für diese Gruppe von Menschen bisher vernachlässigt. Wie es scheint, gibt es immer noch eine gewisse Reserviertheit unserer Gesellschaft dem Alter gegenüber. Als Folge dieses negativ getönten Altersbildes werden Suizide älterer Menschen oft stillschweigend gebilligt. Dabei suggeriert der Begriff „Freitod“ eine frei gewählte Entscheidung zur Selbsttötung, die in den allermeisten Fällen schon auf Grund der eingeschränkten Lebensmöglichkeiten so nicht besteht.

Soziodemographische Fakten

Nahezu ein Drittel aller Suizide entfallen auf Menschen im Alter über 65 Jahren (vgl. Etzersdorfer et al. 2005, Kapusta et al. 2009, Kapusta 2011, Kapusta 2012). Im Jahr 2012 haben sich 343 Männer (Suizidrate: 53,9/100.000) und 125 Frauen (14,3/100.000) über 65 Jahre das Leben genommen. Damit zählt die Suizidrate älterer Menschen in Österreich im europäischen Vergleich zu den höchsten, während dies für die Rate der Gesamtbevölkerung (2013: 1291 Personen; Rate 15,5/100.000) nicht mehr gilt. Dramatisch ist die Situation bei Männern über 85 Jahre, die eine fast fünfmal so hohe Suizidrate (109,1/100.000) wie die Gesamtheit der österreichischen Männer haben.

Die Suizidhandlungen älterer Menschen sind oft eindeutiger und klarer geplant und mehr von bilanzierenden Motiven und einem deutlichen Todeswunsch als von appellativ manipulativen Intentionen geprägt (vgl. Wolfersdorf et al. 2002).

Besonders alleinstehende, geschiedene und verwitwete Männer haben ein hohes Risiko. Eine Untersuchung von Wilkening ergibt für verwitwete ältere Männer im Vergleich zur männlichen Gesamtbevölkerung ein 2,5-fach erhöhtes Risiko, im Jahr nach dem Tod der Partnerin an einem Suizid zu sterben (vgl. Wilkening 1997).

Welches sind die Ursachen, Motive und Beweggründe, die ältere Menschen so verzweifeln lassen, dass sie nicht mehr leben wollen?

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

Psychosoziale Krisen können sich so zuspitzen, dass Betroffene keinen anderen Ausweg sehen als sich das Leben zu nehmen. Gelingt es aber, die Krise zu bewältigen, bleibt dies oft die einzige suizidale Episode im Leben. Viele Menschen werden mit zunehmendem Lebensalter verstärkt mit solch belastenden Lebensereignissen konfrontiert. Sie verlieren ihnen nahestehende Personen oder fühlen sich durch die Diagnose einer schweren Krankheit bedroht. Viele Krisen werden aber auch durch veränderte Lebensumstände ausgelöst, die subjektiv als belastend erlebt werden. Dazu gehören Schwierigkeiten in Beziehungen, Ausscheiden aus dem Berufsleben und der damit verbundene Verlust von Bedeutung und Einfluss, oder zunehmende körperliche Beeinträchtigung, die zu Einschränkungen und steigender Abhängigkeit führt. Das sind z. B. Minderung oder Verlust der Sehschärfe bis hin zur Erblindung, Minderung und Verlust des Gehörs oder chronischer Schmerz und Bewegungseinschränkungen.

Pflegebedürftigkeit ist offenbar eine jener Einschränkungen des hohen Lebensalters, die von Betroffenen am meisten gefürchtet wird. Alarmierend ist die Tatsache, dass viele Menschen, die in ein Pflegeheim kommen, im ersten Jahr nach dem Einzug versterben (Schmidtke et al. 2009). Dieser oft nicht freiwillige, sondern durch die Umstände erzwungene Wohnortwechsel stellt eine massive Zäsur im Leben der Betroffenen dar, wird im Vorfeld aber trotzdem viel zu wenig als potentieller Krisenauslöser beachtet. Soziale Probleme und finanzielle Sorgen und besonders zunehmende Isolation und damit einhergehend intensive Gefühle von Einsamkeit stellen weitere wesentliche Faktoren für Suizidalität im Alter dar. Besonders bei älteren Männern finden wir in diesen krisenhaften Situationen ein hohes Maß an Hoffnungslosigkeit und Resignation und dementsprechend eine geringe Bereitschaft, beratende oder psychotherapeutische Hilfe anzunehmen.

Keinesfalls übersehen werden sollte aber, dass viele ältere Menschen auf Grund ihrer Lebenserfahrung in manchen Krisensituationen über bessere Bewältigungsstrategien verfügen als jüngere Menschen. Man muss bei der Unterstützung älterer Menschen also sowohl die Risiken berücksichtigen, die das Älterwerden in sich trägt, als auch die Kompetenz und die Entwicklungschancen älterer Menschen nutzen.

Das eigene Leben selbständig und unabhängig von der Hilfe anderer bewältigen zu können, ist in der Vorstellung vieler Menschen unerlässlich für Wohlbefinden und Zufriedenheit. Gerade im Alter muss aber zunehmend mit der Einschränkung von Möglichkeiten und Fähigkeiten bis hin zur Pflegebedürftigkeit gerechnet werden. Der tatsächliche oder vermeintliche Verlust der Selbständigkeit kann als massive Kränkung erlebt werden, die Gefühle von Ohnmacht, Abhängigkeit und Wut auslöst und die eigene Identität in Frage stellt. Man spricht von einer narzisstischen Krise. Die Unzufriedenheit mit dem eigenen Leben und die Selbstverachtung lassen den älteren Menschen unter Umständen so verzweifeln, dass ein Suizid der scheinbar einzige Ausweg bleibt.

Viele Suizidversuche und Suizide finden natürlich vor dem Hintergrund psychischer Störungen statt. Forschungen – z. B. jene von Conwell – gehen davon aus, dass in etwa 70 bis 90 Prozent aller Suizidfälle bei älteren Menschen in der Vorgeschichte eine psychiatrische Erkrankung vorgelegen hat (Conwell 2000). In den meisten Fällen waren dies depressive Episoden. Zu beachten ist, dass depressive Inhalte mit steigendem Alter immer häufiger über körperliche Symptome und hypochondrische Befürchtungen ausgedrückt werden (vgl. Kapusta et al. 2006). Menschen mit Depressionen weisen generell eine zwanzigmal höhere Suizidrate auf als der Durchschnitt der Bevölkerung. Je schwerer die Depression, desto höher ist das Suizidrisiko.

Ausgeprägte Zusammenhänge gibt es auch bei Alkohol-, Drogen- und Medikamentenmissbrauch, wobei wiederum die Kombination von Depression und Substanzmittelmissbrauch eine besondere Gefahr darstellt. Meist geht dabei die depressive Störung dem Substanzmissbrauch voran. Wie wir wissen, werden Alkohol und Drogen nicht selten dazu verwendet, die quälenden Gefühle von Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit zu dämpfen. Dies gelingt aber nur für eine begrenzte Zeit, in der Folge verstärken sich die Störungen wechselseitig. Hingegen spielen psychotische Erkrankungen bei Suiziden im Alter keine so bedeutsame Rolle (Conwell et al. 1996).

Schwere körperliche Erkrankungen, besonders schwere fortschreitende Nierenerkrankungen, neurologische Erkrankungen und Krebserkrankungen erhöhen die Suizidgefahr. Oft besteht eine deutliche 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.

Viele Menschen verfügen aber über eine große Anpassungsfähigkeit und gute Ressourcen und lernen auch schwerwiegende Veränderungen zu akzeptieren und den Sinn in ihrem Leben zu behalten. Dabei kommt der Unterstützung durch ihre Umgebung eine hohe Bedeutung zu.

Keine höhere Suizidrate finden wir bei demenzkranken Menschen (3 von 4 Studien, u. a. Conwell et al. 2002). Suizide terminal Kranker wiederum können eher durch die Optimierung von Palliativmedizin und Sterbebegleitung – insbesondere auch durch adäquate Schmerztherapie – als durch psychiatrische Interventionen verhindert werden.

Suizidprävention im Alter

In der Folge werden konkrete suizidpräventive Maßnahmen und insbesondere das Projekt „Suizidprävention in der psychosozialen und medizinischen Versorgung älterer Menschen“ vorgestellt, das das Kriseninterventionszentrum mit Unterstützung des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger entwickelt hat.

Wir alle wissen, dass ein offenes Gespräch über die Situation, die innere Not und Verzweiflung und etwaige Suizidgedanken für Menschen in suizidalen Krisen immer hilfreich ist. Das Angebot einer verstandenen tragfähigen Beziehung steht immer in Widerspruch zur Selbsttötungsabsicht.

Ein zentrales Problem der Suizidprävention im Alter ist aber die Tatsache, dass ältere Menschen Kriseneinrichtungen wie auch andere psychosoziale Hilfsangebote selten in Anspruch nehmen. Warum ist das so? Angebote von Kriseneinrichtungen sind schon auf Grund der fehlenden räumlichen Nähe eher auf die Bedürfnisse jüngerer Menschen ausgerichtet, es gibt Informationsdefizite bei älteren Menschen, und gerade wenn ältere Menschen sozial isoliert sind, auch einen Mangel an Vermittlungspersonen. Viele ältere Menschen fürchten immer noch Stigmatisierung, wenn sie psychosoziale Hilfe in Anspruch nehmen, und haben zudem häufig Schwierigkeiten damit, die Hilfe fremder Personen zu akzeptieren.

Damit kommt jenen Bezugspersonen, die in die Betreuung von älteren Menschen eingebunden und diesen vertraut sind, eine besondere Rolle zu. Dazu gehören natürlich insbesondere die Hausärztinnen und -ärzte. Sie kennen die Patientinnen und Patienten meist über einen längeren Zeitraum und sind 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 der Ärztin bzw. des Arztes eher annehmen können. 40 bis 70 Prozent aller älteren Suizidentinnen und Suizidenten waren innerhalb der letzten 30 Tage vor dem Suizid in einer Erstversorgung vorstellig geworden (Cattel & Jolley 1995). Ältere Menschen machen hingegen seltener von psychiatrischen Hilfseinrichtungen Gebrauch (Conwell 2001).

Auch Mitarbeiter/innen ambulanter und stationärer Alten- und Krankenpflegeeinrichtungen können zu Vertrauenspersonen werden. Die Zusammenarbeit mit stationären und ambulanten Einrichtungen, die in der Versorgung älterer Menschen eine Rolle spielen, ist damit ein wesentlicher Schritt. Diese Berufsgruppen dürfen mit diesem Problem nicht alleingelassen werden. Schulungsmaßnahmen und bessere Vernetzung sind unerlässliche Bestandteile guter Suizidprävention. Ziel der Schulungen ist es, für das Thema zu sensibilisieren, Hemmschwellen abzubauen, Kompetenz im Umgang mit psychosozialen Krisen und suizidalen Entwicklungen älterer Menschen zu vermitteln und zu fördern und somit die Chancen, Depression und Suizidgefährdung im Alter zu erkennen und richtig einzuschätzen, zu verbessern und damit eine frühzeitige Behandlung zu ermöglichen.

Das negative gesellschaftliche Altersbild kann sich auch ungünstig auf das Selbstkonzept älterer Menschen auswirken. Somit stellt die Aufklärung der Öffentlichkeit über Probleme des Älterwerdens mit dem Ziel einer Einstellungs- und Verhaltensänderung in der Bevölkerung ein eminent wichtiges übergeordnetes Ziel dar.

Die frühzeitige Thematisierung existentieller Fragen am Lebensende sollte auch dazu beitragen, dass sich Menschen früher auf Altersprobleme und unvermeidliche Einbußen von Selbstständigkeit einstellen und sich mit den Fragen nach dem Lebenssinn oder der eigenen Endlichkeit auseinandersetzen. Es gibt keine allgemeingültigen Antworten, jeder Mensch ist gefordert, seine individuellen Lösungen zu finden. Es ist wichtig zu sehen, dass es viele Menschen gibt, die auch noch in einem hohen Lebensalter ihr Leben selbständig führen können. Sie leben im eigenen Haushalt, haben durch ihre Lebenserfahrung viele Ressourcen und Bewältigungsstrategien, sind in ein tragfähiges soziales Netz eingebettet oder können sich bei Bedarf Fremdhilfe organisieren. Vielen gelingt die Neuausrichtung ihres Lebens. Über 70 Prozent erleben keine gravierende Einschränkung ihrer geistigen Leistungsfähigkeit. Neben Gewohntem ergeben sich neue Möglichkeiten und Aufgaben.

Um für diese Themen zu sensibilisieren und über Umstände aufzuklären, die Menschen verzweifeln lassen, wurde vom Kriseninterventionszentrum mit Unterstützung des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger die Broschüre „Ich will so nicht mehr weiterleben. Die Herausforderungen des Älterwerdens meistern“ veröffentlicht. Inhalte sind: Warnsignale einer Suizidgefährdung im Alter, Ursachen und Entstehung der Suizidalität im Alter, Möglichkeiten der Gesprächsführung und Krisenhilfe im Alter, Kontaktadressen und Ansprechpartner. Auch Kontakte mit Medien und Vorträge von Betroffenen (z. B. bei der Seniorenmesse) sollen zur Enttabuisierung beitragen.

Es ist notwendig, der Isolation und Vereinsamung älterer Menschen entgegenzuwirken. Präventive Strategien müssen Interesse an und Verbundenheit mit anderen vermitteln (Wächtler 2009). Verbundenheit mit anderen steht immer ein Stück im Widerspruch zur Selbsttötungsabsicht. Neue Behandlungskonzepte für ältere Menschen sind zu entwickeln und Behandlungseinrichtungen bereitzustellen, die an den Bedürfnissen der Betroffenen orientiert sind. Aufgrund zunehmender Multimorbidität und den damit einhergehenden lebenspraktischen Einschränkungen ist die problemlose Erreichbarkeit ein wichtiger Faktor bei der Entscheidung, Hilfseinrichtungen in Anspruch zu nehmen. Dementsprechend ist ein Ausbau wohnortnaher Einrichtungen wünschenswert, ebenso wie die Bereitstellung zugehender Unterstützungsangebote, z. B. spezielle Telefonkontaktdienste für ältere Menschen.

Zum Beispiel gibt es in Oberitalien einen Telefondienst, der regelmäßige Anrufe bei hochbetagten, alleinstehenden Menschen garantiert, was die Senkung der Suizidrate zur Folge hatte (De Leo et al. 2002). Spezifische Angebote sollen von einem Grundwissen über die heutigen Lebensprobleme älterer Menschen geprägt sein. Es bedarf sozialer Begegnungsräume, wo auch über Befindlichkeiten und Probleme gesprochen werden kann. Die bessere Vernetzung älterer Menschen untereinander, eventuell in Form aufsuchender Laienbetreuung durch andere Ältere, wäre ein weiterer sinnvoller Zugang (Stein 2008).

