



BUNDESMINISTERIUM
FÜR GESUNDHEIT

Suizid und Suizidprävention in Österreich

Basisbericht 2013



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:

Nestor Kapusta
Alexander Grabenhofer-Eggerth
Victor Blüml
Jakob Klein
Nicole Baus
Julia Huemer

Unter Mitarbeit von:

Joachim Hagleitner
Gernot Sonneck
Karl Hruby
Veronika Schmiech

Druck:

Druckerei des BMG, 1030 Wien

Internet:

www.bmg.gv.at

Titelbild:

alko - sxc.hu

Erscheinung:

Februar 2014

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!

Keine Todesart löst so viel Betroffenheit aus und stellt für Angehörige sowie das weite Umfeld eine so große Belastung dar wie die Selbsttötung.

Als Gesundheitsminister sehe ich das Befassen mit Suiziden, Suizidumständen und Suizidprävention als eine wichtige gesellschaftspolitische Aufgabe. Das Thema Suizid ist zu wichtig und immer wieder aktuell, um es zu tabuisieren und nicht zu thematisieren.



Im Jahr 2012 habe ich die Einrichtung der Kontaktstelle zur Suizidprävention an der Gesundheit Österreich GmbH in Auftrag gegeben, um in enger Kooperation mit einem Team von Expertinnen und Experten das bereits entwickelte Suizidpräventionsprogramm für Österreich (SUPRA) umzusetzen und eine qualitativ hochwertige nationale Suizidberichterstattung aufzubauen.

Der heuer erstmals erscheinende österreichische Bericht zu Suizid und Suizidprävention gibt nicht nur einen Überblick aller verfügbaren Daten zu Suiziden in Österreich, sondern analysiert auch Daten der österreichischen Vergiftungsinformationszentrale (VIZ) zu Suizidversuchen durch Vergiftungen. Ein besonderer Schwerpunkt wurde auf alters- und geschlechtsspezifische Aspekte von Suizidalität gelegt.

Mit dem vorliegenden Bericht möchte ich einen nachhaltigen Beitrag zur Reduktion der Tabuisierung suizidalen Verhaltens in unserer Gesellschaft leisten sowie durch gezielte Maßnahmen den Suizid auf ein Minimum zurückdrängen.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Alois Stöger', written in a cursive style.

Alois Stöger
Bundesminister für Gesundheit

Kurzfassung

Im Jahr 2012 wurde an der GÖG die **Kontaktstelle zur Suizidprävention** eingerichtet. Sie hat im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) in enger Kooperation mit einem Expertengremium die Suizidprävention in Österreich voranzutreiben. Eine der Kernaufgaben dieser Kontaktstelle im Rahmen der Umsetzung des nationalen **Suizidpräventionskonzepts** (SUPRA) ist es, eine dauerhafte und qualitativ hochwertige nationale Suizidberichterstattung aufzubauen. Der heuer erstmals erscheinende österreichische Suizidbericht soll die Basis dafür darstellen.

Im Jahr 2012 starben in Österreich 1.275 Personen durch Suizid. Das bedeutet, dass die **Zahl der Suizidtoten mehr als doppelt so hoch** ist wie beispielsweise jene der **Verkehrstoten** (554 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.

Mit einer **Suizidrate** von 12,8 pro 100.000 Einwohner (Durchschnittswerte der Jahre 2007–2011) liegt Österreich **im europäischen Mittelfeld**. Gründe für den Rückgang der Suizidraten seit den 1980er Jahren sind u. a. der Ausbau der psychosozialen Versorgung in Österreich, neue Antidepressiva und eine steigende Inanspruchnahme von Hilfsangeboten im Zuge einer Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen. Im Querschnitt der letzten zehn Jahre finden sich die höchsten Suizidraten in der Steiermark, in Kärnten und Salzburg. In Wien und im Burgenland sind die Suizidraten österreichweit am niedrigsten. Seit Mitte der 1980er Jahre kam es in allen Bundesländern zu einer Abnahme der Suizidraten, wobei sie in städtischen Regionen tendenziell stärker zurückgingen als in ländlichen.

Über alle Altersgruppen gerechnet, haben **Männer ein mehr als dreifach höheres Suizidrisiko als Frauen**; in jüngeren Jahren und im hohen Alter ist dieses Verhältnis noch stärker ausgeprägt. Bei beiden Geschlechtern steigt das Suizidrisiko mit dem Alter. Das Suizidrisiko ab dem 75. Lebensjahr ist mehr als doppelt, ab dem 85. Lebensjahr etwa dreimal so hoch wie das der Durchschnittsbevölkerung. Entsprechend der Altersverteilung der Bevölkerung fallen in Absolutzahlen aber die meisten Suizide in die Altersgruppen zwischen 40 und 60 Jahre. Bei Kindern und Jugendlichen ist das Suizidrisiko am geringsten, jedoch zählt der Suizid neben tödlichen Unfällen zu den häufigsten Gründen für vorzeitigen Tod bei Jugendlichen.

Die häufigste in Österreich angewandte **Suizidmethode** ist das Erhängen (45 % aller Suizide im Jahr 2012). An zweiter Stelle liegt das Erschießen, gefolgt von Sprung aus der Höhe, Vergiften und Ertrinken.

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. 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.

Um einen Einblick in diesen Bereich zu erlangen, wurden für den vorliegenden Bericht erstmals die Zahlen zu intentionalen **Selbstvergiftungen** der an der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) beheimateten österreichischen Vergiftungsinformationszentrale (VIZ) analysiert: Im Untersuchungszeitraum 2002–2012 gingen jährlich etwa 2.200 Anrufe zu intentionalen Intoxikationen von Menschen ein, bei denen von einem Suizidversuch ausgegangen werden kann. Mehr als zwei Drittel der Intoxikationen betrafen Frauen. Bei rund 50 Prozent aller Selbstvergiftungsversuche wurden trotz Einnahme von Substanzen keine Vergiftungssymptome beobachtet. Bei 16 Prozent der Fälle wurden mittelschwere

bis schwere Vergiftungszeichen beschrieben. Seit 2008 ist eine Zunahme von schweren Vergiftungsfällen zu beobachten. Die meisten Suizidversuche werden vorwiegend mithilfe sedierender Substanzen wie Antipsychotika, Sedativa und Hypnotika, gefolgt von nichtsteroidalen Antiphlogistika und Antirheumatika sowie Antidepressiva unternommen. Häufig beobachtet wurden Mischintoxikationen, u. a. auch mit Alkohol.

Suizidprävention in Österreich

Das im Herbst 2012 vom BMG präsentierte österreichische **Suizidpräventionskonzept SUPRA** nennt zehn Arbeitsbereiche der Suizidprävention. Jeder Bereich hat spezifische Aufgaben, die jeweils von unterschiedlichen Personen, Personengruppen, Interessengemeinschaften und Institutionen übernommen werden können. Diese zehn Bereiche sind:

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.

Um erstmals einen **Überblick** über die vielfältigen suizidpräventiven **Aktivitäten** in Österreich geben zu können, wurde von der GÖG eine **Online-Befragung** unter österreichischen Expertinnen und Experten durchgeführt. Diese wurden ersucht, einen Fragebogen zu aktuellen Projekten in ihren Bundesländern auszufüllen, die sich explizit dem Thema Suizidprävention widmen. Insgesamt wurden 37 Projekte gemeldet, das Spektrum dieser Projekte ist breit gefächert und umfasst die Bereiche 1 bis 9 des SUPRA-Konzepts, wobei zahlreiche Projekte auf mehrere Bereiche von SUPRA abzielen.

Überdies verankerte der Österreichische Presserat im Jahr 2012 in Anlehnung an andere europäische und internationale Vorbilder eine verantwortungsvolle Medienberichterstattung über Suizide im Ehrenkodex der österreichischen Presse.

Inhalt

Vorwort	3
Kurzfassung	4
1 Einleitung	7
2 Daten zu Suiziden in Österreich	9
2.1 Suizide in Österreich.....	9
2.2 Häufigkeit der Todesursache Suizid im Vergleich zu anderen Todesursachen	10
2.3 Suizidraten im europäischen Vergleich	11
2.4 Suizidraten im Bundesländervergleich	12
2.5 Stadt-Land-Unterschiede.....	13
2.6 Suizidmethoden in Österreich	13
2.7 Psychosoziale Versorgung und Suizidraten	14
2.8 Suizidversuche	15
3 Daten der Vergiftungsinformationszentrale zu intentionalen Selbstvergiftungen	16
3.1 Daten zur Inanspruchnahme	16
3.2 Schweregrade der Suizidversuche durch Vergiften	19
3.3 Verwendete Substanzen.....	20
3.4 Bedeutung für die Suizidprävention.....	22
4 Schwerpunkt Kapitel: Alters- und geschlechts-spezifische Aspekte von Suizidalität	23
4.1 Altersspezifische Verteilung von Suiziden in Österreich	23
4.2 Geschlechtsspezifische Verteilung von Suiziden in Österreich	25
4.3 Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen.....	25
4.4 Suizidversuche und selbstverletzendes Verhalten bei Kindern und Jugendlichen	26
5 Suizidprävention in Österreich	29
5.1 Befragung zu suizidpräventiven Projekten in Österreich	29
5.2 Medienrichtlinien zur Berichterstattung über Suizide	31
6 Literatur	33
7 Anhang A: Österreichische Projekte zur Suizidprävention	37
8 Anhang B: Notrufe/Akuthilfe 0–24 Uhr	74

1 Einleitung

Der Mensch ist im Laufe seines Lebens unweigerlich mit Problemen und Krisen konfrontiert. In der Regel gelingt es, Lösungen zu finden und Krisenzeiten allein oder mit Hilfe anderer Personen zu überwinden. Gelegentlich können Krisen jedoch so akut und einengend sein, dass sich kein Ausweg zeigt. In dieser Hoffnungslosigkeit können Suizidgedanken auftreten, und Suizid kann aufgrund der eingegengten Wahrnehmung als letzter Ausweg erscheinen (Ringel 1953). Suizidgedanken können aber auch beiläufig auftauchen oder Gegenstand philosophischer Überlegungen sein. Sie sind nichts Ungewöhnliches, und jeder Mensch hat vermutlich schon einmal in seinem Leben über Suizid nachgedacht oder an Suizid gedacht. Die wichtigste Frage ist daher, ob solche Gedanken von Hoffnungslosigkeit begleitet sind und auch mit Suizidabsichten einhergehen. Dies wird in der Regel als Suizidalität bezeichnet und lässt sich häufig nur in einem persönlichen Gespräch mit einem anderen Menschen klären.

Wenn zu Suizidideen auch Vorbereitungen kommen oder sogar Suizidversuche unternommen werden, so sind dies Zeichen eines massiven psychischen Leidensdrucks. Hier bedarf es der Hilfe durch Gespräche oder auch einer vorübergehenden medikamentösen Unterstützung. Die Erfahrung zeigt, dass suizidale Krisen zumeist wieder abklingen, wenn es gelingt, Hilfe und Unterstützung zu erhalten. Da Menschen mit Suizidabsichten aufgrund des inneren Leidensdrucks häufig nicht in der Lage sind, selbstständig nach Hilfe zu suchen, ist es notwendig, aktiv auf Suizidhinweise und -ankündigungen zu achten, diese ernst zu nehmen und Hilfe anzubieten, um das Risiko für einen Suizid zu reduzieren (Sonneck et al. 2012).

