

SUPRA

Suizidprävention Austria - Kurzfassung

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

Die Suizidprävention in Österreich blickt auf eine rund 100 jährige Geschichte zurück. Bereits 1910 wurde von der Wiener Rettungsgesellschaft Betreuung für Menschen nach Suizidversuch angeboten. Diese und nachfolgende Initiativen durchlebten ein wechselhaftes Schicksal, ab 1947 sind durchgehend suizidpräventive Aktivitäten zu verzeichnen. Seit Ende der 40er Jahre des vorigen Jahrhunderts gibt es suizidpräventive Ansätze in der WHO, die jedoch in Europa erst 1980 (Health for All in the Year 2000, Target 12) Suizidprävention ausdrücklich anspricht. Fortsetzungen finden sich in „Gesundheit 21“ (1999). Zu dieser Zeit wurde auch der österreichische Suizidpräventionsplan (SPA) der Öffentlichkeit vorgestellt (Sonneck 2000). Er stützte sich auf Vorschläge der UNO (Prevention of Suicide: Guidelines for the formation and implementation of national strategies, 1996) und auf Erfahrungen, die andere Länder mit ihren nationalen Programmen gemacht hatten. 2001 übernahm das WHO/EURO Network on Suicide Research and Prevention die Patronanz für derartige Aktivitäten. 2005 empfahl die Europäische Regionalversammlung der WHO die Implementierung nationaler Programme zur Verhütung von Selbstschädigung, eine Resolution, die 2007 durch den EU-Ministerrat bekräftigt wurde. In österreichische Suizidpräventionsplan (SPA) sind die WHO-Präventionsstrategien (2006), Restriktion von Suizidmitteln, Behandlung von psychisch Kranken, Betreuung nach Suizidversuch, verantwortungsbewusste Berichterstattung und spezifische Schulung von Gesundheitspersonal, enthalten.

Die österreichische Bundesregierung bekennt sich dazu, die Suizidprävention weiter auszubauen. Basierend auf dem SPA wurde von führenden Experten nun das Konzept **SUPRA – Suizidprävention Austria** erarbeitet. Das nun vorliegende Konzept stellt die Basis für die Entwicklung einer nationalen Suizidpräventionsstrategie dar. In einem ersten Schritt wurde an der Gesundheit Österreich GmbH eine Kontaktstelle für Suizidprävention eingerichtet die - in enger Kooperation mit einem Expertengremium - die Umsetzung dieses Konzeptes unterstützen und begleiten soll. Ziel ist es, in Österreich eine nachhaltige und qualitativ hochwertige Suizidprävention sicherzustellen.

Generelle und spezielle Prävention

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

Arbeitsgebiete der Suizidprävention

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

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

1. Schaffung von erhöhtem Bewusstsein und Wissen

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

2. Unterstützung und Behandlung

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

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

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

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

- Unterstützung für Kinder aus Familien mit Suizidproblemen und Beratung von Hinterbliebenen nach Suizid.

3. Zielgruppe: Kinder und Jugendliche

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

Gesundheits- und medizinische Betreuungseinrichtungen, Sozialarbeit: Die Angebote sollten niederschwellig, anonym und sofort erreichbar sein:

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

4. Zielgruppe: Erwachsene

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

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

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

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

5. Suizidprävention im Alter

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

Soziale- und Ehe-/Beziehungsprobleme: Verständnis und Hilfe im Umgang mit der sozialen Situation und Ehe-/Beziehungsproblemen von älteren Menschen, z. B.:

- Erleichterungen für ältere Leute, damit diese ihre intellektuellen, emotionalen und sozialen Ressourcen angemessen einsetzen können (z. B. Gleitpension);
- Enttabuisierung der Altersehe und -partnerschaft (Sexualität) im Alter;

- Umgang mit Krisenreaktionen sowie mit depressivem und suizidalem Verhalten in höherem Alter;
- Verstärkte Kooperation zwischen verschiedenen Organisationen, um sanfte Übergänge zu den verschiedensten Betreuungsformen alter Menschen sicherzustellen;
- Entwicklung und Einrichtung von sozialen und medizinischen Diensten für Betreuung, Pflege und Beistand von Menschen in der chronischen Lebens- Sterbens-Phase einschließlich angemessener palliativer Maßnahmen.

6. Gruppen mit erhöhtem Risiko

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

Gesundheits- und medizinische Betreuung, Sozialarbeit: Ein aktives Kontaktieren der Risikogruppen soll zu einem besseren Verständnis für ihre spezifische Situation bzw. Problemlage beitragen, insbesondere wie die Betroffenen selbst mit Krisen oder Konflikten umgehen können; weiterer Ausbau von Organisationen, die sich speziell mit diesen Risikogruppen befassen.

7. Schulung und Entwicklung

Schulung im Umgang mit Risikogruppen muss gewährleistet sein. Darüber hinaus sind Lehrmethoden in Suizidprävention zu entwickeln, insbesondere Trainings für Lehrende, die in den verschiedenen Bereichen arbeiten.

- Ausbildung in Hinblick auf krisenhafte Entwicklungen, psychische Schwierigkeiten und Suizidprävention von unterschiedlichen Zielgruppen (Lehrkräfte, Sozialarbeiter/innen, Krankenpfleger/innen, Psychologen/innen, Psychotherapeuten/innen, Ärzte/innen, Geistliche etc.), aber auch von bestimmten anderen „wachenden“ Berufen wie z. B. Polizei, Rettung, Bundesheer und Sicherheitswachebeamte/innen.

8. Reduzierte Erreichbarkeit und Verfügbarkeit von Suizidmitteln

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

Waffen: restriktive Politik bezüglich Waffenbesitz.

Medikamentenverordnungen: passende Formen und Packungsgrößen; vorsichtige Verschreibegewohnheiten und sorgfältige Nachkontrolle.

9. Nationale Expertise

Errichtung und Weiterentwicklung von Zentren für Suizidforschung und –verhütung und effektives epidemiologisches Monitoring.

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

Qualitätssicherung: Höhere Priorität der Suizidforschung und Festlegung vorrangiger Forschungsbereiche mit folgenden Aufgaben:

- Initiierung und Durchführung von Untersuchungen speziell zu Suizidrisikofaktoren;

- Entwicklung von Methoden, um generelle, indirekte und direkte Suizidprävention zu implementieren;
- Erarbeitung von Evaluationsinstrumenten, um die Effekte von Schulung, Fortbildung und Information zu überprüfen;
- Aufbau von Netzwerken von Institutionen und Personen, die wissenschaftlich und praktisch in der Suizidprävention arbeiten;
- Informationstätigkeit in Bezug auf Diagnostik, Behandlung und Prävention für Betreuungspersonal, Öffentlichkeit und politische Entscheidungsträger/innen.

10. Gesetzliche Voraussetzungen

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

Umsetzung von SUPRA

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