Abschließend noch ein paar Worte zur konkreten Behandlung: Ist es gelungen, mit dem suizidalen Menschen in Beziehung zu treten, hat man sich die Frage zu stellen, ob aufgrund der akuten Gefährdung eine stationäre Behandlung notwendig ist oder eine ambulante Krisenintervention ausreichenden Schutz gewährt. Steht die Suizidalität im Zusammenhang mit einer aktuellen Krise (z. B. Verlust des Partners bzw. der Partnerin oder Diagnose einer schweren Krankheit) ist ein Kriseninterventionsangebot sinnvoll. Liegt eher ein längerfristiges Problem vor, eine psychiatrische Erkrankung, die immer wieder mit Suizidgedanken einhergeht, macht dies eine längerfristige psychiatrisch-medikamentöse Therapie und/oder Psychotherapie notwendig.

Die Strategie der Langzeitbehandlung wird sich primär an der zu Grunde liegenden Störung orientieren. Nach wie vor stellt es ein Problem dar, dass Depressionen im höheren Lebensalter oft unerkannt und damit unbehandelt bleiben. Eine antidepressive Medikation muss speziell auf die Situation des älteren Menschen abgestimmt werden. Vor allen Dingen ist zu beachten, dass das Nebenwirkungsprofil von Psychopharmaka bei älteren Menschen auch auf Grund der Multimorbidität anders und damit schwieriger einzuschätzen ist. Es kann also Sinn machen, für die medikamentöse Behandlung gerontologisch erfahrene Psychiater/innen beizuziehen. Psychiatrische und speziell medikamentöse Therapie und Psychotherapie schließen einander keinesfalls aus, dies gilt besonders für die Selbstwertkrisen des höheren Lebensalters. Die Effektivität von Psychotherapie im Alter ist mittlerweile mehrfach belegt (Radebold 1992, 1998). Das Angebot muss aber stärker an die aktuelle Lebenssituation des älteren Menschen angepasst werden.

Ein wesentliches Ziel der Suizidprävention muss also sein, das Diktum vom „Altern in Würde“ nicht nur eine Floskel sein zu lassen, sondern mit Leben zu erfüllen. Dazu gehört vor allen Dingen, ältere Menschen nicht vom öffentlichen Leben auszuschließen, sondern ihnen soziale Teilhabe zu ermöglichen. Dabei geht es nicht nur um soziale Integration, sondern auch um die Möglichkeit, den öffentlichen Raum mitzugestalten, d. h. Mitverantwortung für andere zu übernehmen und so die Erfahrung machen zu können, von anderen Menschen gebraucht zu werden (Kruse 2009). Denn um Viktor Frankl zu zitieren: „Wer ein Warum zu leben hat, erträgt auch jedes Wie“.

Literatur

- Altenhöfer A. (2007). Suizidalität im höheren Lebensalter. In: Suizidprophylaxe, Theorie und Praxis, Jg. 34, 2007, Heft 3 130 S.146-154.
- BMG (Hg.) (2011). SUPRA. Suizidprävention Austria. Wien: BMG
- BMG (Hg.) (2014). Suizid und Suizidprävention in Österreich. Basisbericht 2013. Wien: BMG
- Brückner B. (2005). „Alter schützt vor Torheit nicht“. Alterskrisen als Aufgabe der Krisenintervention. In: Müller W., Scheuermann U. (Hrsg.). Praxis Krisenintervention. Stuttgart: Kohlhammerverl.
- Catell H., Jolley Dj. (1995). One hundred cases of suicide in elderly people. British Journal of Psychiatry 1995. 166, 451-457
- Conwell Y. (1996). Management of suicidal behaviour among the elderly. Psychiatric Clinics of North America 20: 667-683

- Conwell Y. et al. (2000). Completed suicide among older patients in primary care practices: a controlled study. *Journal of the American Geriatric Society* 48: 23-29
- Conwell Y. et al. (2009). Suicide prevention in later life: a glass half full or half empty? *American Journal of Psychiatry* 166: 845-848
- De Leo D. et al. (2002). Suicide among the elderly: the long term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *British Journal of Psychiatry* 81: 226-229
- Erikson E.H. (1959). *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag.
- Erlemeier N.(2004). Zur Versorgungslage suizidaler alter Menschen in Deutschland, Ergebnisse der Arbeitsgruppe Alte Menschen im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro). In: *Suizidprophylaxe, Theorie und Praxis*, Jg. 31, 2004, Heft 2 118 S. 25-30
- Etzersdorfer E., Voracek M., Kapusta N., Sonneck G. (2005). 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.
- Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherung (2012). *Psychische Gesundheit – Strategie der Österreichischen Sozialversicherung*. Wien: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherung
- Hirsch R.D., Bruder J., Radebold H. (Hrsg.) (2002). *Suizidalität im Alter*, Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie, Band 4, Die Deutsche Bibliothek, Bonn, Hamburg, Kassel
- Kapusta N., Sonneck G., Stein C. (2006). *Suizid des alten Menschen – State of the Art in: Österreichische Ärztezeitung*, 2006.
- Kapusta N., Etzersdorfer E., Sonneck G. (2009). *Suizide alter Menschen in Österreich. Epidemiologische und prophylaktische Überlegungen*. *Suizidprophylaxe, Theorie und Praxis*, Jg. 36, 2009, Heft 1 136 S.20-25.
- Kapusta N. (2011). *Aktuelle Daten und Fakten zur Zahl der Suizide in Österreich*. Wien: Wiener Werkstätte für Suizidforschung
- Krebs-Roubicek E. (2004). *Krisenintervention bei älteren Menschen*. In: Riecher-Rössler A., Berger P., Yilmaz A.T., Stieglitz R.: *Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention*, Göttingen: Hogrefe
- Kruse A. (2009). *Lebensläufe und Lebenswirklichkeit älterer Menschen in Deutschland*. In: *Suizidprophylaxe* 136, Jg.36, 2009, Heft 1. S. 5 – 11. Regensburg: S. Roderer
- Radebold H. (1992). *Psychodynamik und Psychotherapie Älterer*. Berlin: Springer
- Radebold H. (2002). *Psychoanalyse und Altern oder: Von den Schwierigkeiten einer Begegnung*. *Psyche – Z Psychoanal* 56, 2002, 1031–1060
- 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
- Sonneck G., Kapusta N., Tomandl G. (Hrsg.) (2012). *Krisenintervention und Suizidverhütung*. Wien: Facultas

- Stein C. (2008). „Suizidalität im Alter“. In: Spectrum Psychiatrie, Kontinuierliche Fortbildung für Psychiater, Neurologen und Allgemeinmediziner, 2/2008. S.18-21 und Sonderausgabe 2010. S. 11-13
- Stein C. (2009). Spannungsfelder der Krisenintervention. Ein Handbuch für die Praxis. Stuttgart: Kohlhammerverlag
- Wächtler C. (2009). Präventive Aspekte der Suizidalität im höheren Lebensalter in Suizidprophylaxe 137 Jg.36, 2009, Heft 2, S.76-81
- Wedler H. (2009). Suizidalität und körperliche Erkrankung im höheren Lebensalter. In: Suizidprophylaxe 136, Jg.36, 2009, Heft 1. S. 25 – 29. Regensburg: S. Roderer
- Wilkening K. (1997). Wo finden alte Menschen Hilfe. Zum Aufbau und Ausbau neuer sozialer Netze in: Freytag R., Witte M.: Wohin in der Krise? Orte der Suizidprävention. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht
- Wolfersdorf M., Mauerer Ch., Bär W., Le Pair A., Schüler M. (2002). Suizidalität im Alter: Grundlagen und therapeutische Möglichkeiten. In: Hirsch R.D., Bruder J., Radebold H. (Hrsg.) (2002). Suizidalität im Alter, Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie, Band 4, Die Deutsche Bibliothek, Bonn, Hamburg, Kassel

3.6 GO-ON Suizidprävention in der Steiermark

Ulrike Schrittwieser, GO-ON Suizidprävention Steiermark

Die Gesamtzahl der Suizide in Österreich hat sich in den letzten 25 Jahren nahezu halbiert. Dennoch liegt die Steiermark als zweitgrößtes Bundesland seit Jahrzehnten an der Spitze der österreichischen Suizidstatistiken, Österreich selbst im europäischen Mittelfeld.

Aus diesem Grund wurde 2011 vom Gesundheitsressort der Steiermark und im Auftrag der Psychiatriekoordinationsstelle *GO-ON Suizidprävention Steiermark* ins Leben gerufen. Projektträger ist der Dachverband der Sozialpsychiatrischen Vereine und Gesellschaften Steiermarks, ein Zusammenschluss von fünf Vereinen, der die sozialpsychiatrische Grundversorgung in allen Regionen dieses Bundeslandes auf hohem Qualitätsniveau gewährleistet.

In vorläufig drei Projektregionen (Hartberg, Murau, Mürzzuschlag) sowie zentral in Graz wird an der Enttabuisierung von Suizidalität gearbeitet, Kenntnisse über Entstehung und Bewältigung von Krisen werden angeboten, Information zu Risikofaktoren sowie konkreter Hilfe und Unterstützung werden vermittelt. In den nächsten Jahren sollen schrittweise und in Abhängigkeit von den regionalen Suizidraten sowie infrastrukturellen Gegebenheiten alle steirischen Bezirke mit einbezogen werden. Ziel ist ein flächendeckendes Projekt für die gesamte Steiermark. Die Kooperation mit allen zu diesem Aufgabenbereich arbeitenden Initiativen, Institutionen und Interessensgruppen dient der Nutzung von Synergie-Effekten. Breite Vernetzung auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene ermöglicht eine Arbeit entsprechend den State-of-the-art-Kriterien der Suizidprävention.

GO-ON kooperiert eng mit allen Psychosozialen Diensten im Bundesland um Nachhaltigkeit zu garantieren, und ist inhaltlich klar am 10-Punkte-Programm von SUPRA, Suizidprävention Austria, orientiert. Laut Basisbericht 2013 des BMG zu Suizid und Suizidprävention in Österreich (BMG 2014) werden von GO-ON bereits acht von zehn Aufgabengebieten bearbeitet.

Wissen hilft! Schulung und Kooperation

Das Projekt arbeitet auf allen Ebenen der Prävention. Über Primärprävention sollen Bedingungen geschaffen werden, um erstmalige Suizidversuche zu verhindern. Sekundärprävention dient der optimalen Betreuung von Menschen in problematischen Lebenssituationen. Tertiärprävention umfasst die Therapie nach erfolgtem Suizidversuch sowie Vorbeugungsmaßnahmen vor weiteren suizidalen Handlungen.

Die Schulung sehr unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen erzielt ein weitreichendes Bewusstsein für das Tabuthema Suizidalität und dient der Antistigma-Arbeit, benötigt in der Herangehensweise aber eine hohe Flexibilität der Referentinnen und Referenten hinsichtlich Zielgruppe und Sprache, Kreativität und Struktur, Interessensschwerpunkten und allgemeiner Information.

Der Allgemeinbevölkerung – von Schülern/ Schülerinnen bis hin zu älteren Menschen – wird in Form von „Erste-Hilfe-Kursen für Krisen“ Information zu deren Entstehung und Bewältigung vermittelt, Risikofaktoren für Suizidalität werden aufgezeigt, Mythen thematisiert, Hilfsmöglichkeiten benannt.

Psychoedukation wird für besondere Risikogruppen – Menschen in schweren Krisen, mit psychischen Erkrankungen, nach Suizidversuchen – und deren Angehörige angeboten.

Überregionale Schulungen mittels Vorträgen oder Workshops für Hilfsorganisationen (Rettung, Kriseninterventionsteams, Polizei, Feuerwehr, Ärztinnen/Ärzten, Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/-therapeuten, pro humanis), Schulen, Priester, Angehörige, Sportorganisationen, Journalistinnen/Journalisten, AMS-Bedienstete etc. beziehen bereits jetzt das gesamte Bundesland mit ein.

Die Einbindung in Aus- und Weiterbildungsprogramme diverser Hilfsorganisationen wie Polizei, Österreichisches Rotes Kreuz (Landesverband Steiermark), Ärztekammer (ÖÄK Diplom), Psychosoziale Dienste, Steirischer Landesverband für Psychotherapie, Klinische und Gesundheitspsychologinnen und -psychologen etc. ist gelungen, jene für Journalistinnen und Journalisten geplant.

Bei den unter 25-jährigen männlichen Jugendlichen ist Suizid die zweithäufigste Todesursache. Um diese Zielgruppe zu erreichen, werden Zivildienstler der Psychosozialen Dienste und des Österreichischen Roten Kreuzes speziell geschult. Über Vorgespräche mit dem Heerespsychologischen Dienst des Bundesheeres wird eine ähnliche Schulung der Grundwehrdiener diskutiert.

Die Einbindung in verschiedene Bildungseinrichtungen wie Schulen, Volkshochschulen, Berufsförderungsinstitute, katholisches und evangelisches Bildungswerk, soll für eine umfassende Verbreitung des Themas sorgen.

In den ersten beiden Projektjahren wurden von neun Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern rund 100 Trainingskurse, Workshops, Vorträge und Diskussionsrunden veranstaltet, und damit rund 3.000 Personen direkt erreicht. Zur Qualitätssicherung wurden die Schulungskurse mittels Fragebögen hinsichtlich Inhalt, Nutzen sowie Zufriedenheit evaluiert und erreichten jeweils beste Werte. Das Hilfe-suchverhalten von Menschen in suizidalen Krisen sowie ihrer Angehörigen hat in den Studienregionen signifikant zugenommen. Diese Ergebnisse wurden 2013 in Form einer 2-Jahres-Evaluation bei der IASP-Tagung in Oslo und dem DGPPN-Kongress in Berlin präsentiert.

Vernetzung

Ein Runder Tisch mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, dessen Teilnehmerkreis von Jahr zu Jahr größer wird, garantiert eine breite Bewusstseinsbildung sowie die Sensibilisierung für den Themenbereich Suizidalität und dient der Entwicklung neuer Arbeitsschritte und Perspektiven. Ergebnisse dieser alljährlichen Vernetzungstreffen sind die Installierung spezieller themenbezogener Arbeits-

gruppen zur Suizidprävention bei Jugendlichen bzw. im Alter. Diese ermöglichen die Priorisierung von Arbeitsschritten sowie die Entwicklung einer steirischen Expertise.