Neben der Linderung von gesellschaftlichen und sozialen Problemen, die Suizidalität beeinflussen können, bemüht sich Suizidprävention vor allem darum, Menschen für das Erkennen von Suizidalität zu sensibilisieren und zu vermitteln, dass es Lösungs- und Behandlungswege gibt, um suizidale Krisen zu überstehen. Suizide stellen in der Gesellschaft eigentlich nur die Spitze eines Eisbergs dar (s. Abbildung 1), darunter verbirgt sich eine wesentlich größere Zahl von Suizidversuchen, Suizidabsichten und -ankündigungen sowie von Veränderungskrisen oder akuten Zusammenbrüchen, die einen Nährboden für Suizide darstellen können.

Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass Suizidversuche und Suizide bis zu fünf nahe Angehörige betreffen, denen ebenfalls Unterstützung und Hilfe zuteilwerden sollte. Nicht zuletzt aufgrund der Belastung für Angehörige und deren soziales Umfeld wird Suizidalität häufig stigmatisiert und tabuisiert, was Hilfesuche und Hilfsangebote zusätzlich erschwert. Suizidprävention muss daher auf vielen Ebenen ansetzen, bei Betroffenen, deren Angehörigen, bei der Aufklärung für Helferberufe, in der Gesundheitspolitik und der Gesetzgebung.

Abbildung 1: „Eisberg-Paradigma“ der Suizidalität (nach Jeanneret, 1982)



Quelle: www.leanonme.net

Im Jahr 2012 wurde an der GÖG die Kontaktstelle zur Suizidprävention eingerichtet. Sie hat im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) die Aufgabe, in enger Kooperation mit einem Expertengremium die Suizidprävention in Österreich voranzutreiben. Im Rahmen der Umsetzung des im Herbst 2012 veröffentlichten nationalen Suizidpräventionskonzepts¹ (SUPRA) ist es eine der Kernaufgaben dieser Kontaktstelle, eine dauerhafte und qualitativ hochwertige nationale Suizidberichterstattung aufzubauen.

Der heuer erstmals erscheinende österreichische Suizidbericht versteht sich als „logische Nachfolge“ der seit 2007 jährlich publizierten Berichte „Aktuelle Daten und Fakten zur Zahl der Suizide in Österreich“. Kapitel 2 stellt eine Zusammenschau der wichtigsten verfügbaren Daten zu den Suiziden in Österreich dar. In Kapitel 3 werden schwerpunktmäßig alters- und geschlechtsspezifische Aspekte von Suizidalität beleuchtet. Kapitel 4 analysiert Daten der österreichischen Vergiftungsinformationszentrale (VIZ) zu intentionalen Selbstvergiftungen. Abschließend werden die Ergebnisse einer Umfrage unter Expertinnen und Experten zu Projekten der Suizidprävention in Österreich präsentiert. Im Anhang des Berichtes finden sich die Darstellungen von Projekten der Suizidprävention sowie eine Übersicht über 24-Stunden-Akuthilfeangebote.

¹ Download unter http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/0/1/5/CH1099/CMS1348578975700/supra_gesamt10092012.pdf

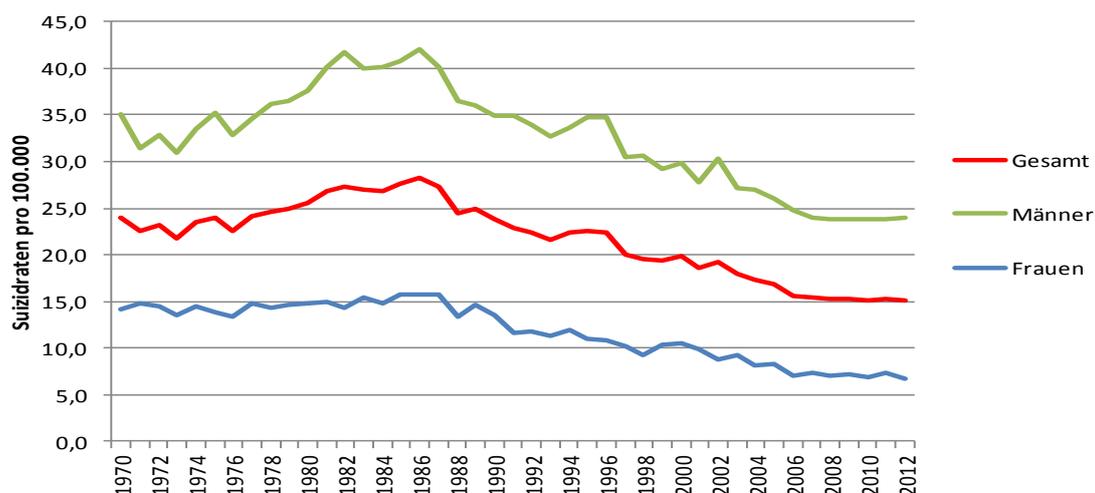
2 Daten zu Suiziden in Österreich

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 geführt, wodurch eine statistische Verarbeitung und ein Verlaufsmonitoring von Suiziden 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 2). Mit insgesamt 1.275 durch Suizid verstorbenen Personen im Jahr 2012 beträgt der Rückgang gegenüber dem Jahr 1986 rund 40 Prozent.

Abbildung 2: Verlauf der Suizidraten in Österreich seit 1970



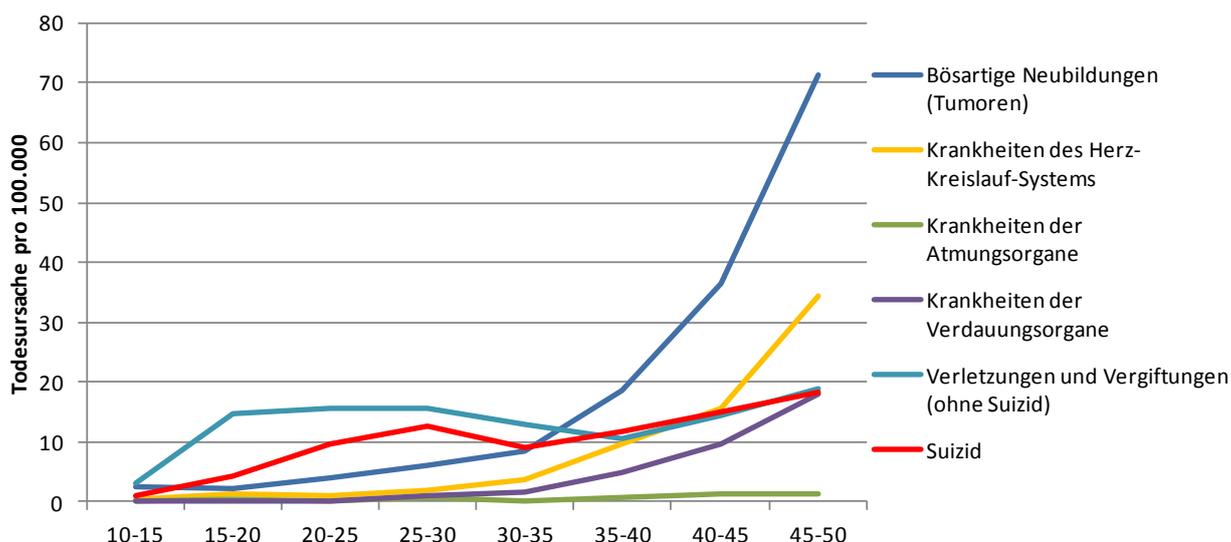
Quelle/Rohdaten: Statistik Austria; Berechnung und Darstellung: Kapusta

Im Jahr 2012 suizidierten sich 986 Männer und 289 Frauen. Das entspricht einer Suizidrate für Männer von 24,0 Suiziden pro 100.000 Einwohner und für Frauen von 6,7 Suiziden pro 100.000 Einwohnerinnen. Die Suizidrate ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen rückläufig (s. Abbildung 1). Bei Männern lässt sich ein beträchtlicher Anstieg der Suizidraten bis Mitte der 1980er Jahre beobachten (Höchstwert 1986 mit über 41 Suiziden pro 100.000 Einwohner). Seitdem kam es zu einem Rückgang der Suizidraten auf rund 23 Suizide pro 100.000 männliche Einwohner in den letzten Jahren. Die Suizidraten bei Männern zeigten sich in den letzten sechs Jahren relativ stabil. Die Suizidraten bei Frauen stiegen bis Mitte der 1980er Jahre nur geringfügig an (Höchstwert 1986 mit über 15 Suiziden pro 100.000 Einwohner). Seitdem lässt sich ebenso wie bei den Männern ein deutlicher Rückgang der Suizidraten auf etwa sieben Suizide pro 100.000 Einwohnerinnen in den letzten Jahren feststellen. Auch bei Frauen zeigen sich die Suizidraten in den letzten Jahren relativ stabil. Der relative Rückgang der Suizide zwischen 1986 und 2012 war mit 54 Prozent bei den Frauen deutlich stärker ausgeprägt als bei den Männern (35 %).

2.2 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 2012 nach Altersgruppen



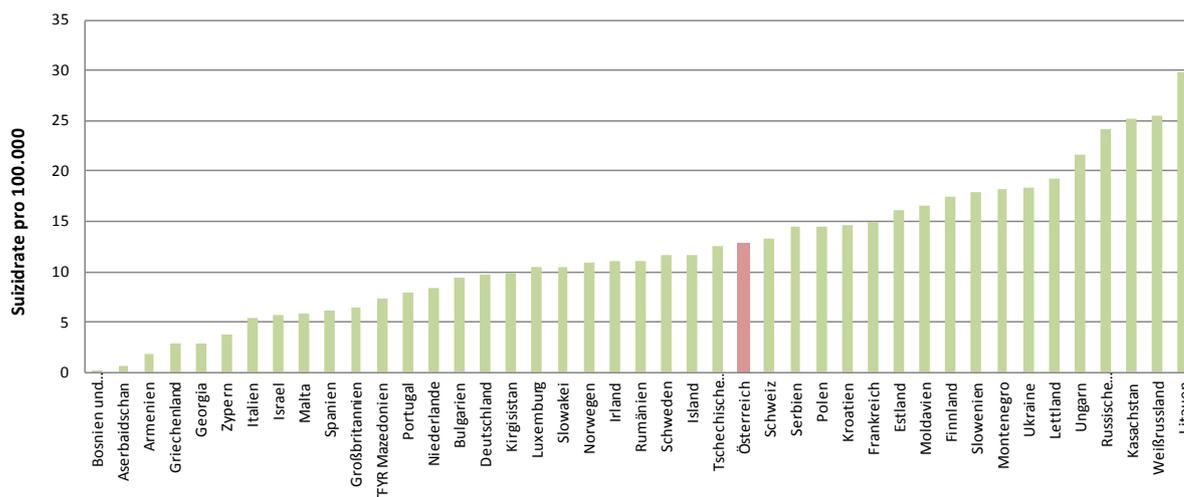
Quelle/Rohdaten: Statistik Austria; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Ein interessantes Bild zeigt die Gegenüberstellung der Entwicklung der Zahl der Verkehrstoten mit jener der Toten durch Suizide. 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 2012 wurden mit 1.275 Menschen insgesamt mehr als doppelt so viele Suizide wie Verkehrstote (554 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.

2.3 Suizidraten im europäischen Vergleich

Die Betrachtung der Suizidraten im Europavergleich (Durchschnittswerte der Jahre 2007–2011) auf Basis einer europäischen Standardbevölkerung zeigt Österreich mit 12,8 pro 100.000 EW im Mittelfeld. Bosnien und Herzegowina (0,1 pro 100.000) berichtet europaweit die niedrigsten Suizidraten, gefolgt von Aserbaidschan (0,7) und Armenien (1,9). Die höchsten Suizidraten in Europa weisen Litauen (29,8), Weißrussland (25,4) und Kasachstan (25,2) auf.

Abbildung 4: Suizidraten im europäischen Vergleich



Quelle: WHO, European HFA Database. 5-Jahres-Mittelwerte (2007–2011) standardisierter Suizidraten pro 100.000 (europäische Standardbevölkerung); Berechnung und Darstellung: Kapusta

Es zeigen sich deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede in den Suizidraten europäischer Staaten. So ist das Geschlechter-Verhältnis (Mann/Frau) vollzogener Suizide in den meisten Industrieländern etwa 3 zu 1. Die Suizidraten von Männern und Frauen korrelieren stark miteinander: In Ländern mit hoher Suizidrate für Männer ist sie auch für Frauen relativ hoch (Ritter et al. 2011).

Soziale und ökonomische Faktoren sowie Aspekte der Versorgungsstruktur bestimmen im Wesentlichen diese beträchtlichen geographischen Unterschiede. Geographisch zeigt sich ein Ost-West- ebenso wie ein Nord-Süd-Gefälle (Davis & Lowell 2002) der Suizidraten. Die tendenziell höchsten Suizidraten finden sich somit eher im Norden und Osten. Die Relevanz ökonomischer Faktoren zeigt sich in Untersuchungen zum Einfluss der Wirtschaftskrise auf Suizidraten. Diese führte in einigen Ländern wie in Griechenland oder Italien zu einem Anstieg der Suizidraten in den vergangenen Jahren (Mina-gawa 2012; Kondilis et al. 2013; Ritter und Stompe 2013). In Österreich zeigte sich als einzigem Land in Europa kein Anstieg der Suizidraten seit Beginn der Krise (Stuckler et al. 2011), wohl aber eine deutliche Dämpfung des Rückgangs (s. Abbildung 2). Detaillierte Untersuchungen zeigen, dass Arbeitslosigkeit neben anderen Bedingungen einen Risikofaktor für Suizid in der österreichischen Bevölkerung darstellen kann (Watzka 2008). Dieser Zusammenhang zwischen Arbeitslosenraten und Suizidraten zeigt sich auch im internationalen Vergleich von Ländern, wobei außerdem der Pro-Kopf-Alkoholkonsum eines Landes positiv mit Suizidraten assoziiert ist (Ritter et al. 2013).

Generell sollte der Vergleich internationaler Daten aufgrund qualitativer Unterschiede in der Todesursachenerhebung mit Vorsicht interpretiert werden (Kapusta et al. 2011).

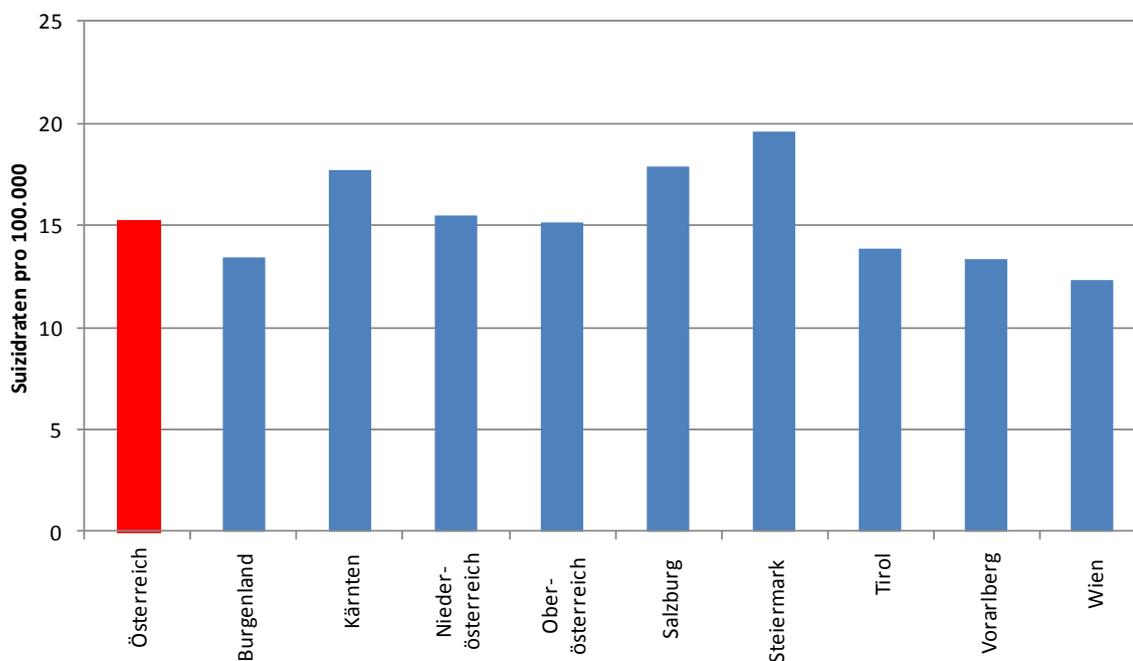
Factbox:

- Die Suizidraten sind in Österreich bei beiden Geschlechtern seit 1987 rückläufig.
- Suizide sind in Österreich derzeit mehr als doppelt so häufig wie tödliche Verkehrsunfälle.
- Österreichs Suizidraten liegen im europäischen Durchschnitt.
- Während der Wirtschaftskrise der vergangenen Jahre verlangsamte sich der Rückgang der Suizidraten, es kam jedoch zu keiner Zunahme wie in anderen Ländern.

2.4 Suizidraten im Bundesländervergleich

Geographische Unterschiede in der Suizidsterblichkeit lassen sich auch innerhalb Österreichs erkennen. Im Querschnitt der letzten Dekade finden sich die höchsten Suizidraten in der Steiermark, in Kärnten und in Salzburg. In Wien und im Burgenland sind die Suizidraten österreichweit am niedrigsten (s. Abbildung 5).

Abbildung 5: Suizidraten in den Bundesländern (2002–2012)



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

Seit Mitte der 1980er Jahre kam es in allen Bundesländern zu einer Abnahme der Suizidraten. Wien verzeichnete den stärksten Rückgang seit 1987 mit 59 Prozentpunkten, gefolgt von Burgenland (51,3 %) und Vorarlberg (48,6 %). Aber auch in den übrigen Bundesländern konnte in diesem Zeitraum ein deutlicher Rückgang um 19 bis 40 Prozentpunkte beobachtet werden. Es ist anzumerken, dass der Rückgang in einigen Bundesländern bereits Anfang der 1980er Jahre begonnen hat, wie etwa in der Steiermark 1981 oder in Kärnten ab dem Jahr 1983.

2.5 Stadt-Land-Unterschiede

Anfang der 1970er Jahre waren die Suizidraten in ländlichen Regionen Österreichs tendenziell niedriger als in städtischen Regionen. Dieses Verhältnis der Suizidraten hat sich in den vergangenen 40 Jahren zugunsten städtischer Regionen gewandelt. Dies bedeutet, dass seit Mitte der 1980er Jahre die Suizidraten in städtischen Regionen tendenziell niedriger sind als in ländlichen Regionen. Dies ist auf einen stärkeren Rückgang städtischer Suizidraten zurückzuführen. Hier zeigen sich auch geschlechtsspezifische Unterschiede. Während bei Frauen die Suizidraten um 1970 in ländlichen Regionen deutlich unter den Suizidraten in städtischen Regionen lagen, ist das Verhältnis heute nahezu 1 : 1. Bei Männern fanden sich in den 1970er Jahren nahezu gleich hohe Suizidraten in ländlichen und in städtischen Regionen. In den letzten Jahren hingegen sind die Suizidraten der Männer in urbanen Regionen deutlich gesunken. Hauptgrund für den stärkeren Rückgang der Suizidraten in den städtischen Regionen dürfte die bessere Verfügbarkeit von psychosozialen Versorgungsangeboten sein.

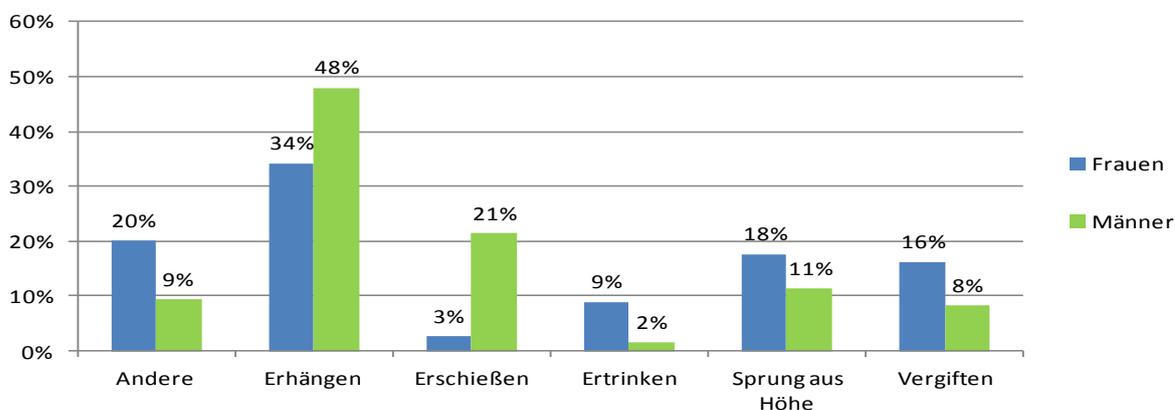
Factbox:

- Die höchsten Suizidraten finden sich in der Steiermark und in Kärnten.
- Die niedrigsten Suizidraten finden sich in Wien und im Burgenland.
- In nahezu allen Bundesländern setzte der Rückgang der Suizidraten Mitte der 1980er Jahre ein.
- Die Suizidraten sind in ländlichen Regionen höher als in städtischen.

2.6 Suizidmethoden in Österreich

Die aktuellsten Zahlen aus dem Jahr 2012 zeigen, dass die häufigste in Österreich angewandte Suizidmethode das Erhängen darstellt. 572 Suizide (ca. 45 % aller Suizide) erfolgten durch Erhängen. An zweiter Stelle stand das Erschießen mit etwa 17 %, gefolgt von Sprung aus der Höhe (ca. 13 %), Vergiften (etwa 10 %) sowie Ertrinken (etwa 3 %). Andere, nicht einzeln spezifizierte Suizide (sich vor ein sich bewegendes Objekt legen/werfen, vorsätzliches Verursachen eines Unfalls, Selbstverbrennungen, Selbsttötung mit scharfem oder stumpfem Gegenstand und andere unbestimmte Methoden), machten etwa 12 Prozent aller Suizide im Jahr 2012 aus. Auch wenn bei beiden Geschlechtern das Erhängen die häufigste Suizidmethode ist, unterscheiden sich die Methoden bei Männern und Frauen beträchtlich (s. Abbildung 6; siehe auch Kapitel 4.2).