Beispielhaft sei auf das Vernetzungstreffen zur Suizidprävention im höheren Lebensalter verwiesen, bei dem einerseits bestehende Aktivitäten mit einbezogen werden (z. B. Kriseninterventionszentrum Wien mit neu entwickeltem Folder und der Bereitschaft zur Schulung von Beschäftigten in Pflegeheimen), andererseits spezielles Know-how über Ressourcen vor Ort entwickelt wird. Aktuell wird in vier Arbeitsgruppen an folgenden Aufgabenstellungen gearbeitet, die jeweils von nominierten Koordinatorinnen und Koordinatoren geleitet werden:

- Positionspapier zur Suizidprävention im Alter
- Schulungskonzept in Kooperation von GO-ON mit Rotem Kreuz und Telefon-Seelsorge
- Folder für Betroffene
- Forschung zur Bedürfniserhebung bei älteren Menschen in unterschiedlichen sozialen Kontexten

Mittelfristige Ziele sind die Schaffung eines Krisentelefon sowie die Etablierung eines Kompetenzzentrums für Suizidprävention.

Öffentlichkeitsarbeit

Eine entsprechende Öffentlichkeitsarbeit mit der Entwicklung spezieller Folder zur Allgemeininformation wie für Angehörige, mit Plakaten für die Dienststellen von Polizei und Rettung, für Arztpraxen und Schulen, sowie eine Homepage und eine Hilfe-App ermöglichen eine bewusste Niederschwelligkeit der Informationsverbreitung.

Intensiver Kontakt mit speziellen Printmedien ermöglicht den Informationstransfer an jeden Haushalt sowie zu bestimmten Zielgruppen wie z. B. Landwirtinnen/Landwirte.

Anlässlich des Welttages für Suizidprävention am 10. 9. finden spezielle Aktivitäten statt. Zuletzt wurde im Rahmen einer Filmvorführung den Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in den Projektregionen gedankt und die gelungene Vernetzung gelebt. Zugleich wurde in Graz auf Videoscreens in Bussen und Straßenbahnen sowie einer Videowall am stark frequentierten Jakominiplatz auf das Projekt aufmerksam gemacht.

Abbildung 13: Einbettung von GO-ON



Quelle: GO-ON

Ein klarer Arbeitsauftrag durch die Psychiatriekoordinationsstelle, ein hohes Maß an Engagement für das Thema und die umfassende Bereitschaft zur Kooperation haben ermöglicht, dass mit relativ geringen Ressourcen und in kurzer Zeit ein deutliches Signal gesetzt werden konnte.

Wissen hilft! Das Leben ist es wert.

3.7 Sonderauftrag für Suizidprävention der Universitätsklinik Salzburg

Martin Plöderl und Reinhold Fartacek, Christian Doppler Klinik Salzburg

Am Sonderauftrag für Suizidprävention der Christian Doppler Klinik (CDK) und am Forschungsprogramm Suizidprävention der Paracelsus Privatmedizinischen Universität (PMU) wird schon über viele Jahre versucht, die überdurchschnittlich hohe Suizidrate im Bundesland Salzburg zu verringern.

Schon 1975 gründete Heimo Gastager eine Kriseninterventionseinrichtung, 1994 wurde dann der Sonderauftrag für Krisenintervention an der CDK unter der Leitung von Reinhold Fartacek gegründet und 2005 in den Sonderauftrag für Suizidprävention umbenannt. Diese Station umfasst derzeit zwölf Betten und zehn tagesklinische Plätze sowie ein ambulantes Angebot. Im Jahr 2000 wurde zudem das vom Land Salzburg geförderte Projekt „Suizidprävention“ gestartet. Das Forschungsprogramm „Suizidprävention“ an der PMU existiert seit dem Jahr 2005. Ein Blick auf die epidemiologischen Daten zeigt, dass sich die Suizidraten in Salzburg seit dem Jahr 2000 dem österreichischen Durchschnitt angeglichen haben. Natürlich kann dies nicht kausal auf die Aktivitäten des Sonderauftrages zurückgeführt werden, aber es ist zumindest ein mögliches Indiz dafür.

Die *stationäre Suizidprävention* am Sonderauftrag folgt dem klassischen Konzept der Krisenintervention (Sonneck 2000, Schnyder 2003, Wolfersdorf 2000) in einem multiprofessionellen Team, wurde jedoch im Laufe der Jahre für spezielle Problemstellungen in der Arbeit mit suizidgefährdeten Patientinnen und Patienten modifiziert.

Dazu zählen folgende Beispiele: Bei der Erstgesprächsführung wird versucht, den narrativen Zugang (Michel et al. 2004) und die kollaborative Haltung (Jobes 2006) zu verwirklichen, um die therapeutische Beziehung und damit verbunden das Behandlungsergebnis zu verbessern. Nach dem Erstgespräch erfolgt eine ausführliche computerunterstützte Diagnostik, welche in die Behandlung einfließt und für Forschungszwecke verwendbar ist. Für chronisch suizidale Patientinnen und Patienten, also jene, die immer wieder in suizidale Krisen geraten, wie das typisch für die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist, wurde das Dialektisch Behaviorale Konzept von Marsha Linehan für die Krisenintervention adaptiert (Dinhobl et al. 2010).

Ein aktuelles Projekt ist das idiografische Systemmonitoring zur verbesserten Risikoeinschätzung und Therapie von suizidalen Patienten, bei dem Innovationen aus dem Real-Time-Monitoring und der Komplexitätsforschung Anwendung finden (Fartacek in Vorbereitung). Schließlich wurde das Notfallplankonzept von Stanley und Brown (Stanley & Brown 2012) implementiert, um einen verbesserten Umgang mit künftigen suizidalen Krisen zu ermöglichen (Fartacek et al. 2014).

Die *suizidpräventiven Aktivitäten außerhalb der Klinik* umfassen zum Beispiel regelmäßiges Gatekeeper-Training im universitären Bereich (Fachbereich Psychologie, FH für soziale Arbeit, PMU, Universitätslehrgang Krisenintervention der Pro Mente) und im psychosozialen Handlungsfeld (diverse soziale Einrichtungen im Bundesland), Awareness-Arbeit (öffentliche Vorträge), regionale Schwerpunkt-Aktivität (Kooperation mit dem Hilfsnetzwerk Großarlal) und anlassbezogene Postvention.

Das von uns entwickelte schulische Suizidpräventionsprogramm „Lebenswert“ beinhaltet internationale Leitlinien und evaluierte Konzepte unter Berücksichtigung von Aspekten der Gesundheitsförderung und ist damit ein Novum im deutschsprachigen Raum (Plöderl et al. 2010). Eine potentielle künftige Form der Suizidprävention könnte auch Bergwandern sein, das sich bei Hochrisikopatientinnen und -patienten in einer von uns durchgeführten Studie als hochwirksam erwies (Sturm et al. 2012, Neunhauserer 2013).

Die *wissenschaftlichen Aktivitäten* am Forschungsprogramm Suizidprävention umfassen derzeit zum Beispiel die Überprüfung von theoretischen Suizidmodellen, Wirksamkeitsfaktoren in der stationären Suizidprävention, Religion und Suizidalität, sexuelle Orientierung und Suizidrisiko, idiografisches Prozessmanagement, nichtlineare Dynamik und Echtzeiterfassung von suizidalen Prozessen. Eine Publikationsliste ist unter folgenden Link

lich: https://sqquid.pmu.ac.at/fis/suchen.orginheit_publicationen?orginheit_id_in=561 (16.1.2015)

Literatur

Dinhobl R., Aistleitner U., Plöderl M., Fartacek C. (2010). Dialektische Verhaltenstherapieelemente in der existenzanalytisch geprägten stationären Krisenintervention mit suizidalen Borderline-Patienten. *Suizidprophylaxe*.143:155-60.

Fartacek C. (in Vorbereitung) Das idiografische Systemmonitoring zur Risikoeinschätzung und Therapie. Göttingen: Hogrefe; in Druck.

Fartacek C., Kralovec K., Pichler E.M., Fartacek R., Plöderl M. (2014). Notfallpläne zur Rückfallprävention von suizidalem Verhalten. *Suizidprophylaxe*, 2014;157:68-72.

Jobes D.A. (2006). *Managing suicidal risk: A collaborative approach*: Guilford Press

- Michel K., Dey P., Stadler K., Valach L. (2004). Therapist sensitivity towards emotional life-career issues and the working alliance with suicide attempters. *Archives of Suicide Research*, 2004;8(3):203-13.
- Neunhauserer D., Sturm J., Baumgartlinger M.M., Niederseer D., Ledl-Kurkowski E., Steidle E., et al. (2013). Hiking in Suicidal Patients: Neutral Effects on Markers of Suicidality. *American Journal of Medicine*, 2013 Oct;126(10):927-30.
- Plöderl M., Fartacek H., Fartacek R. (2010). Lebenswert. Ein schulisches Suizidpräventionsprogramm. *Suizidprophylaxe*, 2010;143:148-54.
- Schnyder U. (2003). Ambulante Krisenintervention. In: Schnyder U, Sauvant JD, Hrsg. *Krisenintervention in der Psychiatrie* Bern: Verlag Hans Huber; p. 55-74.
- Sonneck G. (2000). *Krisenintervention und Suizidverhütung*. 5. Aufl.. Wien: Facultas
- Stanley B., Brown G.K. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2012 May;19(2):256-64.
- Sturm J., Plöderl M., Fartacek C., Kralovec K., Neunhauserer D., Niederseer D., et al. (2012). Physical exercise through mountain hiking in high-risk suicide patients. A randomized crossover trial. *Acta Psychiatr Scand*. 2012 Dec;126(6):467-75.
- Wolfersdorf M. (2000). *Der suizidale Patient in Klinik und Praxis. Suizidalität und Suizidprävention*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

3.8 Workshop: Trauer nach Suizid und Angebote für Angehörige

Trauer nach Suizid und Angebote für Angehörige – eine Einführung

Regina Seibl, Selbsthilfe Tirol; pro mente tirol

In Österreich sterben jährlich etwa 1.200 Menschen durch Suizid, etwa doppelt so viele wie im Straßenverkehr. Sie hinterlassen Tausende von Angehörigen und Freunden.

Die offiziellen Suizidzahlen berücksichtigen nicht jene Menschen, die zurückbleiben und mit dieser meist sehr tiefgreifenden Veränderung in ihrem Leben zurechtkommen müssen. Laut Schätzungen hinterlässt jeder Suizidopfer zwischen drei und sechs nahestehende Personen, das ergibt in Österreich jährlich zwischen 3.600 und 7.200 Hinterbliebene nach Suizid. Für jene, die ihrem Leben ein Ende gesetzt haben, ist der Leidensweg beendet, ihre Angehörigen haben ihn aufgrund dieses Ereignisses noch vor sich. Und dieser Weg kann ein sehr langer sein.

Die Trauer nach dem Suizid eines nahestehenden Menschen ist schwerer zu verarbeiten und langwieriger als nach anderen Todesarten.

Edwin Shneidman, US-amerikanischer Psychiater und Suizidforscher, sprach von der *legacy of suicide*, dem schweren Erbe des Suizids, das die Hinterbliebenen zu tragen haben. Auch folgendes Zitat aus einer Fernsehserie spielt auf die massiven Auswirkungen eines Suizids an: „Suizid ist wie eine Bombe unterm Küchentisch, wenn sie hochgeht, trifft es alle Anwesenden.“

In der Regel sind Betroffene durch dieses Ereignis in ihren Grundfesten erschüttert. Für die meisten von ihnen tritt es sehr unerwartet in ihr Leben und löst einen massiven Schock aus. Den Suizid eines nahestehenden Menschen zu erleben ist ein potentiell traumatisches Erlebnis, auch aufgrund der

damit meist verbundenen Gewalteinwirkung und der Tatsache, dass der Tod durch den Verstorbenen willentlich selbst herbeigeführt wurde – ein Umstand, durch den sich der Suizid von allen anderen Todesursachen grundsätzlich unterscheidet. Zudem erleben viele Hinterbliebene nach Suizid einen eklatanten Mangel an sozialer Unterstützung.

Wesentliche Aspekte dieser Trauer

Auseinandersetzung mit der Frage WARUM?

Für Hinterbliebene stellt sich die grundsätzliche und sehr komplexe Frage: Warum hat sich mein Angehöriger das Leben genommen? Dies führt zu einer meist langen Auseinandersetzung, die manchmal nur wenige Antworten zu Tage fördert. Letztlich kann man sich der Antwort auf diese Frage häufig nur verstehend annähern. Wenn es gelingt, nach intensiver Auseinandersetzung den Tod durch Suizid langsam zu akzeptieren, wird diese Frage allerdings weniger wichtig.

Schuldgefühle, Selbstvorwürfe

Häufig kommt es zur Entstehung von Schuldkonstruktionen (= ursächliche Erklärungszusammenhänge für den Suizid), meist betreffen sie die Betroffenen selbst im Sinne von Schuldgefühlen („Wenn ich dieses getan / jenes unterlassen hätte, wäre der Suizid nicht passiert“ etc.). Diese sind oft lang anhaltend und für Außenstehende schwer nachvollziehbar.

Hilflosigkeit, Ohnmacht

Der Suizid eines nahestehenden Menschen bringt häufig eine intensive Erfahrung von Ohnmacht mit sich, es gab für die Betroffenen keine Möglichkeit, dieses Ereignis zu verhindern. Der Verstorbene hat nicht nur für sein eigenes Leben eine massive Entscheidung getroffen, sondern auch für das Leben der Hinterbliebenen.

Verunsicherung, Wut, Verzweiflung

Suizid ist die wohl massivste Art, eine Beziehung abubrechen, und wird oft (vor allem von Partnern) als Absage an die Beziehung erlebt. Suizid kann auch Aggressionen freisetzen. Man stellt sich die Frage: Warum hast du mir das angetan? Wut entsteht oft auch im Zusammenhang mit Schuldkonstruktionen: Wer scheinbar Schuld hat am Suizid, der ist Zielscheibe von Wut und Aggression.

Scham, Rückzug

Schuldgefühle können zu Scham führen, aber auch Vorurteile gegenüber der Thematik Suizid werden im Sinne einer Selbststigmatisierung wirksam; Schuldzuschreibungen von Außenstehenden bzw. Scham führen oft zu sozialem Rückzug der Betroffenen. Zudem werden Betroffene im Vergleich mit anderen Hinterbliebenen als weniger unterstützenswert empfunden (Tabuthema Suizid).

Innerfamiliäre Konflikte, Vereinsamung

Aufgrund von Schuldzuschreibungen und unterschiedlichen Verarbeitungsstilen kann es zu Konflikten und in deren Folge zu Vereinsamung innerhalb der eigenen Familie kommen.

Suizidalität

Der Suizid stellt für Hinterbliebene eine enorme seelische Belastung dar und kann zu einer suizidalen Krise führen; Suizidalität kann aber auch als Folge von Selbstvernachlässigung/Selbstbestrafung und Substanzmissbrauch auftreten, ebenso im Kontext von Schuldgefühlen, aus Sehnsucht nach der/dem Verstorbenen oder in Identifikation mit ihr/ihm.

Aufgrund der starken Tabuisierung der Thematik Suizid, tradierten Vorurteilen und Ängsten gehören Hinterbliebene nach Suizid zu jenen Trauernden, die von ihrer Umgebung am wenigsten Unterstützung erhalten.

Zudem spielte die Kirche lange Zeit eine problematische Rolle: Bis in die 1980er Jahre war teilweise ein Begräbnis auf dem Friedhof nicht möglich, teilweise gibt es heute noch negative Reaktionen von Priestern, die die Hinterbliebenen sehr belasten können.

Mit Suizid setzt sich niemand gerne auseinander, dieses Thema löst viel Angst und Abwehr aus – das wiederum führt zu Unsicherheit und Vermeidungsverhalten gegenüber Hinterbliebenen. Schuldzuschreibungen von Außenstehenden auf Basis einfacher Schuldkonstruktionen (z. B. XY hat sich das Leben genommen, weil ihn die Frau verlassen hat, deshalb wird sie gemieden etc.) verstärken das Problem.

Merke: Hinterbliebene nach Suizid sind eine Risikogruppe für suizidales Verhalten.

Hinterbliebene sind häufig nicht in der Lage, ohne Hilfe und Unterstützung mit ihrer veränderten Lebenssituation zurecht zu kommen. **Selbsthilfegruppen** sind eine Möglichkeit, Betroffenen wertvolle Hilfe anzubieten. Dort finden sie:

- Verständnis und Akzeptanz
- Sich und die eigenen Gefühle und Gedanken nicht erklären müssen, nicht alleine sein mit dem eigenen Schicksal
- Raum und Zeit
- Verständnis und ein offenes Ohr (wie im Alltag oft nicht (mehr) vorhanden)
- Gegenseitiges Lernen
- Fortschritte in der Verarbeitung an den anderen zu erkennen (gibt Hoffnung)
- Geschützte Atmosphäre

Die Entstehung und der Ausbau eines Netzes von Selbsthilfegruppen entwickelten sich in den USA vor ca. 25 bis 30 Jahren, in Deutschland vor ca. 20 Jahren (AGUS).

Generell sind die Auswirkungen von Suizid auf Menschen im Umfeld bzw. auf soziale Systeme vergleichsweise wenig erforscht im Gegensatz zu Epidemiologie, Häufigkeiten etc. von suizidalem Verhalten. Ende der 1990er Jahre gab es noch wenig deutschsprachige Literatur zum Thema Hinterbliebene und Hilfsangebote, doch die Lage bessert sich langsam.

Derzeit existieren in Österreich rund 12 Selbsthilfegruppen für Hinterbliebene nach Suizid in den verschiedenen Bundesländern. Informationen zu Selbsthilfegruppen in Österreich finden sich auf der Homepage der ÖGS: <http://www.suizidpraevention.at/selbsthilfe.html> (16.1.2015)

Den wenigen Selbsthilfegruppen stehen Tausende von Betroffenen gegenüber: allein zwischen 2000 und 2010 wurden ca. 75.000 Menschen in Österreich zu Hinterbliebenen nach Suizid. Deshalb sind Ausbau und Förderung weiterer Angebote dringend angezeigt.

Im Jahr 2013 wurde die Plattform *Trauernde nach Suizid* gegründet. Ihre Zielsetzungen sind:

- Vernetzung bestehender Angebote/Gruppen
- Unterstützung für neue Angebote/Gruppen
- Integration von Angeboten für Hinterbliebene in bestehende Strukturen im psychosozialen Bereich

Im Herbst 2013 wurde die Plattform *Trauernde nach Suizid* mit ihren Anliegen und Zielsetzungen in das Konzept der SUPRA aufgenommen.

Entstehungsprozess des Angebotes für Angehörige und Trauernde nach Suizid am Beispiel Murau

Rosemarie Mayerdorfer, GO-ON Suizidprävention Steiermark

Zu Beginn des Projektes GO-ON Suizidprävention Steiermark im Jahr 2011 gab es das theoretische Hintergrundwissen und das Bewusstsein, dass bei jedem Suizid mindestens sechs Personen im Umfeld zu den stark Betroffenen gehören und damit auch erneut zu einer Risikogruppe werden. Was dies in der Praxis und in einer Region mit der höchsten Suizidrate Österreichs bedeutet, lernten die Mitarbeiter/innen des Regionalteams Murau bei ihrer Vortragstätigkeit in den Gemeinden verstehen, da sich unter den Anwesenden viele Angehörige befanden, die mit dem Suizid einer geliebten Person fertig werden mussten. Manche erzählten von ihrer großen Betroffenheit, fühlten sich unverstanden, empfanden Schuld teils durch Selbstzuweisung bzw. durch Reaktionen von Seiten der Umwelt, waren teilweise auch selbst gefährdet durch den Wunsch, mit dem geliebten Menschen wieder vereint zu sein oder die Vorstellung, das Schicksal nicht ertragen zu können. Wieder andere verharrten in betroffenem Schweigen. Die Mitarbeiter/innen nahmen das Ausmaß wahr, verwiesen auf Angebote des Beratungszentrums, wenn das Verständnis für Trauer im Umfeld versiegt war, und suchten neue Wege für die Angehörigenarbeit.

Im zweiten Projektjahr wurde viel Zeit dafür verwendet, mit Menschen und Organisationen in Austausch zu kommen, die bereits über entsprechende Erfahrung in der Angehörigenarbeit nach Suizid im Familienverband wie in Selbsthilfegruppen verfügen. Besonders hilfreich waren hierbei Hanna Caspaar, Leiterin des Vereins „Verwaiste Eltern“, und Regina Seibl, Kontaktperson der Selbsthilfegruppe *Hinterbliebene nach Suizid* Innsbruck.

Entwicklung und Verteilung der Folder sowie Initiierung eines Gruppenangebots für betroffene Angehörige waren die Teilschritte des Prozesses, der schwerpunktmäßig 2013 vollzogen wurde.

Folderentwicklung

Über Kooperation mit dem Verein AGUS in Deutschland (www.agus-selbsthilfe.de) erhielt GO-ON Informationsmaterial und die Zusage, eigene Folder nach deren Vorlagen gestalten zu dürfen. In Zusammenarbeit mit der Landespolizeidirektion und den steirischen Bestattungsunternehmen wurde dieser im steierischen Sinn überarbeitet und mit Ende des zweiten Projektjahres in Druck gebracht. Es sind vor allem zwei wesentliche Aspekte, die durch die Verteilung des Folders erfüllt werden. Zum einen landen durch die rasche Verteilung des Folders nach einem Suizid im nahen Umfeld die wichtigsten Grundinformationen zum Thema und zur Todesart Suizid direkt bei den Angehörigen:

- Botschaft, „Sie sind mit ihrem Schicksal nicht alleine!“
- Erklärung des Sachverhaltes, dass die Polizei die Todesursache ermitteln muss;
- Ermutigung, sich in dieser schweren Zeit Hilfe und Unterstützung zu organisieren;
- Gedanken zur Trauerfeier;
- Ermutigung, einen offenen Austausch mit betroffenen Kindern und Jugendlichen zur Situation und zur Todesart zu führen;
- Grundinformationen zu Reaktionsmöglichkeiten in Schock- und Trauerphasen.

Zum anderen landet die Information über professionelle Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten gezielt in den betroffenen Familien und in deren sozialem Umfeld.

Angehörigenarbeit

GO-ON nahm im Verlauf seiner Überlegungen und im Blick auf die Möglichkeiten des Projektes Abstand davon, eine Selbsthilfegruppe zu initiieren. Und doch wollte man einen Rahmen für Angehörigen bieten. Diese Entscheidung erleichterte das weitere Vorgehen. In Anbetracht der unterschiedli-

chen Bedürfnisse und Grundsituationen, denen ein Gruppenangebot doch relativ breit gerecht werden sollte, entschieden GO-ON für eine moderierte Gruppe für Trauernde und Angehörige nach Suizid. Dieses Basisangebot wurde erweitert durch Kurzvorträge, Beiträge von Angehörigen, die ihre Bearbeitungswege vorstellten, ein künstlerisches sowie ein Bewegungsangebot.

Die Nutzung des Angebots war sehr unterschiedlich. Unsere Erfahrung zeigt, dass das Interesse an Veranstaltungen mit einem Informationsinput bzw. mit Erfahrungsberichten von selbst Betroffenen größer war als an „einfachen“ moderierten Gesprächsrunden. Nach entsprechend erfahrungsbezogenen Einheiten war die Bereitschaft, sich auszutauschen und eigene Erfahrungen einzubringen, meist sehr groß. Insgesamt war bei den abgehaltenen Veranstaltungen eine sehr berührende, hoffnungsspendende Stimmung wahrnehmbar. An Erfahrungen anderer teilhaben sowie eigene Erfahrungen weitergeben zu können, wurde sehr würde- und respektvoll gelebt.

In Relation zu der großen Anzahl von Angehörigen und Trauernden nach Suizid, die im Bezirk Murau leben (durchschnittlich passiert im Bezirk alle sechs Wochen ein Suizid), wird das Gruppenangebot nur von einer sehr geringen Personenzahl wahrgenommen. Dem gegenüber steht jedoch die stetige An- und Nachfrage bei unseren Vorträgen und Schulungen im Bezirk nach einem entsprechenden Angebot für betroffene Angehörige. Allein das Wissen um dieses spezifische Angebot bewirkt offensichtlich eine schützende Form von Wertschätzung oder Bemerk-Werden.

Die Bewerbung des Angebots für Angehörige erfolgte in Form von Plakaten, Handzetteln und Einschaltungen in diversen Medien des Bezirkes sowie durch die Unterstützung diverser Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. In den Jahren 2013 und 2014 wurde sechsmal ausgeschrieben.

Für die Verteilung der Angehörigenfolder wurde die Vernetzung mit den Einsatzkräften wie Polizei, KIT, Rotes Kreuz und Feuerwehr gesucht. Parallel wurde das Angehörigenangebot immer mitbeworben. Darüber hinaus wurden die Folder auch bei den Ärztinnen und Ärzten in den Projektregionen sowie steiermarkweit gezielt in den Psychosozialen Beratungsstellen verteilt. Gut gelebte Vernetzung bleibt damit auch bei diesem Angebot die Basis für nachhaltige Arbeit.

Diskussionsprotokoll des Workshops

Sophie Sagerschnig, Gesundheit Österreich GmbH

Folgende Punkte wurden angeschnitten:

- Die Aspekte der Trauer, die in den Inputvorträgen beschrieben wurden, treffen Angehörige von psychisch kranken Personen genauso. Wichtig ist eine Auseinandersetzung der Angehörigen mit sich selbst, mit ihrem Umgang mit Ohnmacht, Schuld etc.
- Das Gefühl der Scham nach einem Suizid wird am Land teilweise von der Dorfgemeinschaft verstärkt, das „Dorf“ gibt den Hinterbliebenen die Schuld.
- Nach einem Suizid besteht die Gefahr der Tabuisierung: offensichtliche Suizide werden in dem Versuch, die Familie zu schützen, nicht als solche deklariert (es kann vorkommen, dass die Familie selbst den Suizid leugnet oder aber auch der Amtsarzt statt Suizid einen Unfall angibt). Eine Tabuisierung des Themas erschwert jedoch in den meisten Fällen die Verarbeitung bzw. den Umgang mit dem Ereignis.
- Dass Hinterbliebene eines Suizids weniger Unterstützung von der Umgebung als „andere“ Hinterbliebene bekommen, ist ein Erbe der katholischen Kirche: früher wurde „Selbstmördern“ teilweise sogar ein Begräbnis auf einem Friedhof oder die Messe verweigert bzw. kam es zu einer Verurteilung durch Priester. Heutzutage gibt es hier schon ein erhöhtes Bewusstsein.

- Der Umstand, dass suizidales Verhalten lange unter Strafe gestanden hat (erst seit 1850 nicht mehr), hat ebenfalls zum Aufbau eines Tabus rund um das Thema Suizid beigetragen.
- Die Art und Weise, wie und vor allem dass Kinder nach dem Suizid eines nahen Angehörigen aufgeklärt und unterstützt werden, ist von großer Bedeutung. Bei Suchtproblemen finden sich oft Suizide in der Vergangenheit, die die süchtige Person als Kind nicht verarbeiten konnte. Oft wird mit Kindern nach Suiziden von Angehörigen nicht gesprochen, sie werden herausgehalten und allein gelassen. Wichtig wäre hingegen Aufklärungsarbeit und eine altersgerechte Erklärung für das Geschehene, denn „Kinder wissen, wenn ihnen nicht die Wahrheit gesagt wird“ bzw. „Kinder wissen bei Familiengeheimnissen meist unbewusst, dass ihnen etwas verschwiegen wird“. Als Folge fühlen sich die Kinder nicht ernst genommen, Verhaltensauffälligkeiten können entstehen.
- Vorteile von Selbsthilfegruppen nach einem Suizid:
 - Verständnis/Akzeptanz: gerade weil es sich um ein Tabuthema / mit Scham behaftetes Thema handelt
 - Zeit: die Umgebung will irgendwann weitermachen, nichts mehr hören; in der Selbsthilfegruppe gibt es immer ein offenes Ohr;
 - Gegenseitiges Lernen: Personen, die im Trauerprozess schon weiter sind, sind „Vorbild“, Hoffnungsgeber“ für „Neu-Trauernde“, fassbare Zeichen, dass es ein Leben nach dem Suizid gibt.

3.9 Workshop: Suizid und Medien

Suizid und Medien – eine Einführung

Gernot Sonneck und **Raphaella Pauls**, Kriseninterventionszentrum Wien

Die Presse stellt in unserer Gesellschaft eine der wichtigsten Quellen für Informationen jeder Art dar. Durch die Möglichkeit, Schwerpunkte zu setzen, Sachverhalte zu bewerten, gesellschaftliche Tabus zu brechen oder zu verstärken, wird die Presse zum Ideologieträger. Die Art, wie ein bestimmtes Thema in der Presse behandelt wird, lässt Rückschlüsse auf die Einstellung der Bevölkerung zu diesem Thema zu.

Der Einfluss der Medienberichterstattung auf die U-Bahn-Suizide lässt sich signifikant dadurch nachweisen, dass nach Einführung der Leitlinien zur Medienberichterstattung² Mitte des Jahres 1987 die U-Bahn-Suizide und -Suizidversuche „schlagartig“ um 70 Prozent abnahmen. Durch ständige Beobachtung der Medienberichte und entsprechende Reaktionen auf vereinzelte im alten Stil gebrachte Berichte konnte sowohl die neue Form der Berichterstattung als auch das reduzierte Suizidaufkommen in der U-Bahn bis heute gehalten werden. Seit dieser Zeit ist auch ein Rückgang der Suizide in Wien insgesamt (um 60 %) und in Österreich (um 40 %) beobachtbar.