Abbildung 6: Suizidmethoden im Jahr 2012 nach Geschlecht, in Prozent (n = 1.275)



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

Im Jahr 2012 begingen insgesamt 211 Männer und 8 Frauen Suizid mittels Schusswaffen. Die Zahl der Schusswaffensuizide ist seit dem Jahr 1997 rückläufig; in diesem Jahr wurde das Schusswaffengesetz wesentlich novelliert. Der Zugang zu Schusswaffen wurde unter anderem erschwert durch Erhöhung der Altersuntergrenze bei Antragstellung, Einführung von psychologischen Eignungstests und einer erstmals eingeführten Wartezeit (Cool-off-Periode) vor Aushändigung einer gekauften Waffe. Mehrere Untersuchungen in Österreich zeigten, dass eine höhere Verfügbarkeit von Schusswaffen mit einer höheren Rate an Suiziden mittels dieser Methode einhergeht.

Factbox:

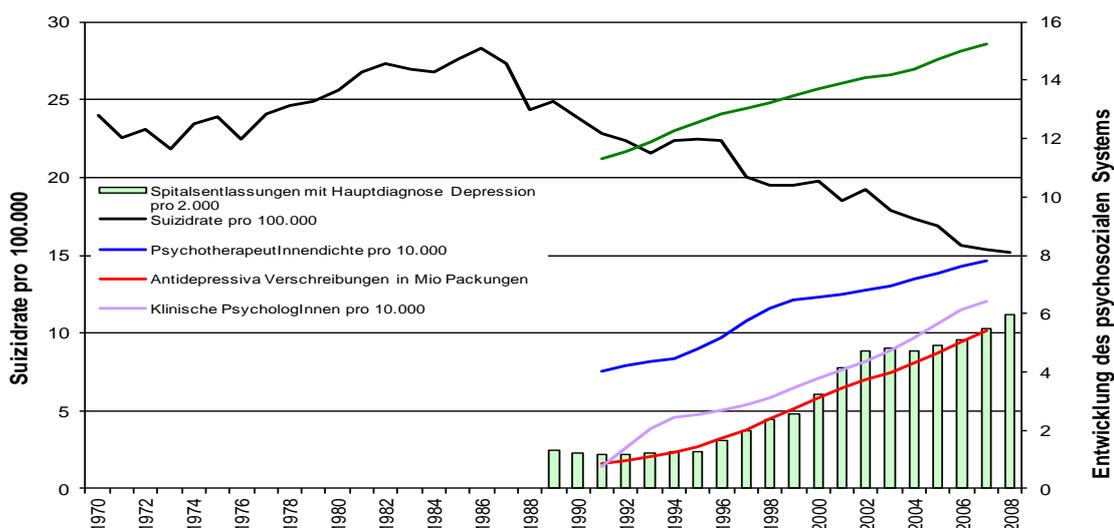
- **Suizide mittels Schusswaffen werden nahezu ausschließlich bei Männern beobachtet.**
- **Der erschwerte Erwerb von Schusswaffen durch das neue Schusswaffengesetz 1997 reduzierte die Schusswaffen-Suizidraten signifikant.**

2.7 Psychosoziale Versorgung und Suizidraten

Es liegen bisher vergleichsweise wenige Studien zur Wirksamkeit von gesundheitspolitischen Interventionen auf die psychische Gesundheit vor, denen ein direkter Einfluss auf die Suizidrate zugesprochen werden kann. Dennoch legen Empfehlungen internationaler Forschungsgruppen nahe, dass Suizidraten – neben anderen Parametern – als Indikator für die Qualität des psychosozialen Gesundheitssystems herangezogen werden können (Chisholm et al. 2007). Mit wachsenden Möglichkeiten der Verarbeitung von Gesundheitskennzahlen der Gesamtbevölkerung steigen auch die Möglichkeiten, den Einfluss gesundheitspolitischer Veränderungen auf die Gesundheit der Bevölkerung nachträglich mithilfe wissenschaftlicher Modelle zu untersuchen.

In Österreich zeigt sich beispielsweise, dass der Rückgang der Suizidrate seit 1987 in Zusammenhang mit einem Anstieg verschiedener für die psychosoziale Versorgung relevanter Parameter steht. Neben einem deutlichen Anstieg von Antidepressiva-Verschreibungen (Katschnig et al. 2004; Kapusta et al. 2009; GÖG/ÖBIG 2010) kam es zu einem Anstieg der Versorgungsdichte (pro 10.000 Einwohner) durch Allgemeinärztinnen und -ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie klinische Psychologinnen und Psychologen. Darüber hinaus stieg die Anzahl jener Personen, die stationär wegen depressiver Erkrankungen in Behandlung standen, in den letzten 20 Jahren beträchtlich an (Vyssoki et al. 2011).

Abbildung 7: Ausgewählte Parameter des psychosozialen Gesundheitssystems in Österreich.



Quelle und Darstellung: Vyssoki et al. 2011

Factbox:

- Das psychosoziale System wurde in den vergangenen Jahren deutlich ausgebaut.
- Die Rate der Personen, die aufgrund depressiver Erkrankungen in stationärer Behandlung standen, ist seit 1990 stetig gestiegen.
- Die steigende Inanspruchnahme von psychosozialen Leistungen ist auch auf steigende Akzeptanz und Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen zurückzuführen.

2.8 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 übertrifft (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).

Um einen Einblick in diesen Bereich zu erlangen, wurden für das folgende Kapitel in einem aufwendigen Verfahren erstmals die Zahlen zu intentionalen Selbstvergiftungen der an der GÖG beheimateten österreichischen Vergiftungsinformationszentrale analysiert.

3 Daten der Vergiftungsinformationszentrale zu intentionalen Selbstvergiftungen

3.1 Daten zur Inanspruchnahme

Die Vergiftungsinformationszentrale (VIZ) bietet über die bundesweite Notruftelefonnummer 01/406 43 43 Beratungsleistungen zur Vorgehensweise bei Intoxikationen für Laien und medizinische Fachkräfte an. Im Untersuchungszeitraum 2002 bis 2012 gingen insgesamt 146.000 Anrufe zu Fragestellungen im Zusammenhang mit Vergiftungen ein, davon jährlich etwa 2.200 Anrufe zu intoxikierten Personen, bei denen von einem potenziellen Suizidversuch ausgegangen werden kann (Schmiech 2013). Im gesamten Zeitraum (2002 bis 2012) wurden auf diese Weise insgesamt 25.016 sogenannte „intentionale Selbstvergiftungen“ registriert. Die Verteilung dieser Selbstvergiftungen war über die Jahre verhältnismäßig konstant, mit einem geringfügigen Anstieg in den Jahren 2010 und 2011 (s. Tabelle 1). Auch wenn anzunehmen ist, dass die tatsächliche Anzahl der Selbstvergiftungsversuche in Österreich deutlich über den hier präsentierten Zahlen liegt bzw. lag, können diese Daten immerhin veranschaulichen, welche Substanzen bei Suizidversuchen involviert sind und welche Risikogruppen bei Überlegungen zur Suizidprävention Berücksichtigung finden sollten.

Tabelle 1: Häufigkeitsverteilung von Anrufen zu Suizidversuchen durch Vergiftung pro Jahr

Jahr	n	%
2002	2.283	9,1
2003	2.332	9,3
2004	2.234	8,9
2005	2.319	9,3
2006	2.230	8,9
2007	2.271	9,1
2008	2.253	9,0
2009	2.207	8,8
2010	2.435	9,7
2011	2.485	9,9
2012	1.967	7,9
Gesamt	25.016	100

Quelle: VIZ; Berechnung und Darstellung: Schmiech

Fast 70 Prozent der Selbstvergiftungen betrafen Frauen (s. dazu auch Kap. 2.6), das durchschnittliche Alter (Median) der betroffenen Frauen lag bei 28 Jahren, jenes der Männer bei 33 Jahren (s. Tabelle 2, Tabelle 3).

Tabelle 2: Häufigkeitsverteilung der Suizidversuche durch Vergiften nach Geschlecht

Geschlecht	n	%
männlich	7.740	30,9
weiblich	17.105	68,4
fehlend	171	0,7
Gesamt	25.016	100

Quelle: VIZ; Berechnung und Darstellung: Schmiech

Tabelle 3: Kennwerte des Alters

Geschlecht	n	Alter (Mittelwert)	Median
Frauen	10.638	32,49	28
Männer	4.161	35,50	33
Gesamt	14.922	33,33	30

Quelle: VIZ; Berechnung und Darstellung: Schmiech

Die Verteilung der Kontakte nach Bundesland zeigt, dass die meisten intentionalen Selbstvergiftungen pro 100.000 Einwohner aus Salzburg, Oberösterreich und Kärnten registriert wurden (s. Tabelle 4). Diese Zahlen spiegeln allerdings vermutlich nicht die epidemiologischen Verhältnisse wider, sondern sind eher ein Ausdruck der Bekanntheit und Inanspruchnahme des Notrufs der VIZ unter Laien und medizinischem Personal. In absoluten Zahlen kamen die meisten Anrufe aus Wien, Oberösterreich und Niederösterreich. Allein diese drei Bundesländer machten nahezu 60 Prozent aller Fälle aus.

Tabelle 4: Häufigkeitsverteilung nach Bundesland im Zeitraum 2002–2012

Bundesland	n	%	Anrufe pro 100.000 Einwohner
Vorarlberg	856	3,4	22,0
Burgenland	712	2,8	23,0
Steiermark	2.686	10,7	20,5
Tirol	1.677	6,7	22,5
Wien	5.235	20,9	29,0
Niederösterreich	4.611	18,4	26,6
Kärnten	1.812	7,2	29,8
Oberösterreich	4.698	18,8	30,9
Salzburg	2.564	10,2	46,0

Quelle: VIZ; Berechnung und Darstellung: Schmiech

In der überwiegenden Zahl der intentionalen Selbstvergiftungen (69 %) wurde die Vergiftungsinformationszentrale von Klinikärzten kontaktiert, an zweiter Stelle der Anrufer/innen waren Personen des Rettungswesens, gefolgt von Laien und niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzten (s. Tabelle 5). Diese vier Gruppen machten 99,6 Prozent aller Anrufer/innen aus. Es ist davon auszugehen, dass ein Bekanntmachen der VIZ unter anderen Berufsgruppen und in Bundesländern wie Vorarlberg die Inanspruchnahme des Notrufs erhöhen würde.