In einer 2010 durchgeführten Studie konnte erstmals ein empirischer Hinweis gefunden werden, der die schon lange diskutierte Annahme, wonach Medienberichte neben schädlichen Wirkungen auch eine schützende Wirkung haben könnten, bestätigt. Presseberichte über Personen, die mithilfe von konstruktiven Bewältigungsstrategien schwierige Lebensumstände bewältigt haben, führten zu einem Rückgang der Suizide in der Bevölkerung unmittelbar nach der Veröffentlichung des jeweiligen Artikels. Diese Wirkung wird „Papageno-Effekt“ genannt, gleichsam als Gegenstück zum „Werther-Effekt“ (Imitationseffekt), und wurde in die Leitlinien zur Medienberichterstattung über Suizide aufgenommen.

Um Imitationssuizide zu verhindern und womöglich den suizidpräventiven Papageno-Effekt zu nutzen, sollten in Medienberichten konkrete Alternativen und Lösungsansätze aufgezeigt werden, öffentliches Bewusstsein für die Suizidproblematik geschaffen werden, weiters Kennzeichen von Suizidgefährdung (Risikogruppen) beschrieben und auch über bewältigte Krisen berichtet werden.

Literatur

Sonneck G., Kapusta N., Tomandl G. & Voracek M. (2012, Hg.) Krisenintervention und Suizidverhütung. UTB Facultas. Wien.

Welchen Einfluss haben Medien auf suizidales Verhalten?

Thomas Niederkrotenthaler, Suicide Research Unit, Institut für Sozialmedizin, Zentrum für Public Health, MedUni Wien

Key points

Sensationsträchtige Medienberichte über Suizide können weitere Suizide auslösen. Die Gefahr von Folgesuiziden ist dann besonders erhöht, wenn biografische Ähnlichkeiten zwischen dem berichteten Suizid und dem Publikum bestehen und wenn über Prominenten-Suizide wiederholt berichtet wird.

² www.kriseninterventionszentrum.at/medienberichterstattung.htm (16.1.2015)

Berichte über die Bewältigungsmöglichkeiten einer suizidalen Krise und Behandlungserfolge können Suizid verhüten helfen (Papageno-Effekt).

- Medien leisten durch verantwortungsbewusste Berichterstattung über Suizid und Entstigmatisierung von Suizidgedanken und Behandlungsmöglichkeiten essentielle Beiträge zur Suizidprävention.

Aktuelle Forschung bzgl. der Rolle von Online Medien zeigt, dass gegenwärtig zwar protektive Inhalte gegenüber schädlichen Inhalte im Verhältnis von ca. 2:1 überwiegen, die Qualität von suizidbezogenen Webseiten jedoch insgesamt stark variiert und besonders dann schädliche Informationen gefunden werden, wenn suizidmethodenbezogene Suchwörter auf Google und anderen Suchmaschinen verwendet werden.

- Das Ranking von Präventionswebseiten kann z. B. verbessert werden, indem methodenbezogene Suchbegriffe auf der Webseite als „Meta-tag“ verwendet werden, die Seite mit anderen Präventionsanbietern verlinkt wird und soziale Medien (z. B. facebook) auf der Homepage integriert werden. Organisationen, die Suizidprävention bzw. Mental Health Services anbieten, können dadurch leichter gefunden werden.
- In diesem Sinn ist auch eine verstärkte Bekanntmachung von hilfreichen Links sinnvoll. Dazu gehören in Österreich u. a. die Website des Kriseninterventionszentrums Wiens (wo Kontaktadressen zu Hilfseinrichtungen in ganz Österreich gegeben sind), jene der Telefonseelsorge und – je nach Bundesland – jene vom entsprechenden Psychosozialen Diensten.

Online-Foren über Suizid sind gegenwärtig ein starker Fokus in Massenmedien, da Fallstudien bekannt sind, in denen darin zum Suizid aufgefordert wurde. Auf der anderen Seite konnten mehrere Studien auch zeigen, dass die meisten User/innen sich konstruktiv verhalten und gegenseitig versuchen, bestmöglich zu unterstützen. Eine gegenwärtige Analyse von Kommunikationsmustern in deutschsprachige Suizidforen zeigt, dass sich die Kommunikation und die Anliegen je nach Art der untersuchten Foren deutlich unterscheiden. Der Umgang der Personen untereinander ist zumeist konstruktiv. In sogenannten „pro-Suizid“-Foren finden sich mehr User/innen, die Hilfe bei der Durchführung vom Suizid suchen, was auf eine fortgeschrittene suizidale Einengung hindeuten könnte. Jedoch sind auch dort explizite Bestärkungen im Vorhaben durch andere User/innen eher selten. Die Nutzer/innen dieser Foren sind eine wichtige Zielgruppe für Suizidprävention; zukünftige Forschung sollte darauf fokussieren, wie diese Gruppe von Prävention erreicht werden kann.

Medienarbeit zur Verhütung von Folgesuiziden – der Werther-Effekt

Aufgrund von mehr als 100 vorliegenden wissenschaftlichen Untersuchungen ist mittlerweile erwiesen, dass sensationsträchtige Formen der medialen Berichterstattung über Suizide weitere Suizide auslösen. Dieser Effekt wird auch als „Werther-Effekt“ bezeichnet. Wie von Erwin Ringel im Werk „Präsuizidales Syndrom“ beschrieben, erwägen Menschen in der Zeit vor einem Suizid oder Suizidversuch den Suizid häufig vorerst nur als eine gedankliche Möglichkeit — die Betroffenen sind dabei aber in ihren Gefühlen einer hohen inneren Anspannung, Orientierungslosigkeit und Ambivalenz zwischen Lebens- und Todesimpulsen ausgesetzt. Daher kommt auf der Suche nach Lösungsmodellen in Lebenskrisen zu diesem Zeitpunkt den Botschaften der Umwelt inklusive der Medien eine besondere Bedeutung zu. Eine rezente Studie aus Österreich belegt entsprechend, dass insbesondere Personen mit vorbestehenden Suizidgedanken mediale Darstellungen von Suiziden nutzten, um eigene Problemlösungsmöglichkeiten zu finden.

Bezüglich der Medienwirkung besagt Festingers *Theorie des sozialen Vergleiches*, dass sich Individuen beim Rezipieren von Medieninhalten mit der Darstellung vergleichen, und je nachdem wie dieser Vergleich ausfällt, sich vom Inhalt abgrenzen können oder sich mit diesem identifizieren oder ihn übernehmen. Analog zeigen Forschungsergebnisse aus Österreich, dass die Suizidberichterstattung auf bestimmte, latent gefährdete Personen einen deutlich erhöhten, auf andere Personengruppen

jedoch einen geringeren bzw. keinen Einfluss ausübt. Wenn biografische und soziale Ähnlichkeiten zwischen Modell (beschriebene Person im Medienbericht) und Rezipient/in bestehen und der Bericht eine/n Prominente/n betrifft, ist die Gefahr von Imitationssuiziden nach sensationsträchtiger Berichterstattung weiter erhöht.

Medienarbeit verhütet aktiv Suizid – der Papageno-Effekt

Medien können durch verantwortungsvolle Berichterstattung über Suizid nicht nur den wertvollen Beitrag leisten, Imitationseffekte zu verhüten, sondern darüber hinaus aktiv dazu beitragen, die Suizidraten zu senken. So zeigte sich in einer Untersuchung aus Österreich, dass Berichte die aufzeigen, wie Personen ihre Krise bewältigten, von einem Rückgang der Suizide gefolgt waren. In Anlehnung an Papagenos bewältigte Krise in Mozarts Zauberflöte wurde dieser Effekt *Papageno-Effekt* genannt.

Die Erklärung für den protektiven Medieneffekt beruht dabei (ähnlich wie die der Imitationseffekte) auf dem Modell der suizidalen Entwicklung: Da es im Laufe von suizidalen Krisen immer wieder zu einem Abwägen lebenserhaltender und suizidaler Impulse kommt, kann ein Bericht über positive Bewältigung / Auswege aus der Krise zum richtigen Zeitpunkt die lebenserhaltenden Impulse soweit stärken, dass essentielle Schritte zur Bewältigung der Krise gesetzt werden. Medien können daher einen überaus bedeutenden Beitrag im öffentlichen Bewusstsein leisten, indem eine seelische Krise nicht als schicksalhafte Krankheit ohne Veränderungsmöglichkeiten dargestellt wird, sondern als eine zeitlich begrenzte Phase tiefer Verzweiflung, die mittels konkreter Hilfe der Umwelt gelindert werden kann und auch Chancen der Neuorientierung beinhaltet. Eine neue Studie aus Österreich zeigte, dass derartige Inhalte selbst unter Personen mit erhöhter Vulnerabilität ausschließlich positive Effekte zur Folge hatten.

Eine extreme Zurückhaltung oder gar ein restriktives „Berichtverbot“ über Suizide zu empfehlen stellt keine wünschenswerte Lösung dar, da so die Realität dieser Thematik im öffentlichen Bewusstsein weiterhin tabuisiert würde. Ein Vergleich soll dies verdeutlichen: Wenn Journalistinnen und Journalisten über andere psychosoziale Probleme oder Erkrankungen wie z. B. eine Krebserkrankung berichten, ist der Bericht üblicherweise nicht allein auf Mortalitätsraten beschränkt, sondern es werden dabei ebenso verschiedenste Therapiemöglichkeiten und Behandlungserfolge erwähnt. Gerade bei der Berichterstattung über Suizidalität könnten derartige Berichte über Behandlungserfolge und Auswege aus der Krise dazu beitragen, Suizide aktiv zu verhüten.

Untersuchungen zu Online-Medien

Das Internet bietet eine Fülle von Quellen für Menschen an, die nach gesundheitsbezogenen Informationen suchen. Bedenkliche Inhalte und eventuell auftretende Imitationseffekte sind negative Aspekte des Internets, die auf keinen Fall verharmlost oder ignoriert werden dürfen. Auf der anderen Seite können durch das Internet auch Menschen Hilfe finden, die ansonsten keinen Zugang zu Hilfsressourcen haben.

Da die Qualität der Informationen gerade im Internet stark variiert und sowohl präventive Angebote als auch Webseiten bestehen, die Suizid als einen Ausweg „bewerben“, ist es notwendig festzustellen, welche Informationen Personen finden, die nach Suizid und Suizidprävention suchen, und welche Qualität diese Informationen haben.

Im Rahmen des vom FWF geförderten Projekts „Repräsentationen und Wirkungen suizidbezogener Websites“ (Projektnummer P23659-B11) werden am Zentrum für Public Health der MedUni Wien derzeit mehrere relevante Fragen bezüglich Online-Medien und Suizidalität behandelt. In einer repräsentativen Studie wurde im Rahmen dieses Projektes untersucht, welche Webseiten die beiden populärsten Suchmaschinen Google und Bing finden, wenn mit suizidbezogenen Begriffen sowie mit hilfsbezogenen Begriffen in Österreich und in den USA gesucht wird. Es zeigte sich in beiden Ländern, dass protektive Informationen (z. B. die Bekanntgabe von Hilfseinrichtungen) doppelt so häufig auf

den Webseiten vorkamen wie potentiell schädliche Informationen (z. B. Beschreibung von Suizidmethoden). Die Ergebnisse variierten stark mit dem jeweiligem Suchbegriff. Wenn mit methodenbezogenen Begriffen gesucht wurde, fanden sich wesentlich mehr schädliche Informationen im Vergleich zu hilfsbezogenen Suchbegriffen. Webseiten mit protektiven Charakteristika waren schlechter im Ranking der Suchmaschinen, d. h. weiter hinten in der Ergebnisliste vorzufinden als solche, die Suizid sensationsträchtig behandelten. Aus dieser Analyse lässt sich ableiten, dass Organisationen, die Präventionswebseiten anbieten, weiter daran arbeiten müssen, das Ranking ihrer Webseiten zu verbessern. Dafür stehen eine Reihe von relativ einfachen Verbesserungsmöglichkeiten zur Verfügung, wie z. B. die vermehrte Verlinkung mit anderen Seiten.

Ein weiterer Aspekt von Online-Medien, der in den letzten Jahren viel Aufmerksamkeit erhalten hat, ist jener der Suizidforen, in denen sich Menschen über psychische Probleme und Suizidalität austauschen. In mehreren Einzelfallstudien wurde berichtet, dass Online-Foren über Suizid suizidales Verhalten auslösen können, wenn darin Suizidmethoden beworben werden oder zum Suizid aufgefordert wird. Auf der anderen Seite konnten mehrere Studien auch zeigen, dass die meisten User/innen sich konstruktiv verhalten und versuchen, gegenseitig bestmöglich zu unterstützen. Die soziale Unterstützung in diesen Foren wird von den User/innen als genauso stark und wichtig empfunden wie jene von Freundinnen und Freunden im realen Leben.

Ausgewählte Referenzen

Niederkroenthaler T., Voracek M., Herberth A., Till B., Strauss M., Etzersdorfer E., Eisenwort B., Sonneck G. (2010). The role of media reports in completed and prevented suicide – Werther versus Papageno effects. *British Journal of Psychiatry*, 2010;197:234–243

Niederkroenthaler T., Fu K.W., Yip P., Fong D.Y.T., Stack S., Cheng Q., Pirkis J. (2012). Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicides: a meta-analysis. *Journal of Epidemiological Community Health*, 2012;66(11):1037-42

Niederkroenthaler T., Reidenberg D.J., Till B., Gould M. (2014). Increasing help-seeking and referrals for individuals at risk for suicide by decreasing stigma – The role of mass media. *American Journal of Preventive Medicine*, 2014;47:S235–43.

Till B., Niederkroenthaler T. (2014). Surfing for suicide methods and help: Content analysis of websites retrieved with search engines in Austria and in the United States. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2014;75:886–92.

Österreichischer Medienleitfaden zur Berichterstattung über Suizid: siehe <http://www.meduniwien.ac.at/hp/sozialmedizin/gesundheitsinformationen/suizidpraevention/> (16.1.2015)

Diskussionsprotokoll des Workshops

Monika Nowotny, Gesundheit Österreich GmbH

Medienberichterstattung: In der Diskussion wurde vertiefend auf die Medienberichterstattung eingegangen. Detailfragen zur Sensationsträchtigkeit eines Berichts und welche Ebenen mit zu bedenken sind (Platzierung des Artikels, Art der bildlichen Darstellungen, aber auch die Quantität der Berichte etc.) wurden geklärt und noch einmal auf die aktuellen Medienempfehlungen hingewiesen. Eine weitere Frage war, ob nicht eine abschreckende Darstellung einen antisuizidalen Effekt haben könnte, wenn das Gegenteil, nämlich die ästhetische Darstellung, nachweislich einen Nachahmungseffekt mit sich bringt. Bei der Berichterstattung sind nicht nur Werther- und Papageno-Effekt zu be-

rücksichtigen, sondern auch Retraumatisierungs- und Stigmatisierungseffekte, weshalb von abschreckenden Darstellungen abzuraten ist.