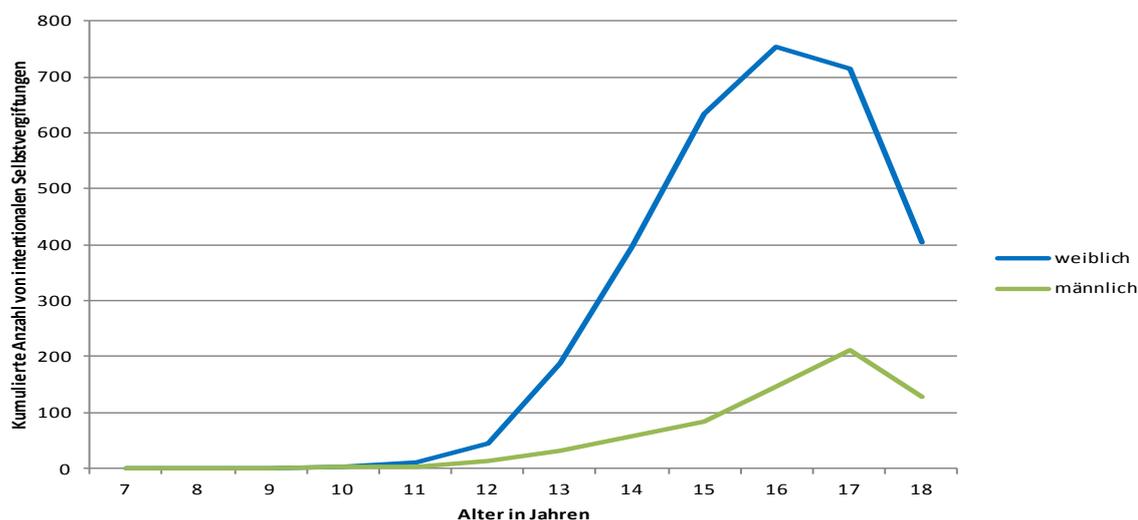
Tabelle 5: Häufigkeitsverteilung der Anrufer/innen

Anrufer/in	n	%
Laien	2.392	9,6
Klinikerarzt	17.279	69,1
Niedergelassene/r Ärztin/Arzt	1.836	7,3
Pflegepersonal	21	0,1
Apothekenpersonal	16	0,1
Rettung	3.412	13,6
Polizei	36	0,1
Schule	13	0,1
Andere Anrufer/innen	11	0,0
Gesamt	25.016	100

Quelle: VIZ; Berechnung und Darstellung: Schmiech

Wie aus Abbildung 8 ersichtlich, finden bis zum 11. Lebensjahr bei beiden Geschlechtern nur sehr wenige intentionale Selbstvergiftungen statt. Ab dem 12. Lebensjahr ist ein deutliches Ansteigen in der Häufigkeit von solchen Selbstvergiftungen zu beobachten, das bei Frauen stärker ausgeprägt ist als bei Männern. Danach steigt die Häufigkeit von intentionalen Selbstvergiftungen mit jedem Lebensjahr sprunghaft an, bis mit 16 Jahren (weiblich) bzw. 17 Jahren (männlich) ein Gipfel erreicht wird. Nahezu ein Drittel (29,8 %) aller intentionalen Selbstvergiftungen bezog sich auf Frauen bis einschließlich jener im Alter von 18 Jahren. Beim männlichen Geschlecht bis einschließlich 18 Jahre waren es insgesamt 16,8 Prozent aller registrierten intentionalen Selbstvergiftungen.

Abbildung 8: Erstauftreten intentionaler Selbstvergiftung nach Geschlecht bis zum 18. Lebensjahr



Quelle: VIZ; Berechnung und Darstellung: Schmiech

Während des gesamten Zeitraums (2002–2012) wurden insgesamt 32 intentionale Selbstvergiftungen bei schwangeren Frauen registriert. Dies entspricht einer Rate von 3,7 pro 100.000 pro Jahr bei durchschnittlich 77.846 pro Jahr ausgetragenen Schwangerschaften. Auffallend ist, dass ein Viertel der Frauen eine Selbstvergiftung in der ersten Schwangerschaftswoche durchführten. Die Hälfte der betroffenen Frauen befand sich zum Zeitpunkt der Selbstvergiftung vor der 15. Schwangerschaftswoche (Median SSW = 14,4).

Factbox:

- Suizidversuche sind etwa 10- bis 30-mal häufiger als Suizide.
- Suizidversuche durch Vergiften sind bei Frauen mindestens doppelt so häufig wie bei Männern.
- Suizidversuche durch Vergiften haben einen Häufungsgipfel um das 14. bis 18. Lebensjahr.
- Klinikärzte nützen das Angebot der Vergiftungsinformationszentrale am häufigsten, danach Rettungseinsatzkräfte, Laien, aber auch niedergelassene Ärzte.

3.2 Schweregrade der Suizidversuche durch Vergiften

Hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit einer klinisch relevanten Vergiftung wurden insgesamt etwa 41 Prozent aller Kontakte als potenzielle oder bestätigte Vergiftungen gekennzeichnet. Interessanterweise wurden bei 47,4 Prozent aller Selbstvergiftungsversuche trotz Einnahme von Substanzen keine Vergiftungssymptome gemäß Poisoning Severity Score (WHO; Persson et al. 1998) beobachtet. Bei 16,1 Prozent der Fälle wurden mittelschwere bis schwere Vergiftungszeichen beschrieben (s. Tabelle 6). Das Faktum, dass die Mehrzahl der Selbstvergiftungen nicht mit schweren Vergiftungszeichen einhergeht, ist aus Untersuchungen bekannt. Suizidversuche durch Vergiften werden daher häufig zu den „nicht-letalen“ Methoden gezählt (das meint die mit der Methode assoziierte geringere Sterblichkeit). Ein leichter Schweregrad scheint zudem häufiger bei impulsiven als bei geplanten Suizidversuchen zu beobachten sein (Baca-García et al. 2001; Wyder & De Leo 2007). Seit 2008 zeichnet sich eine Zunahme von schweren Vergiftungsfällen ab (s. Tabelle 6).

Tabelle 6: Risikoeinschätzung der registrierten Selbstvergiftungsversuche gemäß Poisoning Severity Score der WHO

Jahr	PSS-Score			
	0 n (in %)	1 n (in %)	2 n (in %)	3 n (in %)
2002	965 (8,1)	870 (9,5)	403 (12,5)	45 (5,7)
2003	1.015 (8,6)	716 (7,8)	513 (15,9)	88 (11,1)
2004	1.052 (8,9)	750 (8,2)	398 (12,3)	34 (4,3)
2005	1.093 (9,2)	897 (9,8)	290 (9,0)	39 (4,9)
2006	1.072 (9,0)	857 (9,4)	279 (8,6)	22 (2,8)
2007	1.101 (9,3)	880 (9,6)	260 (8,1)	30 (3,8)
2008	1.088 (9,2)	821 (9,0)	232 (7,2)	112 (14,1)
2009	1.069 (9,0)	831 (9,1)	191 (5,9)	116 (14,6)
2010	1.181 (10,0)	896 (9,8)	237 (7,3)	121 (15,3)
2011	1.252 (10,6)	902 (9,9)	233 (7,2)	98 (12,4)
2012	968 (8,2)	720 (7,9)	191 (5,9)	88 (11,1)
Summe	11.856 (100)	9.140 (100)	3.227 (100)	793 (100)
Gesamt	47,4 %	36,5 %	12,9 %	3,2 %

NONE (0): No symptoms or signs related to poisoning; MINOR (1): Mild, transient and spontaneously resolving symptoms; MODERATE (2): Pronounced or prolonged symptoms; SEVERE (3): Severe or life-threatening symptoms

Quelle: VIZ; Berechnung und Darstellung: Schmiech

3.3 Verwendete Substanzen

Der Schweregrad einer Vergiftung ist u. a. von der verwendeten Substanz abhängig. In 82 Prozent der Fälle wurden Arzneimittel missbräuchlich verwendet. Die Zahl der Arzneimittelvergiftungen ist über den Beobachtungszeitraum seit 2002 konstant. Die Substanzen wurden vorwiegend über den oralen Weg zugeführt. Mischintoxikationen mit mehr als einer Substanz wurden in 45 Prozent der Fälle beobachtet. In rund 20 Prozent der Fälle wurden drei bis acht verschiedene Substanzen zur Selbstvergiftung eingesetzt (s. Tabelle 7).

Tabelle 7: Anzahl der eingesetzten Substanzen pro Selbstvergiftung

Anzahl Substanzen	n	%
1	13.763	55,0
2	6.292	25,2
3	2.940	11,8
4	1.239	5,0
5	617	2,5
6	130	0,5
7	29	0,1
8	6	0,0
Gesamt	25.016	100

Quelle: VIZ; Berechnung und Darstellung: Schmiech

Insgesamt machten über das Nervensystem wirkende Arzneimittel (ATC²-Ebene 1: N) mit 11.786 Fällen (62,8 %) den größten Anteil an eingenommenen Substanzen aus. Auffallend bei der Betrachtung der an Selbstvergiftungen beteiligten Substanzen ist, dass 83,4 Prozent aller eingenommenen Primärschubsubstanzen in die zehn häufigsten hier aufgeführten ATC-Kategorien fallen. Den größten Anteil an intentionalen Selbstvergiftungen hatten vorwiegend sedierende Substanzen wie Antipsychotika, Sedativa und Hypnotika (Psycholeptika: 30,5 %), gefolgt von nichtsteroidalen Antiphlogistika und Antirheumatika (12,5 %) sowie Antidepressiva (10,7 %) (s. Tabelle 8).

Bemerkenswert ist, dass Alkohol an zweiter Stelle der eingenommenen Substanzen stand und das einzige Non-Arzneimittel unter den häufigsten Substanzen darstellte (12,7 %). Pflanzen und Gräser (1,7 %), Tabak (1,3 %) und Reinigungsmittel (1,3 %) waren weitere Substanzen in einer Vielzahl an Fällen (s. Tabelle 9).

² Anatomical Therapeutic Chemical / Defined Daily Dose Classification (anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem für Arzneistoffe) der WHO

Tabelle 8: Die am häufigsten eingenommenen Substanzen bei intentionalen Selbstvergiftungen

<i>ATC-Code Ebene 2</i>	<i>Kategorienbezeichnung Ebene 2</i>	<i>ATC-Code Ebene 3</i>	<i>Kategorienbezeichnung Ebene 3</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>Kumulative %</i>
N05	Psycholeptika			6.870	30,5	30,5
		N05A	Antipsychotika	3.427		
		N05B	Anxiolytika	2.247		
		N05C	Hypnotika und Sedativa	1.196		
GG0	Genussmittel			2.918	13,0	43,5
		GG01	Alkohol	2.864		
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika			2.817	12,5	56
		M01A	Nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika	2.817		
N06	Psychoanaleptika			2.452	10,9	66,9
		N06A	Antidepressiva	2410		
N02	Analgetika			1.548	6,9	73,8
		N02B	Andere Analgetika und Antipyretika	1.065		
		N02A	Opioide	437		
N03	Antiepileptika			898	4,0	77,8
		N03A	Antiepileptika	898		
C07	Beta-Blocker			357	1,6	79,4
		C07A	Beta-Blocker	354		
R06	Antihistaminika zur systemischen Anwendung			326	1,4	80,8
		R06A	Antihistaminika zur systemischen Anwendung	326		
A02	Mittel bei säurebedingten Erkrankungen			313	1,4	82,2
		A02B	Mittel bei pept. Ulkus und gaströsophag. Refluxkrankheit	290		
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung			267	1,2	83,4
		J01C	Beta-Lactam Antibiotika, Penicillin	96		
		J01F	Makrolide, Lincosamide und Streptogramine	81		

Quelle: VIZ: Berechnung und Darstellung: Schmiech

Tabelle 9: Die häufigsten Non-Arzneimittel bei intentionalen Selbstvergiftungen

ATC-Code	Kategorienbezeichnung	n	%
GG01	Alkohol	2.864	43,7
NA91X	Pflanzen und Gräser	67	1,7
GG02	Tabak	54	1,3
CH01AA	(Bad-)Reinigungsmittel	52	1,3
CH01BA	Geschirrspülmittel	49	1,2
CK21A	Nagellackentferner	49	1,2
CK01AA	Duschgel, Seife	43	1,1
X	unbekannte Substanz, Blumenwasser	43	1,1
CH03HL	chlorhaltige Reinigungsmittel	39	1,1
CX03OD	Kohlenmonoxid	35	0,9
Gesamt		3.295	54,5

Quelle: VIZ: Berechnung und Darstellung: Schmiech

3.4 Bedeutung für die Suizidprävention

Die hier vorgelegte erste Auswertung der Daten der Vergiftungsinformationszentrale zeigt, dass es auf diesem indirekten Weg möglich ist, Informationen zu gewinnen, die für die Suizidprävention von Bedeutung sein könnten. Aus den Ergebnissen wird deutlich, dass Selbstvergiftungen vor allem junge Menschen betreffen, insbesondere Mädchen und junge Frauen. Dies stimmt mit den Ergebnissen zur Suizidmortalität durch Vergiftungen des vorliegenden Berichts (Kapitel 2.6) überein, wonach tödliche Selbstvergiftungen häufiger bei Frauen und hier vorwiegend bei jüngeren Frauen zu verzeichnen sind. Neben der Beachtung des Alkoholmissbrauchs im Rahmen von suizidalen Krisen wäre ein Ansatzpunkt für die Suizidprävention, die Verschreibungspraxis von Medikamenten in der Altersgruppe der jungen Frauen (10–24 Jahre) zu evaluieren sowie bei der Verordnung darauf zu achten, dass Substanzen mit einem höheren Toxizitätsindex nur in kleinen Mengen abgegeben werden und ggf. von engmaschigem Monitoring bzw. von höherfrequenten Therapieangeboten flankiert werden. Schließlich wäre die Kostenersparnis durch die Prävention der geschätzten 12.000 bis 38.000 Suizidversuche pro Jahr und die damit verbundenen beträchtlichen Krankenaufenthalts-, Entgiftungs- und Erstversorgungskosten auch im ökonomischen Sinne zu evaluieren. Nach dem Entfernen der Barbiturate aus dem Markt und der vermutlich damit einhergehenden Reduktion der tödlichen suizidalen Vergiftungen in Österreich Mitte der 1980er Jahre könnte eine Neuevaluation der auf dem Markt befindlichen Substanzen über ein mögliches weiteres Senkungspotenzial der Suizidmortalität und der Komplikationen im Rahmen versorgungspflichtiger Selbstvergiftungen Aufschluss geben. In der Folge wäre es sinnvoll, mögliche Interventionen wie Veränderung der Verschreibungsmodalitäten, Veränderung der Packungsgrößen oder dergleichen anzudenken, wie sie in anderen Ländern, etwa England, umgesetzt wurde (Hawton et al. 2004).

Factbox:

- Die meisten intentionalen Selbstvergiftungen werden vorwiegend unternommen mit sedierenden Substanzen wie Antipsychotika, Sedativa und Hypnotika, gefolgt von nichtsteroidalen Antiphlogistika und Antirheumatika sowie Antidepressiva.
- Alkoholeinnahme steht bei intentionalen Intoxikationen nach Psycholeptika an zweiter Stelle.
- Als Ansatzpunkt für die Suizidprävention wird empfohlen, Zugangsmöglichkeiten zu bestimmten Medikamenten speziell für die Risikogruppe der jungen Frauen zu erforschen.

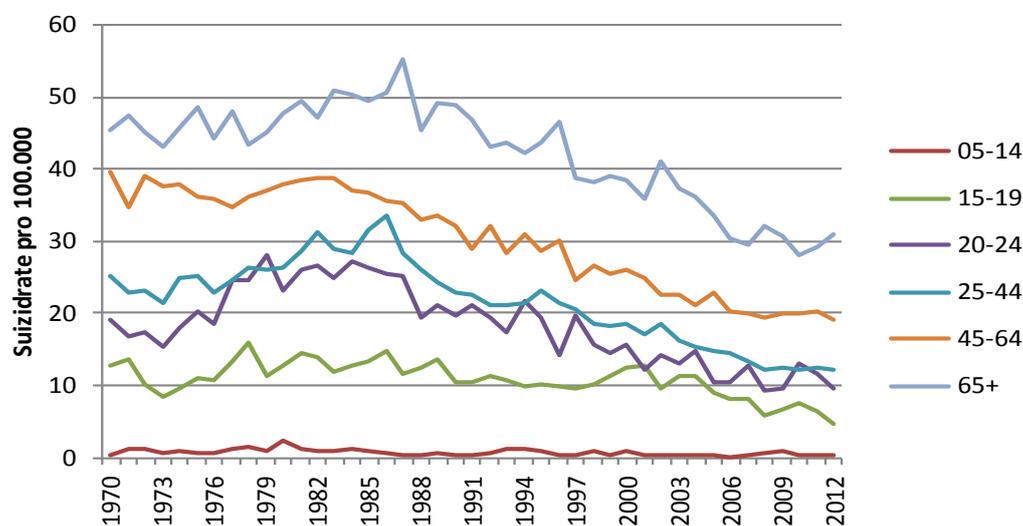
4 Schwerpunkt Kapitel: Alters- und geschlechtsspezifische Aspekte von Suizidalität

Das vorliegende Kapitel dient einer Zusammenschau von bisher genannten Zahlen unter dem Gesichtspunkt des Alters und des Geschlechts. Die relevanten Daten für Österreich werden zusammengefasst, aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zu den von Abschnitt zu Abschnitt wechselnden Themen runden die Zusammenschau ab. Der letzte Teil des Kapitels ist im Speziellen dem Aspekt der Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen gewidmet.

4.1 Altersspezifische Verteilung von Suiziden in Österreich

Die Suizidrate steigt in Österreich mit dem Alter an (Altersgruppen im 10-Jahres-Schnitt von 2003 bis 2012). 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 2012 konnte bei fast allen Altersgruppen ein rückläufiger Trend der Suizidhäufigkeit verzeichnet werden. In diesem Zusammenhang ist jedoch ein besonderes Augenmerk auf die Altersgruppen der 15- bis 19-Jährigen sowie der 5- bis 14-Jährigen zu lenken: Bei ersterer Gruppe ist ein Rückgang der Häufigkeit von Suiziden erst ab dem Jahr 2000 erkennbar; bei der zweiten Gruppe zeichnet sich eine gleichbleibende Suizidhäufigkeit ab, es ist kein genereller Rückgang beobachtbar (Abbildung 9).

Abbildung 9: Suizidraten in Österreich seit 1970 nach Altersgruppen



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

Die spezifisch erhöhte Vulnerabilität von älteren Menschen, bezogen auf den 10-Jahres-Schnitt von 2003 bis 2012, und die damit verbundene Notwendigkeit der Prävention in dieser Altersgruppe (Etzersdorfer et al. 2005) wird im Zusammenhang mit folgenden Risikofaktoren diskutiert: gesteigerte Prävalenz von schweren depressiven Episoden im höheren Alter (insbesondere von nicht diagnostizierten) sowie altersbezogen vermehrt auftretende Faktoren wie Schlafstörungen, Besitz von Schusswaffen, verminderter Sozialkontakt, gesundheitliche Probleme und einschneidende Lebensereignisse („major life events“ wie Pensionierung oder Tod von Partnern).

Als Gründe für den Rückgang der Suizidraten in Österreich, der sich der gesamteuropäischen Entwicklung anschließt – abgesehen von den Staaten der ehemaligen Sowjetunion, die hier eine besondere Ausnahme darstellen (Levi et al. 2003) –, werden eine verbesserte Diagnostik und Therapie von psychiatrischen Erkrankungen diskutiert (Isacsson et al. 2000; Rihmer et al. 2001). In Bezug auf Österreich konnte gezeigt werden, dass einerseits ein erheblicher Anstieg der Verschreibungen von antidepressiver Medikation seit Einführung der selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI) sowie andererseits ein beträchtlicher Zuwachs in Bezug auf die Verfügbarkeit von Psychotherapeutinnen und -therapeuten, insbesondere zwischen 1991 und 2005, mit dem Rückgang der Suizidraten korrelieren (Kapusta et al. 2010; Niederkrotenthaler et al. 2009). Das sind zwei von zahlreichen Aspekten, beide Entwicklungen spiegeln einen Trend in der Gesellschaft wider. Die Bereitschaft der Bevölkerung, psychosoziale Dienste in Anspruch zu nehmen, wächst und führt zu einer vermehrten Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen.

Der mögliche Einfluss medikamentöser Therapie auf die Häufigkeit von Suiziden bei Kindern und Jugendlichen wird in der Literatur als weniger effektiv beschrieben. Während im Erwachsenenalter von einer suizidprotektiven Wirkung von Antidepressiva auszugehen ist, wurde in einem rezenten Cochrane Review (Hetrick et al. 2012) festgestellt, dass bei Kindern, Jugendlichen sowie bei jungen Erwachsenen bis zum 25. Lebensjahr die Häufigkeit von suizidassoziierten Ereignissen (Suizidgedanken und -versuche) während einer Therapie mit Antidepressiva um 58 Prozent erhöht ist. Ein Erklärungsansatz dafür wird im Zusammenhang mit der Antriebssteigerung und dem Nebenwirkungsprofil der Antidepressiva diskutiert. Im Gegensatz dazu steht eine Studie, die mithilfe einer Meta-Analyse zu dem Schluss kam, dass auch bei Patientinnen und Patienten im Alter von unter 19 Jahren der Nutzen der Antidepressiva weit größer einzuschätzen ist als die durch Suizidgedanken und Suizidversuche hervorgerufenen Risiken (Bridge et al. 2007). Überdies bestätigt eine weitere Meta-Analyse (Stone et al. 2009) die Altersabhängigkeit des Suizidrisikos bei Behandlung mittels Antidepressiva, wobei bei Patienten unter 25 Jahren ein gesteigertes Suizidrisiko nachgewiesen werden konnte, während bei Erwachsenen über 25 Jahren protektive Effekte beschrieben wurden. Dass die Häufigkeit von Suiziden bei 5- bis 14-Jährigen in Österreich zwar sehr gering ist, jedoch über die Jahrzehnte hinweg nicht deutlich zurückgeht, soll hier in Hinblick auf die Notwendigkeit von Präventionsprogrammen hervorgehoben werden.