Eine weitere Taktik der Berichterstattung ist das Zitieren von Expertinnen und Experten, um den Berichten Seriosität zu verleihen. Hier darf von Seiten der Expertinnen und Experten der Hinweis auf die Medienempfehlungen nicht fehlen. *Das Ziel der Medienempfehlungen ist eine „verantwortungsbewusste Berichterstattung“, d. h. das Wissen um die Phänomene und Effekte des Geschriebenen.* Die aktuellen Medienempfehlungen finden sich auch unter: www.kriseninterventionszentrum.at

Neue Medien: Ein Diskussionspunkt war der Umgang mit Pro-Suizid-Foren: Sollen Pro-Suizid-Foren verboten werden? Wie kann man in den Foren professionell intervenieren? Wie bereits im Input dargestellt wurde, haben Pro-Suizid-Foren nicht nur negative, sondern auch positive Wirkungen, die bei der Beurteilung mit eine Rolle spielen sollten. Ein Verbot würde vermutlich ein Ausweichen der Interessentinnen und Interessenten auf Foren in anderen Ländern bzw. ein Ausweichen der Foren auf das Grey-Internet haben (Beispiel Australien). Bezüglich professioneller Interventionsmöglichkeiten in Pro-Suizidforen gibt es derzeit noch kein Rezept, aber in Social-Media-Foren wie z. B. facebook wird Suizidprävention (Meldung von suizidalen Inhalten an den Betreiber und Versenden von Email mit Hilfsangeboten an den User; beabsichtigtes und vorrangiges Listing von Hilfsangeboten bei Suchanfragen zum Thema Suizid) bereits diskutiert. Generell zur Frage der Kontrolle: Alle Foren haben administrative Regeln, und alle Anti-Suizid-Foren haben eine Moderation.

Ein weiterer Schwerpunkt waren die Auswirkungen der Medienberichterstattung auf die Angehörigen. Beiträge und Interviews können sehr belastend für Angehörige sein. Vorort ist es wichtig den Journalistinnen und Journalisten die situationsspezifischen Grenzen klar zu kommunizieren (z. B. keine Fotos von weinenden Angehörigen,...). Auch hier wird auf die aktuellen Medienempfehlungen hingewiesen.

Auf die Frage inwieweit Institutionen den Papageno-Effekt nützen können, erfolgte der Aufruf die Listing der Instituts-Homepages (mit Links zu Hilfsangeboten und suizidpräventiven Informationen) durch Verwendung von Meta-Tags, Integration von sozialen Medien, Erhöhung der Zahl von Links zu der Website und generelle Erhöhung der Bekanntheit der Marke (Institution) zu verbessern. Auch Personen, die Pro-Suizid-Foren suchen oder generell das Thema Suizid „googlen“ gelangen dadurch an Anti-Suizid-Seiten mit Informationen zu Bewältigung und Hilfsangeboten.

3.10 Workshop: Netzerkennung Gatekeeper-Training

Das SUPRA Gatekeeper-Training

Nestor Kapusta, Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie, MedUni Wien

Einleitung

In Österreich versterben jährlich etwa 1.300 Menschen an Suizid. Diese Zahl übersteigt jene der Verkehrstoten um das Zweifache (Kapusta 2012). Die Österreichische Suizidrate (pro 100.000 Bev.) liegt dabei im europäischen Vergleich im oberen Mittelfeld. Gegenwärtig ist vom Bundesministerium für Gesundheit ein landesweites Suizidpräventionsprogramm (SUPRA, Suizidprävention Austria) in Umsetzung begriffen. Darin soll nach einer entsprechenden Priorisierung der geplanten Maßnahmen neben anderen Schwerpunkten eine Schulung von Gatekeepern stattfinden, mit dem Ziel, die Erkennung und Behandlung von Personen mit Suizidrisiko in Österreich zu verbessern.

International evaluierte Suizidpräventionsprogramme weisen neben der Restriktion von Suizidmitteln insbesondere der Erkennung und Behandlung suizidaler Personen eine wichtige Rolle in der Suizidprävention zu (Mann et al. 2005). Die WHO formuliert als eines der Ziele des aktuellen Comprehensive mental health action plan 2013–2020, die Suizidrate bis 2020 in Mitgliedsländern um 10 Prozent zu reduzieren (Global target 3.2) und ersucht die Mitgliedsstaaten entsprechende Suizidpräventionsprogramme zu etablieren (WHO 2013).

Das von der WHO initiierte Projekt SUPRE (Prevention of suicidal behaviours) hebt hervor, dass die Unterstützung und Behandlung von Risikopersonen (support and treatment of populations at risk) in nationalen Suizidpräventionsprogrammen vorangetrieben werden sollte und die in der Primärversorgung und anderen Sektoren des Gesundheitssystems tätigen Personen diesbezüglich im Umgang mit suizidalen Personen geschult werden sollten (Training of primary health care workers and other sectors). Die von der WHO veröffentlichte Public health action for the prevention of suicide (WHO 2012) definiert mehrere Berufsgruppen, die entsprechende Schlüsselpositionen in der Suizidprävention haben (Gatekeeper) und welche daher einer Schulung unterzogen werden sollten. Zu diesen Personen zählen laut WHO:

- Primärversorger/innen (Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin)
- Psychosoziale Versorger/innen (Psy-Berufe, Sozialarbeiter/innen sowie Pflegepersonen)
- Notfallversorger/innen (Notfallabteilungen, Unfallabteilungen)
- Lehrer/innen und andere Personen im Schulbereich
- Polizei und andere Ersthelfer/innen (Rettungsdienst, Feuerwehr)
- Bundesheerbedienstete
- Mitarbeiter/innen der Sozialhilfe
- Religiöse Gruppierungen

Die WHO empfiehlt zudem, dass die Ausbildung von Gatekeepern einer kontinuierlichen, nachhaltigen Anstrengung bedarf sowie einer engmaschigen Überwachung und Evaluierung unterzogen werden sollte. Idealerweise sollte die Schulung im Umgang mit Risikopersonen als Teil einer Berufsausbildung in den Lehrplan integriert werden.

Zielgruppe dieses Projektes sind Gatekeeper, also Berufsgruppen, denen eine Schlüsselposition als Ansprechpartner/innen für betroffene Risikopersonen zugesprochen wird. Das vom Bundesministerium für Gesundheit mit österreichischen und internationalen Experten erstellte SUPRA Programm schlägt die die Notwendigkeit der Schulung folgender Berufsgruppen in Österreich vor (BMG 2011, S. 48):

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

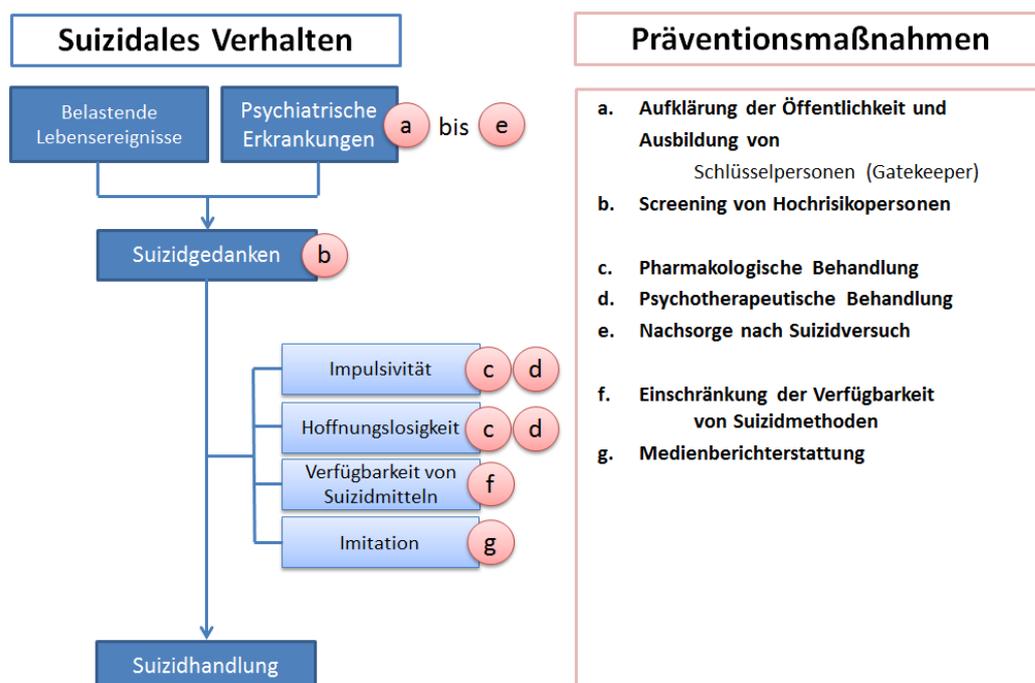
Vermittels der Schulung von Gatekeepern wird auch die eigentliche Zielgruppe der betroffenen Bevölkerung erreicht, also Personen die vom psychosozialen System erfasst werden, aber auch jene die mit der Exekutive und Militär (Strafvollzug, Noteinsätze, Großunfälle und Katastrophen etc.) in Kontakt kommen bzw. Personen in schwierigen sozialen Situationen (Jugendarbeit, AMS).

Zur Evidenz

Suizidalität ist meist Ausdruck psychischer Erkrankungen und psychosozialer Stressoren wie traumatischer Lebensereignisse (Evans et al. 2004). Suizidversuche (SV) und Nicht-Suizidales Selbstverletzendes-Verhalten (NSSV) stellen einen Risikofaktor für später tatsächlich vollzogenen Suizid dar (Cash & Bridge 2009). Während Suizidversuche häufiger im Jugendalter stattfinden sind vollzogene Suizide im höheren Lebensalter häufiger zu verzeichnen (Kapusta 2012).

Auf der Basis psychischer Erkrankungen und psychosozialer Krisen können Betroffene Suizidgedanken entwickeln und schließlich auch Suizidhandlungen durchführen (Mann et al. 2005). Die zeitliche Entwicklung hin zu Suizidhandlungen und bis zum Suizid erlaubt es Interventionen durch Helfer/innen zu setzen, um Suizidversuchen und Suiziden vorzubeugen (siehe Abb. 2).

Abbildung 14: Entwicklung von Suizidalität und Präventionsmaßnahmen (übers. nach Mann et al. 2005).



Mann et al, 2005

Die Idee der Schulung von Gatekeepern in der Suizidprävention wurde bereits von John Snyder (1971) in den USA in den 1970er Jahren empfohlen und seither mehrfach in Programmen umgesetzt. Neben der Empfehlung durch die WHO, werden Gatekeeper-Trainings auch in der Richtlinie *Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies* der UN (1996) als fixer Bestandteil nationaler Suizidpräventionsstrategien empfohlen.

International wurden auch bereits mehrere kommerzielle train-the-trainer Programme für Gatekeeper im angloamerikanischen Raum entwickelt und landesweit disseminiert, wie z. B. *Yellow Ribbon International for Suicide Prevention* (2007) oder das *Question Persuade and Respond Programme* (Quinnet 1995). Die Unterschiede in den psychosozialen Systemen der USA und Österreichs, ebenso wie andere lokale Gegebenheiten machen eine Adaptation bzw. Ausarbeitung eigener Trainingsmethoden mit Hilfe nationaler Expertinnen und Experten notwendig.

Eine rezente Übersichtsarbeit über die Wirksamkeit von Gatekeeper-Schulungen in der Suizidprävention (Isaak et al. 2009) zeigt, dass derartige Trainings, die im Ausmaß von einigen Stunden bis zu einigen Tagen angeboten werden, nachweislich positive Effekte hinsichtlich Wissen, Fertigkeiten und Haltung im Umgang mit suizidalen Personen erreichen. Die Evidenz bezieht sich vorwiegend auf Programme bei Lehrpersonen, Schulpsychologinnen und -psychologen, Peers (in Schulen), Laien aus der Bevölkerung und Allgemeinärztinnen bzw. -ärzte.

Der bedeutendste Nachweis der Wirksamkeit von Gatekeeper-Schulungen für die Suizidprävention ist die sog. *Gotland-Studie* (Rutz et al. 1995). Nachdem die Rolle der Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin in der Erkennung und Behandlung von depressiven Erkrankungen erkannt wurde, wurde 1983 auf der Insel Gotland ein zweitägiges Trainingsprogramm für alle Allgemeinärztinnen und -ärzte eingeführt. In den Jahren nach dem Trainingsprogramm verringerte sich die Zahl der Suizide von Patientinnen und Patienten die bei Allgemeinärztinnen bzw. -ärzten in Behandlung standen um 65 Prozent. Allerdings zeigte ein vier Jahre nach der Schulung folgender neuerlicher Anstieg der Suizidrate, dass die Effekte eines Trainingsprogramms zeitlich begrenzt sind und wiederholt angeboten werden sollten (Rihmer et al. 1995). Replikationen der Effekte solcher großflächigen Schulungsprogramme wurden mehrfach gemacht und zeigten ähnliche, wenn auch weniger starke Effekte (Henriksson & Isacson 2006; Althaus et al. 2007; Szanto et al. 2007).

In Nürnberg wurde im Jahr 2000 das Nürnberger Bündnis gegen Depression initiiert. Das Grundkonzept besteht aus einem 4-Ebenen-Aktionsprogramm, um die Versorgung depressiver Menschen und die Suizidprävention zu verbessern (Althaus et al. 2007). Dieses Aktionsprogramm beinhaltete auf Ebene 1 die Kooperation mit Hausärztinnen und -ärzten: Fortbildungen wurden durchgeführt, Lehrvideos für Hausärztinnen und -ärzte entwickelt, eine Telefonhotline eingerichtet, bei der die Möglichkeit bestand sich an Expertinnen und Experten der Universitätsklinik München zu wenden. Auf Ebene 2 standen PR-Aktivitäten und die Aufklärung der Öffentlichkeit im Vordergrund. Hierbei wurden Informationskampagnen mit den drei Botschaften „Depression kann jeden treffen“, „Depression hat viele Gesichter“ und „Depression ist behandelbar“ gestartet. Mit diesen sollte auf den großen Verbreitungsgrad, auf die Vielfalt der Erkrankung und die guten Behandlungsmöglichkeiten aufmerksam gemacht werden. Zusätzlich wurde eine Plakatserie entworfen, 150.000 Informationsflyer gedruckt, ein Kinospot gedreht und 43 öffentliche Veranstaltungen zum Thema organisiert. Ebene 3 beschäftigte sich mit der Zusammenarbeit von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wie Pfarrer, Lehrer/innen, Polizei, Altenpflegekräfte, etc. Es fanden Fortbildungsveranstaltungen zu den Themen „Depression“ und „Suizidalität“ statt, deren Hauptziele die Erkrankung zu erkennen und zu wissen, an wen weiterüberwiesen werden sollte, waren. Weiters wurde ein „Medienguide“ zur Berichterstattung über Suizid entwickelt.

In Ebene 4 ging es darum, Angebote für Betroffene und Angehörige zu verbessern. Es wurden mehr Selbsthilfeprogramme sowohl für Erkrankte als auch für Angehörige ins Leben gerufen. Eine „Notfallkarte“, die allen Patientinnen und Patienten nach einem Suizidversuch angeboten wurde, sollte ihnen

die Möglichkeit geben, sich zu jeder Zeit bei Ärztinnen bzw. Ärzten melden zu können, falls eine Krise auftreten sollte (Althaus et al. 2007).

Nach dem ersten Interventionsjahr konnte in Nürnberg ein Rückgang der suizidalen Handlungen (vorwiegend der Suizidversuche) um 19 Prozent festgestellt werden, nach dem zweiten Jahr lag der Rückgang bei 24 Prozent. Nach den positiven Ergebnissen wurde Ende 2002 der Verein „Deutsches Bündnis gegen Depression e.V.“ gegründet. Seitdem sind in Deutschland 40 lokale Bündnisse gegen Depression entstanden. Die Mitglieder verwenden das Konzept der Pilotstudie und können es an lokale Bedürfnisse und Gegebenheiten anpassen. Seit 2004 gibt es die *European Alliance Against Depression* (EAAD), der 17 Länder angehören. Auch hier basiert das Konzept auf dem 4- Ebenen-Aktionsprogramm. Auch in Österreich wurden Bündnisse in Tirol, der Steiermark, in Kärnten und in Wien gegründet (Hegerl & Schafer 2007), leider bisher ohne Evaluation.

Das SUPRA-Gatekeeper-Projekt ermöglicht eine einheitliche und koordinierte Vorgehensweise und nützt Synergie-Effekte. Derzeit bestehen zwar mehrere lokal begrenzte und bundesweit unkoordinierte Initiativen einzelner Organisationen mit dem Zweck, Gatekeeper zu schulen, diese können jedoch durch Bündelung von Ressourcen künftige Kosteneinsparungen erzielen. Zudem wird über eine einheitliche Vorgehensweise und unter einem in der Öffentlichkeit sichtbaren Namen „SUPRA Gatekeeper-Training“ eine verbesserte Dissemination und Aufmerksamkeit für das Thema erwartet. Ein einheitliches Schulungscurriculum ermöglicht schließlich auch eine einheitliche Evaluation der Schulungen und somit eine Messung der Wirksamkeit auf der Ebene des Wissens, der Fertigkeiten und der Haltung gegenüber suizidalen Personen.

Die im Zuge des Projekts entwickelten Konzepte und Lehrmaterialien werden nach Projektende im Zuge von SUPRA weiterverwendet und vervielfältigt. Die Materialien stehen den Kooperationspartnern und anderen interessierten Organisationen im Sinne der Nachhaltigkeit zur Verfügung.

Literatur

- Althaus D., Niklewski G., Schmidtke A., & Hegerl U. (2007). Changes in the frequency of suicidal behaviour after a 2-year intervention campaign. *Nervenarzt*, 78(3), 272-282.
- BMG (Hg) (2011). SUPRA – Suizidprävention Austria. Wien: BMG
- Cash S.J., Bridge J.A. (2009). Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior. *Current Opinion in Pediatrics*, 2009;21(5):613-9.
- Evans E., Hawton K., Rodham K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review* 2004; 24: 957–79.
- Hawton K. & van Heeringen K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373(9672), 1372-1381.
- Hegerl U. & Schafer R. (2007). From the Nuremberg Alliance Against Depression to a European network (EAAD)--extending community-based awareness-campaigns on national and European level. *Psychiatrische Praxis*, 34 Suppl 3, S261-265.
- Henriksson S. & Isacson G. (2006). Increased antidepressant use and fewer suicides in Jamtland county, Sweden, after a primary care educational programme on the treatment of depression. *Acta Psychiatr Scand*, 114(3), 159-167.
- Isaac M., Elias B., Katz L.Y., Belik S.L., Deane F.P., Enns M.W., Sareen J. (2009). Swampy Cree Suicide Prevention Team. Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2009;54(4):260-8.

- Kapusta N. (2012). Aktuelle Daten und Fakten zur Zahl der Suizide in Österreich 2011. [www.suizidforschung.at/statistik_suizide_oesterreich_2011.pdf] (16.1.2015)
- Mann J.J., Apter A., Bertolote J., Beautrais A., Currier D., Haas A., Hendin H. (2005). Suicide prevention strategies: A systematic review. *JAMA*, 294(16), 2064–74.
- Quinnet P. (1995). QPR for suicide prevention. Spokane (WA): QPR Institute
- Rihmer Z., Rutz W., & Pihlgren H. (1995). Depression and suicide on Gotland. An intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. *Journal of Affective Disorders*, 35(4), 147-152.
- Rutz W., von Knorring L., Pihlgren H., Rihmer Z. & Walinder J. (1995). Prevention of male suicides: lessons from Gotland study. *Lancet*, 345(8948), 524.
- Snyder J.A. (1971). The use of gatekeepers in crisis management. *Bull Suicidology*. 1971;8:39–44.
- Szanto K., Kalmar S., Hendin H., Rihmer Z. & Mann J.J. (2007). A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate. *Archives of General Psychiatry*, 64(8), 914-920.
- United Nations Department for Policy Coordination and Sustainable Development (1996). Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies. New York (NY): United Nations
- WHO (2012). Public health action for the prevention of suicide: a framework. World Health Organization, WHO Press, 2012. [http://www.who.int/mental_health/publications/prevention_suicide_2012/en/] (16.1.2015)
- WHO (2013). Comprehensive mental health action plan 2013–2020. World Health Organization. SIXTY-SIXTH WORLD HEALTH ASSEMBLY (Draft) A66/70, 24 May 2013. [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_70P-en.pdf] (16.1.2015)
- Yellow Ribbon Suicide Prevention Program (2007). Yellow Ribbon International for Suicide Prevention Westminster (CO): Yellow Ribbon Suicide Prevention Program. 2007. [www.yellowribbon.org] (16.1.2015)

Gatekeeper-Schulungen im Kriseninterventionszentrum Wien am Beispiel des Projekts „Suizidprävention in der Hausarztpraxis“

Thomas Kapitany und **Claudius Stein**, Kriseninterventionszentrum Wien

Suizidprävention, ein von der WHO priorisiertes Gesundheitsziel (WHO 2012), erachtet neben der Aufklärung der Öffentlichkeit und der Erschwerung des Zugangs zu Suizidmitteln als wichtige Maßnahme die Schulung sogenannter Gatekeeper. Gemeint sind Personen, die aufgrund ihrer beruflichen oder sozialen Rolle eher als andere die Möglichkeit haben, bestimmte Personengruppen mit einer Suizidgefährdung vor dem Setzen suizidaler Handlungen zu erreichen. Bei Gatekeepern werden Personen unterschieden, die in der primären Gesundheitsversorgung bzw. im psychosozialen Bereich tätig sind, und Personen, die einen nicht professionell helfenden beruflichen oder sozialen Zugang haben, wie z. B. Lehrer/innen oder Polizistinnen/Polizisten.

Professionelle Helfer/innen:

- Medizinische Primärversorger/innen (Allgemeinmediziner/innen, Hausärztinnen/-ärzte)
- Psychosoziale Versorger (Psychologinnen/psychologen, Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Sozialarbeiter/innen, Lebens- und Sozialberater/innen, Pflegepersonen)
- Notfallversorger/innen (Notfallabteilungen, Unfallabteilungen)

Nicht-professionell helfende Schlüsselpersonen:

- Lehrer/innen und andere Personen im Schulbereich
- Polizei und andere Einsatzkräfte (z. B. Feuerwehr)
- Militärangehörige
- Mitarbeiter/innen der Sozialhilfe
- Religiöse Gruppierungen

Seit dem ersten Bericht einer suizidpräventiven Schulung von Gatekeepern in den 1970er Jahren wurden bereits eine Reihe von Programmen weltweit etabliert (siehe Isaac et al. 2009). Untersuchungen der Effekte dieser Programme zeigten deutliche Ergebnisse einer Wirksamkeit zumindest in Hinblick auf die verbesserte Kompetenz der Gatekeeper bezüglich Erkennen und Einschätzen von Suizidalität und dem Umgang mit suizidalen Personen. Zu einem Teil konnten auch direkte positive Auswirkungen auf die Häufigkeit von suizidalen Handlungen in der Bevölkerung gezeigt werden (Mann et al. 2005).

Ein beispielgebendes Projekt auf der schwedischen Insel Gotland führte Schulungen im Erkennen und Behandeln von Depression für Hausärzte durch (Rutz et al. 1989). In der Folge kam es zu deutlichen Veränderungen in der Behandlungspraxis bei Depression (wie einer Verschiebung von Tranquillizer-Verschreibungen hin zu Antidepressiva-Verschreibungen), einer Abnahme von Krankenständen und Krankenhausbehandlungen wegen affektiver Erkrankungen, und schließlich zu dem beachtlichen Effekt des Rückganges der Suizidrate um etwa 60 Prozent für die ersten zwei Jahre nach den Schulungen. Auch in dem zunächst in Deutschland etablierten Projekt „Allianz gegen Depression“ wurde ein Rückgang suizidaler Handlungen (inklusive Suizidversuchen) um 25 Prozent berichtet (Althaus et al. 2007).

Das Wiener Kriseninterventionszentrum hat bereits in den 1980er Jahren auf der Grundlage des BELLA-Systems zur Durchführung von Krisenintervention (Sonneck 1985) mit Gatekeeper-Schulungen begonnen.

Gatekeeper-Schulungen des Kriseninterventionszentrums Wien u. a. im Rahmen der Projekte:³

- „Alter und Suizidalität“ (Mitarbeiter/innen der Wiener Pensionistenheime)
- „Exekutive und Suizidprävention“
- „Suizidprävention in der Hausarztpraxis“
- „Gatekeeper-Schulung für Mitarbeiter der Psychosozialen Zentren Steiermark“ (Kooperation mit GO-ON, Suizidprävention Steiermark)

In den Schulungen des Kriseninterventionszentrums werden, beruhend auf essentiellen Grundannahmen der Suizidprävention, wesentliche Skills für den Umgang mit Suizidalität vermittelt.

Zurzeit läuft unter anderem ein Schwerpunktprogramm, das sich mit der Rolle der Suizidprävention in der Hausarztpraxis beschäftigt (Kapitany 2012). Konkrete Inhalte der Hausärzteschulungen sind einerseits Fakten zu suizidalen Entwicklungen, Risikogruppen und Faktoren der Einschätzung von Suizidalität, also notwendiges Wissen zum Erkennen von Suizidgefährdung.

³ C. Stein, T. Kapitany, A. Hajdu, K. Schwarz, G. Tomandl, G. Sonneck; Kriseninterventionszentrum Wien

Zweites Thema ist die Etablierung einer vertrauensvollen, helfenden Beziehung und das Gespräch über suizidale Inhalte (Lebensüberdross, Suizidgedanken, -absichten, Warnsignale). Wir erachten es im Projekt „Suizidprävention in der Hausarztpraxis“ wie auch in den anderen Projekten als eine vorrangige Botschaft, zu ermutigen, über Lebensüberdross und Suizidgedanken mit Patienten/Patientinnen zu kommunizieren, wenn solche vorhanden sein können. Dadurch kann es gelingen, dass diese Menschen mit ihrer Suizidalität Hilfe finden und ihnen, wenn nötig, auch eine weitere Betreuung vermittelt werden kann. Herangehensweisen an eine gelungene Kommunikation und die Aufklärung in Hinblick auf bestehende Befürchtungen im Zusammenhang mit dem Thema Suizidalität sowie bestehende Tabuisierungen sind wichtige Schulungsinhalte.

Der dritte Teil umfasst den Einsatz von suizidpräventiven Maßnahmen und antisuizidalen Behandlungsstrategien/-interventionen, bei Hausärzten/-ärztinnen inklusive der Behandlungsoption mit antidepressiver Medikation.

Nicht zuletzt wird Kooperation und Vernetzung der Gatekeeper im psychosozialen Versorgungsfeld thematisiert. Für Schlüsselpersonen ist es wesentlich zu wissen, wohin sie sich im Falle einer Krisensituation einer Patientin / eines Patienten – besonders bei suizidaler Gefährdung – für eine weiterführende Versorgung wenden können. Indem auch die Grenzen der Möglichkeiten der/des Einzelnen und ihrer/seiner Verantwortung aufgezeigt werden, entsteht eine Entlastung, die es der Person erleichtert, gegenüber suizidgefährdeten Menschen aktiv zu werden.

Eine erste Evaluierung der Hausärzteschulungen zeigte gegenüber nichtteilnehmenden Ärztinnen und Ärzten deutliche Verbesserungen in der Interaktion mit suizidalen Patienten/Patientinnen gemessen mit dem SIRI (Suicide Intervention Response Inventory) (Neimeyer & Bonnelle 1997). Überprüft man im Anschluss an Gatekeeper-Schulungen die suizidpräventiven Effekte innerhalb eines längeren Beobachtungszeitraums, wurde in bisherigen Projekten ohne weiterführende Maßnahmen – z. B. nach dem Gotland-Projekt – zunehmend ein Rückgang der positiven Effekte beobachtet. Für das Hausärzteprojekt des Kriseninterventionszentrum bedeutet das, dass Gatekeeper-Schulungen im Bereich der medizinischen Primärversorgung langfristig weitergeführt werden sollen.

Wie bereits oben angeführt, hat sich das Kriseninterventionszentrum seit Beginn neben der präventiven intervenierenden Arbeit für Menschen in akuten psychosozialen Krisen – auf der Grundlage des eigenen Erfahrungsschatzes und der fachlichen Expertise – den oben beschriebenen Formen der Verbreitung suizidpräventiver Kompetenzen verschrieben. Diese Aktivitäten der Weitergabe von Kompetenz werden sowohl im Rahmen eigener Projekte als auch in der Vernetzung innerhalb der österreichischen Suizidpräventionslandschaft weiterhin betrieben. Dazu läuft im Rahmen von SUPRA aktuell ein Projekt, das der österreichweiten Bereitstellung von Schulungsmaterialien (Präsentationsfolien, Videomaterial und begleitende Broschüren) dient (Kapusta, Stein, Kapitany).

Literatur

- Althaus D., Niklewski G., Schmidtke A., Hegerl U. (2007). Changes in the frequency of suicidal behaviour after a 2-year intervention campaign. *Nervenarzt*, 78(3), 272-282.
- Isaac M., Elias B., Katz L.Y., Belik S.L., Deane F.P., Enns M.W., Sareen J. (2009). Swampy Cree Suicide Prevention Team. Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(4):260-8.
- Kapitany T. (2012). Suizidprävention. Die Rolle des Hausarztes. *Clinicum Neuropsy* 1/2012: 8-11.
- Mann J.J., Apter A., Bertolote J., Beautrais A., Currier D., Haas A. et al. (2005). Suicide prevention strategies: A systematic review. *JAMA*, 294(16), 2064–74.