Insgesamt gilt es festzuhalten, dass zwar bereits bei Kindern Suizidgedanken vorkommen können, dass sie jedoch vergleichsweise selten zu Suiziden führen. Ebenso wie Suizidgedanken sind Suizidversuche vorwiegend in jüngeren Altersgruppen zu beobachten, während Suizide bei älteren Personen häufiger sind. Die für Österreich beschriebene Altersverteilung ist vergleichbar mit jener in anderen Ländern. Die niedrige Suizidrate bei Kindern ist aus entwicklungspsychologischer Sicht nachvollziehbar. Insbesondere jüngere Kinder bis zum siebenten Lebensjahr können Leben und Tod nicht eindeutig unterscheiden. Das Vorbereiten eines Suizids setzt ein erhebliches Ausmaß an Planungs- und Reflexionsfähigkeit voraus, beide Aspekte sind jedoch bei Kindern noch stark in Entwicklung begriffen. Aus gesundheitspolitischer Sicht gilt es hier zu erwähnen, dass auch bei Kindern und Jugendlichen psychiatrische Erkrankungen zu prädisponierenden Faktoren für einen Suizid zählen. Neben der auch bei der Gruppe der Erwachsenen im Vordergrund stehenden depressiven Erkrankung sind zudem auch Belastungsreaktionen (zum Beispiel infolge von Traumatisierung oder familiären Stressoren) und Störungen des Sozialverhaltens (insbesondere bei erhöhter Impulsivität) als psychiatrische Komorbidität und Begleiterkrankungen bei Kindern und Jugendlichen von Relevanz.

4.2 Geschlechtsspezifische Verteilung von Suiziden in Österreich

Wie bereits mehrfach erwähnt, suizidieren sich in Österreich deutlich mehr Männer als Frauen. Die Suizidrate ist bei Männern insgesamt mehr als dreifach so hoch wie bei Frauen. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen kommt es mit zunehmendem Alter zu einem ansteigenden Suizidrisiko. In jüngeren Jahren und im hohen Alter ist das Überwiegen männlicher Suizide noch stärker ausgeprägt. So liegt das Verhältnis der Suizidraten von Männern zu denen der Frauen in den Altersgruppen zwischen 15 und 40 Jahren bei 4 : 1. Im hohen Alter steigt dieses Verhältnis noch weiter an. So liegt die Ratio bei den über 85-Jährigen bei mehr als 6 : 1.

Die Gründe und Erklärungsmodelle für das erwähnte Verteilungsmuster werden wissenschaftlich stark debattiert. Einerseits wird in den Raum gestellt, dass Männer häufiger Methoden verwenden, die letal sind und mit einer größeren Wahrscheinlichkeit zum Tode führen (Russel & Judd 1999). Die Verwendung weniger letaler Methoden würde auch einen möglichen Erklärungsrahmen dafür liefern, dass es bei Frauen im Allgemeinen im Vergleich zu Männern häufiger beim nicht-letalen Suizidversuch bleibt. Andererseits zeigt sich bei Männern eine höhere Prävalenz von Alkohol und Substanzmissbrauch, was einen Einfluss auf die höhere Suizidrate haben könnte, da Alkohol enthemmend wirken kann und kritische Selbstkontrolle vermindert. Überdies bestehen bei Männern mehr Barrieren, sich in medizinische Betreuung zu begeben und Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen (Russel & Judd 1999).

Untersuchungen zur Suizidalität bei jungen Männern zeigen psychiatrische Erkrankungen, Substanzmissbrauch, niedrigen sozioökonomischen Status, ruralen Wohnort und Beziehungsstatus „Single“ als Risikofaktoren auf. Auf Gesamtpopulationsebene werden Arbeitslosigkeit, soziale Deprivation und Medienberichte von Suizid als relevante Faktoren beschrieben (Pitman et al. 2012).

4.3 Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen

Im diesem Abschnitt werden einige ausgewählte Aspekte der Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen beleuchtet. Dabei soll insbesondere ein Augenmerk auf die Signale nach außen bzw. auf die Pathogenese von suizidalem Verhalten gelegt werden.

Auch wenn das präsuizidale Syndrom (Einengung, gehemmte und gegen sich gerichtete Aggression, Suizidphantasien), wie es von Erwin Ringel bereits 1953 beschrieben wurde, nach wie vor zur Einschätzung der Suizidalität bei Erwachsenen geeignet ist, bei Kindern und Jugendlichen kann es auch fehlen. Dies ist damit zu erklären, dass suizidale Handlungen bei Kindern und Jugendlichen oft im akuten Konflikt entstehen, gleichzusetzen mit einer impulsiven Problemlösungsstrategie. Die Definition einer „suizidalen Entwicklungskette“ bei Kindern und Jugendlichen umfasst folgende Aspekte: lang andauernde Traumatisierung, Kontaktstörung oder soziale Isolierung sowie das Auftreten einer akuten Krise (wie zum Beispiel Erkrankung oder Verlust einer bedeutsamen Bezugsperson). Auf der Basis dieser Spannungen können letztlich Suizidgedanken und -handlungen entstehen.

In der klinischen Begutachtung ist besonders auch auf Risikofaktoren zu achten, die in einer österreichischen Studie über vollzogenen Suizid bei 10- bis 14-Jährigen retrospektiv als wichtige Risikofaktoren festgestellt worden waren. Dazu zählen nach affektiven Erkrankungen der Eltern und impulsiver Aggression das Auftreten von Suizid in der Familienanamnese (Dervic et al. 2008). Affektive Störungen und Störungen des Sozialverhaltens sowie Missbrauch und Misshandlung sind die am häufigsten genannten psychiatrischen Risikofaktoren in dieser Altersgruppe. Die Suizidhäufigkeit steigt nach der Pubertät an, was in Zusammenhang mit dem zuvor erwähnten Beginn depressiver Erkrankungen und Substanzmissbrauch in der Pubertät stehen könnte. Familiäre und schulbezogene Probleme, die tatsächlich vorhanden sind oder antizipiert werden, sowie andere erwähnte Stressoren bedürfen einer besonderen Evaluation.

Im Zusammenhang mit umweltbezogenen Stressoren hat der Aspekt des Mobbing in den letzten Jahren an Interesse gewonnen (Cloud 2010). Unter Mobbing versteht man intentionale und wiederholte Aggression, die ein Missverhältnis von Macht zwischen dem Opfer und dem Täter mit einschließt (Olweus 2013). Mobbing umfasst körperliche, verbale und zwischenmenschliche Formen (zum Beispiel Ausgrenzung oder die Verbreitung von Gerüchten) sowie das Cyber-Mobbing.

In einer rezenten Studie konnte gezeigt werden, dass rund 20 bis 35 Prozent von Jugendlichen berichten, in Mobbing involviert zu sein, sei es als Opfer, Täter oder beides (Litwiller & Brausch 2013). Das Erleben von Mobbing in der Kindheit ist ein bedeutender Prädiktor für Suizidversuche im Erwachsenenalter sowie für Tod durch Suizid bis zum Alter von 25 Jahren (Meltzer et al. 2011). Die Entwicklungen im Bereich der Informations- und Kommunikationstechnologie beeinflussen auch die Vielfältigkeit des Mobbing. Unter Cyber-Mobbing versteht man jenes Mobbing, das mithilfe von Internet und sozialen Netzwerken ausgeübt wird. In Hinblick auf den Zusammenhang von Cyber-Mobbing und Suizidalität gibt es bisher kaum stichhaltige Forschungsergebnisse. In einer rezenten Studie wird jedoch die Schlussfolgerung gezogen, dass bei Opfern von Cyber-Mobbing zu einem noch größeren Anteil als bei Opfern von traditionellem Mobbing ein erhöhtes Suizidrisiko besteht (Hinduja & Patchin 2010).

4.4 Suizidversuche und selbstverletzendes Verhalten bei Kindern und Jugendlichen

Die Tatsache, dass Jugendliche häufiger Suizidversuche begehen als ältere Menschen, ist insbesondere in Hinblick auf den weiteren Lebensverlauf von Bedeutung. Das Risiko von Jugendlichen, die Suizidversuche unternehmen, sich im weiteren Lebensverlauf tatsächlich zu suizidieren, ist im Vergleich zur Normalbevölkerung erhöht. Dieser Umstand stellt eine wichtige Herausforderung für die kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und Therapie dar und macht die Notwendigkeit einer vermehrten Bemühung um Nachsorge nach einem Suizidversuch deutlich. Im Zusammenhang mit der Erörterung des Themengebietes der Suizidversuche soll hier im Speziellen kurz auf das Thema des selbstverletzenden Verhaltens bei Kindern und Jugendlichen eingegangen werden.

Je nach Klassifikation unterscheidet man bei selbstverletzendem Verhalten zwischen Selbstverletzungen mit und ohne Suizidabsicht. Unter dem englischsprachigen Terminus „self-harm“ subsumiert werden nach Hawton et al. (2012) intentionale Selbstvergiftung sowie Selbstverletzung (zum Beispiel Ritzen), jeweils mit oder ohne Suizidabsicht. Selbstverletzung, in Analogie zu „self-harm“, ist einer der stärksten Prädiktoren für Suizid bei Jugendlichen und erhöht das Suizidrisiko um das Zehnfache (Hawton & Harris 2007).

Unter präventiven Gesichtspunkten ist bedeutsam, dass selbstverletzendes Verhalten häufig bei Jugendlichen auftritt. In einer Übersichtsarbeit von 128 Studien, die insgesamt 513.188 Jugendliche einschloss, konnte gezeigt werden, dass sich 13,2 Prozent aller Befragten bereits zu zumindest einem Zeitpunkt in ihrem Leben selbst verletzt hatten (Evan et al. 2005). Diese Prozentzahlen für selbstverletzendes Verhalten, das sowohl jenes mit als auch ohne Suizidabsicht einschließt, sind wesentlich höher als die Häufigkeit von Suizidversuchen bei Jugendlichen im Allgemeinen.

Betrachtet man nur jene Studien, die selbstverletzendes Verhalten ohne Suizidabsicht erfasst haben, gibt es eine große Schwankungsbreite in der berichteten Häufigkeit. Etwa 10 Prozent aller Jugendlichen, die sich selbst verletzen, wiederholten dies innerhalb eines Jahres (Hawton & James 2005). Resultate von zwei Behandlungsstudien zeigten, dass eine Anamnese von selbstverletzendem Verhalten ohne Suizidabsicht (non-suicidal self-injury, NSSI) am Beginn der Erfassung einen Prädiktor für zukünftige Suizidversuche bei depressiven Jugendlichen darstellte. Hierbei zeigten Studien, dass selbstverletzendes Verhalten zum Erhebungszeitpunkt ein stärkerer Prädiktor für einen Suizidversuch war als Suizidversuche selbst (Wilkinson et al. 2011). Dies legt nahe, dass das NSSI – Syndrom ernstgenommen werden sollte.