Neimeyer R.A., Bonnelle K. (1997). The Suicide Intervention Response Inventory: a revision and validation. *Death Stud*, 21(1), 59-81.

Rutz W., von Knorring L., Walinder J. (1989). Frequency of suicide on Gotland after systematic post-graduate education of general practitioners. *Acta Psychiatr Scand*, 80(2):151–154.

WHO (2012). Public health action for the prevention of suicide: a framework. World Health Organization, WHO Press, 2012.

Diskussionsprotokoll des Workshops

Lea Feldkämper, Gesundheit Österreich GmbH

Einleitend stellt Nestor Kapusta dar, wie Suizidgedanken und suizidales Verhalten entstehen können und welche Einflussmöglichkeiten Gatekeeper haben. In Vertretung von Thomas Kapitany präsentiert er ebenfalls die Definitionen von „Gatekeepern“ und spannt einen Bogen von der Geschichte der Gatekeeper-Projekte über das Hausärzteprojekt des Kriseninterventionszentrums bis zum heutigen Workshop, der der Netzworkebildung für das laufende SUPRA-Gatekeeper-Trainingsprojektes dienen soll. Im Rahmen dieses Projektes werden Schulungsunterlagen für unterschiedliche Zielgruppen erarbeitet, die dann in ganz Österreich eingesetzt werden sollen.

Die Mehrheit der Workshop-Teilnehmer/innen ist selbst in der Suizidprävention tätig; basierend auf den eigenen Erfahrungen wird betont, dass unterschiedliche (auch Gatekeeper-)Zielgruppen unterschiedliche – oft spezifische – Angebote benötigen. Freiwillige und Laienhelfer/innen nehmen einen hohen Stellenwert im Kontext der Begleitung und Unterstützung suizidgefährdeter Personen ein, jedoch zeigt sich bei dieser Zielgruppe aufgrund des fehlenden Fachwissens sowie resultierender Unsicherheiten und Ängste ein Risiko zur Überforderung. Neben häufig mangelnder finanzieller Ausstattung sowie Zugangsbarrieren zu Laienschulungen wurde auf die Wichtigkeit einer adäquaten Sprachgestaltung (professionell, aber allgemein verständlich) entsprechender Trainings hingewiesen. Den inhaltlichen Schwerpunkt sollte die Vermittlung von Basiswissen zum Umgang mit suizidalen Menschen bilden. Ein besonderes Augenmerk liegt in diesem Zusammenhang auf dem Bewusstmachen von Grenzen der Laienarbeit und dem Aufzeigen weiterführender, professioneller Hilfsangebote. Im BELLA-Konzept zur Krisenintervention, auf welchem das Gatekeeper-Training basiert, wird eine gewünscht niederschwellige Beratungsform aufgegriffen, die sich erfahrungsgemäß auch für Expertinnen und Experten eignet.

Als eine weitere bedeutende Zielgruppe wird auf schulisches Lehrpersonal aufmerksam gemacht. Hier gilt es, die Wahrnehmung für die Thematik „Suizid“ zu schärfen und ebenso wie bei den Laienhelfer/innen einen Überblick über das psychosoziale Hilfesystem zu liefern. Psychosoziale Gesundheit stellt bislang lediglich ein Randthema in der Ausbildung von Lehrern/ Lehrerinnen dar, sodass großer Bedarf hinsichtlich einer Implementierung von Suizidprävention in das Curriculum herrscht.

Kein geringeres Interesse sollte dafür bestehen, Kinder suizidgefährdeter Eltern sowie weitere Angehörige durch Trainings zu erreichen und zu unterstützen. Eine Kooperation mit Schulen zeigt sich hier erstrebenswert.

Überdies steht fest, dass suizidale Personen ihre Hausärztin / ihren Hausarzt unmittelbar vor ihrem Suizid vermehrt aufsuchen, sodass eine Schulung der Allgemeinmedizinerschaft zur Senkung der Suizidrate beitragen kann. Den inhaltlichen Fokus bilden Kenntnisse zur richtigen Gesprächsführung, das Wissen über Vernetzungsmöglichkeiten sowie rechtliche Grundlagen. Nach Möglichkeit sollten begleitende Supervisionen angeboten werden. Insgesamt erweist sich die Versorgungssituation in Österreich einerseits aufgrund langer Wartezeiten bei Psychotherapeut/innen, andererseits wegen der unzureichenden Kassenfinanzierung als schwierig.

Es wird darauf verwiesen, kulturelle Aspekte über alle Zielgruppen hinweg bei der Konzeption eines Gatekeeper-Trainings zu berücksichtigen und gegebenenfalls Materialien mehrsprachig herzustellen. Eine differenzierte Gestaltung nach Berufsgruppen sollte ebenfalls in Erwägung gezogen werden.

Abschließend geben Nestor Kapusta und Alexander Grabenhofer-Eggerth bekannt, dass es noch dieses Jahr im Rahmen des SUPRA-Gatekeeper-Projektes ein Treffen für Interessierte geben wird und dass alle Tagungsteilnehmer/innen dazu eine Einladung erhalten werden.

3.11 Podiumsdiskussion: Suizidprävention Austria (SUPRA) – Perspektiven der Umsetzung

Es diskutierten: **Magdalena Arrouas**, BMG

Johannes Gregoritsch, Hauptverband der Sozialversicherungsträger

Christian Haring, SUPRA

Susanna Krainz, Psychiatriekoordinatorin Gesundheitsplattform Steiermark

Johannes Wancata, Medizinische Universität Wien

Moderation: **Gabriele Sax**, Gesundheit Österreich GmbH

Protokoll: **Monika Nowotny**, **Alexander Grabenhofer-Eggerth**, Gesundheit Österreich GmbH

Was sind die besonderen Herausforderungen für die Vernetzung?

Christian Haring betont, dass es Ziel der Vernetzung ist, möglichst viele ins Boot zu holen, jede/r die/der rudern will, soll Platz haben; die Kontaktstelle an der GÖG ist hierfür geschaffen worden und erste Anlaufstelle.

Susanna Krainz erläutert, dass es in der Steiermark schon seit Langem verschiedene Initiativen gibt, die sich derzeit ein Mal im Jahr bei einem Vernetzungstreffen (Runder Tisch) austauschen. Die hier entstehenden Impulse werden umgesetzt und mittels Newsletter an Verwaltung und Versorgung weitergeleitet, um die Projekte einem breiten Umfeld ins Bewusstsein zu rufen. Die Herausforderung in der Vernetzung ist, alle Ebenen einzubeziehen – also ins Boot zu holen – und zu schauen, dass Initiativen nicht auf dem Weg verloren gehen.

Der Hauptverband der Sozialversicherungsträger ist ein wichtiger Netzwerkknoten im österreichischen Gesundheitssystem. Beim Hauptverband gab es in der jüngeren Vergangenheit einen wichtigen Anschauungswechsel, erklärt Johannes Gregoritsch: Weg von der Rolle bloß als „Zahler“, der sich primär um die Abrechnungskontrolle bemüht, hin zur vermehrten Beschäftigung mit den Inhalten der Leistungen und Bereiche, insbesondere auch dem Thema psychische Gesundheit (s. Psychische Gesundheit. Strategie der Österreichischen Sozialversicherung⁴). Auch die Kommunikationsstruktur, früher im Rahmen von Vertragsverhandlungen eher sektoriert, hat sich in Richtung Zusammenarbeit und Vernetzung verändert. Durch die Zusammenschau der Partner/innen können ganz andere Ergebnisse erzielt werden (Ein Zwischenergebnis ist z. B. die Erkenntnis, dass es zu wenig Psychotherapieangebote gibt, und nun an gezielterer Zuweisung gearbeitet wird). Mittlerweile steht das Thema Vernetzung ganz oben auf der Liste.

4

<http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?&contentid=10008.564642&action=b&c&acheability=PAGE> (16.1.2015)

Johannes Wancata stellt fest, dass es in Österreich in der psychosozialen Versorgung und der Prävention viele Einzelinitiativen gibt, die besser koordiniert werden sollten. Es gibt in den einzelnen Bundesländern ganz unterschiedliche Schwerpunktsetzungen, hier wäre die Erarbeitung von Minimalstandards wünschenswert.

Gesundheit als Querschnittsthematik im Sinne der Health in All Policies ist eine Herausforderung für das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und Vernetzung ist das dazugehörige Instrument für intersektorale Zusammenarbeit, erläutert Magdalena Arrouas. Die SUPRA-Kontaktstelle und das SUPRA-Expertengremium sind von diesem Vernetzungsgedanken getragen. Seit kurzem ist auch das Bildungsressort im Expertengremium vertreten, da es besonders wichtig ist, die Kinder und Jugendlichen zu erreichen. Weitere Einbindungen, wie z. B. das Infrastrukturministerium für verstärkte Kontrolle der Suizidmittel, und eine verstärkte Einbindung des Sozialressorts wären noch wichtig. Auch eine Vermehrung der Netzwerkknoten und ein besonderes Augenmerk auf die Nachhaltigkeit der Vernetzung sind wesentlich, die aktuelle Tagung könnte als Initialzündung dienen.

Was ist kurz- bis mittelfristig umsetzbar?

Haring: Wichtig ist es, einen höheren Durchdringungsgrad in der Bevölkerung zu erreichen. Im Bereich der Schulen gibt es beispielsweise die Möglichkeit, an die bereits vorhandenen Strukturen und Kooperationen im Rahmen der Suchtprävention mit Suizidpräventionsschulungen anzuknüpfen. Auch die bundesweite Ausdehnung von vorhandenen Projekten wie SEYLA (Saving and Empowering Young Lives in Austria), die Dissemination der Broschüre für ältere Menschen und die Erstellung bundesweit einheitlicher Unterrichtsmaterialien für Gatekeeper sind in Arbeit. In Tirol könnte man noch die Vernetzung vor Ort umsetzen und Informationen zu erfolgreichen Projekten aus anderen Bundesländern (z. B. Steiermark) einholen.

Gregoritsch: Nachdem die Verhandlungen zu einem Gesamtvertrag im Bereich Psychotherapie im Jahr 2000 gescheitert sind, gab es den Auftrag, alternative Sachleistungen aufzubauen. Von Seiten des Hauptverbandes wäre es wichtig, den Betroffenen mehr Informationen in Form von zentralen Informations- und Anlaufstellen bereitzustellen. Eine Clearingstelle für Psychotherapie von der Gebietskrankenkasse gemeinsam mit den Versorgungsvereinen wäre ein denkbare Modell. Dies hätte den Vorteil, dass die sofortige Hilfe z. B. über Ambulatorien sichergestellt werden könnte und Wartezeiten bei speziellen Problemstellungen mit begrenzten Ressourcen durch alternative Unterstützungsangebote (z. B. Gruppentherapien) überbrückt werden könnten. Ein weiterer wesentlicher Punkt ist die Verankerung der psychischen Kompetenz in der Primärversorgung, insbesondere im ländlichen Bereich. Bei kurz- und mittelfristig umsetzbaren Strategien wäre auch an niederschwellige suizidpräventive Maßnahmen und verhältnispräventive Maßnahmen (z. B. in Anlehnung an die Beschilderung rund um die Golden Gate Bridge in San Francisco) zu denken.

Arrouas: Über die SUPRA-Kontaktstelle und das SUPRA-Expertengremium sollen Netzwerkplattformen initiiert und ein Umsetzungskonzept zum SUPRA-Programm als Unterstützung für die Bundesländer entwickelt werden.

Krainz: In der Steiermark wird die Ausweitung der Suizidpräventionsprojekte auf weitere Bezirke angestrebt.

Wancata: Die Wissenschaft kann einen Beitrag leisten, indem verstärkt den Fragestellungen nachgegangen wird, wie Medien mit der Thematik umgehen sollen und wie die Aufklärung besser erfolgen kann. Auch an die Verbreitung von wissenschaftlichen Inhalten (z. B. aus der Neuropsychiatrie) soll gedacht werden. Effektivitätsfragen und die Erreichbarkeit der Zielgruppen sind ebenfalls für die Wissenschaft spannend, auch der Zusammenhang des Rückgangs von Suiziden mit dem Ausbau von Psychotherapie und medikamentösen Behandlungen. Wenn die Suizidrate weiter sinken soll, wird man mehr Kapazitäten in den genannten Versorgungsstrukturen benötigen. Eine kurzfristig umsetz-

bare suizidpräventive Maßnahme wäre die Bereitstellung von Links zum Thema Suizid und Kontaktinformationen für Hilfesuchende auf den Institutshomepages.

Publikumsbeteiligung: Wer fehlt? Wer soll noch ins Boot?

Aus dem Auditorium wurden abschließende folgende Punkte eingebracht:

- Die SUPRA-Kontaktstelle erstellt eine Projektdatenbank, in der alle Suizidpräventionsprojekte in Österreich gespeichert werden sollen. Im Rahmen des Basisberichts 2013 konnte bereits eine erste Sammlung von Projekten erfolgen. Diese soll nun um bereits laufende und neue Projekte erweitert werden. Daher erfolgt der Aufruf, alle suizidpräventiven Projekte bitte an die SUPRA-Kontaktstelle zu melden.
- Die Bedeutung von lokalen Initiativen und Kooperationen wie jene mit der Landwirtschaftszeitung und der Bauernkrankenkasse in der Steiermark werden betont.
- Betroffenenorganisationen sollten verstärkt eingebunden werden.
- Die Verbesserung der Zugänglichkeit zu kassenfinanzierter Psychotherapie ist von zentraler Bedeutung.
- Im Sinne der Vernetzung (Solidarisieren statt Rivalisieren) kann es besser sein, statt von einem Boot von einer ganzen Flotte zu sprechen – es sollte nicht überkoordiniert werden, denn es sollte ja auch die Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Angeboten erhalten bleiben.
- Die Patientinnen und Patienten sollten immer im Mittelpunkt stehen.
- Die Schulsozialarbeit und Schulärztinnen und –ärzte sollten einbezogen werden.
- Die Kooperation mit der Suchtprävention ist sehr wichtig, da einerseits Lebenskompetenz-Programme auch suizidpräventiv wirken und andererseits auf bestehende Strukturen zurückgegriffen werden könnte (in Tirol und nun auch in Vorarlberg gibt es bereits eine enge Kooperation – die ARGE Suchtvorbeugung ist auch im SUPRA-Expertengremium vertreten).

www.bmg.gv.at

Dieser Nachfolgebericht zum gleichnamigen Basisbericht 2013 liefert ein Update über die Zusammenschau der wichtigsten verfügbaren Zahlen, Daten und Fakten zu Suiziden in Österreich. Der zweite Teil dieses Berichts stellt den Tagungsband zur SUPRA-Vernetzungstagung Suizidprävention in Österreich – Status Quo und Perspektiven – dar.