Betrachtet man die Risikofaktoren für selbstverletzendes Verhalten, so wird in einer rezenten Überblicksarbeit zwischen proximalen und distalen Aspekten unterschieden (Ougrin et al. 2012). Zu den proximalen Risikofaktoren zählen rezente Veränderungen im körperlichen oder psychischen Zustandsbild von Jugendlichen, Substanzmissbrauch sowie kürzlich erlebte aufreibende, stressbesetzte Ereignisse (Hawton et al. 2003). Hinsichtlich Stressoren zu erwähnen sind Streitigkeiten mit der Freundin / dem Freund oder den Eltern, kürzlich erfolgte Verlusterlebnisse (Trauer, Scheidung der Eltern, Trennungen in Beziehungen), schulbezogener Stress, insbesondere Prüfungsdruck und Mobbing in der Schule, Kontakt mit Suizid oder Selbstverletzungen bei Freunden oder eine Schwangerschaft bei einer Jugendlichen bzw. der jeweiligen Partnerin (Asarnow et al. 2008). Als besonders schwerwiegender Stressor muss im Zusammenhang mit selbstverletzendem Verhalten das Auftreten von körperlicher Misshandlung sowie sexueller Gewalt betrachtet werden, aktuell oder im Rahmen einer Erinnerung an Misshandlung oder Gewalt in der Vergangenheit.

Die distalen Risikofaktoren werden in einer Übersichtsarbeit in verschiedene Kategorien eingeteilt, hauptsächlich in soziodemografische, psychiatrische und psychologische Variablen. Zu den psychiatrischen und psychologischen Faktoren zählen neben dem erwähnten Faktor, dass selbstverletzendes Verhalten ein Schlüsselprädiktor für späteres selbstverletzendes Verhalten ist, auch das Vorliegen von psychiatrischen Diagnosen, wie eine sich entwickelnde Persönlichkeitsstörung, Störungen des Sozialverhaltens, Angst- und affektive Erkrankungen, Essstörungen und psychotische Erkrankungen sowie frühere stationäre Aufnahmen an Abteilungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Substanzmissbrauch. Ein niedriger Selbstwert, Perfektionismus, zeitlich anhaltende Neigung zu Wutausbrüchen, Impulsivität, mangelnde Entscheidungsfindung, Hoffnungslosigkeit, Neurotizismus, nicht-heterosexuelle Orientierung und mangelnde emotionale Problemlösungskompetenz steigern das Risiko für selbstverletzendes Verhalten (Asarnow et al. 1987).

Bei den soziodemografischen Faktoren gilt es, besonderes Augenmerk auf gender- und altersbezogene Aspekte zu richten. Bei weiblichen Jugendlichen kommt selbstverletzendes Verhalten gehäuft vor als bei männlichen Jugendlichen. Das selbstverletzende Verhalten beginnt in den meisten Fällen in der frühen Adoleszenz, kann jedoch auch schon im Kindesalter erstmalig auftreten und nimmt mit fortschreitender Spätadoleszenz stetig zu (Hawton & James 2005). In Studien aus dem amerikanischen Raum wird auch eine erhöhte Prävalenz bei bestimmten ethnischen Gruppen diskutiert (Ougrin et al. 2012).

Überdies berichten Studien davon, dass Jugendliche in Haushalten mit einem alleinerziehenden Elternteil bzw. Jugendliche, die fremd untergebracht sind (zum Beispiel in institutionellen Einrichtungen), ein erhöhtes Risiko haben, sich selbst zu verletzen. Überdies ist die Prävalenz von selbstverletzendem Verhalten bei jugendlichen Asylwerbern und bei Jugendlichen aus sozial benachteiligten Verhältnissen möglicherweise erhöht (King & Merchant 2008). Ebenso werden Belastungen unter jungen türkischen Migrantinnen als Risikofaktor für Suizidalität in Deutschland diskutiert, diesbezügliche vergleichende Studien sind jedoch rar. Suizid oder selbstverletzendes Verhalten im Familienverband sowie psychiatrische Erkrankungen innerhalb der Familie sind weitere Prädiktoren für selbstverletzendes Verhalten (Brent et al. 1996).

Zusammenfassend spielt also selbstverletzendes Verhalten hinsichtlich präventiver Aspekte von Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen eine entscheidende Rolle und sollte deshalb in Hinblick auf Versorgungsaspekte stärkere Berücksichtigung finden (etwa rasche Verfügbarkeit einer ausreichenden Anzahl von Psychotherapieplätzen sowie kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung).

Factbox:

- **Das Suizidrisiko steigt bei beiden Geschlechtern mit dem Alter.**
- **Alte Männer haben das höchste Suizidrisiko.**
- **Junge Männer haben ein höheres Risiko, an Suizid zu versterben, als junge Frauen.**
- **Aufgrund der Altersverteilung der Bevölkerung finden sich in Absolutzahlen die meisten Suizide zwischen dem 35. und dem 65. Lebensjahr.**
- **Das Suizidrisiko bei Kindern und Jugendlichen ist am geringsten.**
- **Männer haben durchschnittlich ein dreifach höheres Suizidrisiko als Frauen.**
- **Die Suizidraten sind in allen Altersgruppen und bei beiden Geschlechtern seit Mitte der 1980er Jahre rückläufig.**

5 Suizidprävention in Österreich

5.1 Befragung zu suizidpräventiven Projekten in Österreich

Das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Herbst 2012 präsentierte österreichische Suizidpräventionskonzept SUPRA (BMG 2011) nennt zehn Arbeitsbereiche der Suizidprävention. Jeder Bereich hat spezifische Aufgaben, die jeweils von unterschiedlichen Personen, Personengruppen, Interessengemeinschaften und Institutionen übernommen werden können. Die zehn Bereiche sind:

1. erhöhtes Bewusstsein schaffen und Wissen verbreiten,
2. flächendeckend Unterstützung und Behandlung anbieten,
3. spezielle suizidpräventive Angebote für Kinder und Jugendliche anbieten,
4. Erwachsene im erwerbsfähigen Alter mit Suizidprävention erreichen,
5. Suizidprävention für alte Menschen anbieten,
6. besondere Berücksichtigung von Personengruppen mit erhöhtem Suizidrisiko gewährleisten,
7. Schulungsmaßnahmen anbieten und weiterentwickeln,
8. Verfügbarkeit von Suizidmitteln einschränken,
9. Suizidforschung betreiben,
10. Suizidprävention durch gesetzliche Rahmenbedingungen unterstützen.

Um erstmals einen Überblick über die vielfältigen suizidpräventiven Aktivitäten in Österreich geben zu können, wurde im Frühjahr 2013 von der GÖG eine Online-Befragung unter österreichischen Expertinnen und Experten durchgeführt. Im Zeitraum von Mai bis Anfang Juli 2013 wurden von der GÖG insgesamt 49 Personen ersucht, einen Fragebogen zu aktuellen Projekten in ihren Bundesländern auszufüllen, die sich explizit dem Thema Suizidprävention widmen. Die Auswahl der Expertinnen und Experten war anhand einer Internetrecherche und einer anschließenden Ergänzung durch das SUPRA-Expertengremium getroffen worden. Insgesamt meldeten 21 Expertinnen und Experten Projekte aus acht Bundesländern. Die Projektsammlung ist ein erster Versuch einer Bestandsaufnahme von suizidpräventiven Aktivitäten und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Für die nächsten Jahre wird angestrebt, diese Sammlung sukzessive zu vervollständigen. Im SUPRA-Konzept (BMG 2011) sind Kriseninterventionszentren und telefonische oder persönliche 24-Stunden-Betreuung in den einzelnen Bundesländern dokumentiert (S. 55 ff.), und die psychiatrische, klinisch-psychologische und psychotherapeutische Versorgung wird bereits in anderen Berichten beschrieben (GÖG/ÖBIG 2010, 2010a, 2012). Darum konnte in dieser Erhebung der Fokus auf Projekte der selektiven³ und indizierten⁴ Suizidprävention abseits akuter Hilfsangebote gelegt werden.

Die Befragten konnten bis zu fünf Projekte aus ihrem Bundesland angeben, die Frage lautete: „Gibt es in Ihrem Bundesland Projekte, Programme oder Initiativen, die sich explizit der Prävention von Suiziden widmen?“ Als Hilfestellung wurden folgende Beispiele genannt:

„[...] Bereitstellung von Informationsmaterialien für die Bevölkerung oder von Instrumenten/Schulungen für Expertinnen und Experten, Veranstaltung von Tagungen, Angebot von Selbsthilfegruppen, Lobbyingmaßnahmen zur Beeinflussung der Gesetzgebung, Maßnahmen zur Verhinderung und Verringerung des Zugangs zu Suizidmitteln, Auf-/Ausbau von Netzwerken zum Thema Suizidprävention [...]“.

³ „Selektive“ präventive Interventionen sind an spezielle Risikogruppen innerhalb der Bevölkerung gerichtet (z. B. psychisch Kranke, Alte und Vereinsamte, chronisch Kranke, mit Alkohol-, Drogen- und Medikamentenmissbrauch, Opfer von Gewalt, Strafgefangene etc.).

⁴ „Indizierte“ präventive Interventionen richten sich an Einzel-Personen, die bereits Anzeichen eines Risikoverhaltens aufweisen (z. B. Personen mit Suizidankündigung und nach Suizidversuch; Opfer von Selbstverletzung).

Um die Auswahl der Projekte/Programme/Initiativen zu erleichtern, wurden folgende Ein- bzw. Ausschlusskriterien vorgegeben:

Einschlusskriterium:

- explizite Erwähnung von Suizidprävention in den Projektzielen

Ausschlusskriterien:

- keine explizite Erwähnung von Suizidprävention in den Projektzielen (z. B. unspezifische Projekte zur Förderung der psychischen Gesundheit, Suchtprävention, Gewaltprävention ..., die Suizidprävention allenfalls als „Nebeneffekt“ haben)
- Versorgungsstrukturen: Krisendienste, akut-psychiatrische Versorgung, Psychotherapeutinnen/-therapeuten ...

Die einzelnen Projekte werden nach folgendem Raster dargestellt:

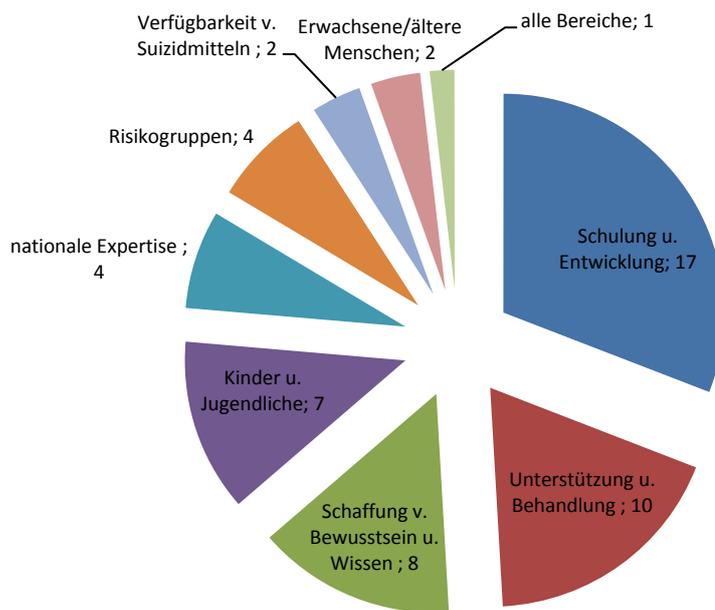
Projekt-Titel (inkl. Bundesland)
Projektbeschreibung
Zielgruppe
Anzahl Personen, die insgesamt oder bei dauerhaften Programmen pro Jahr erreicht wird
Ziele
Maßnahmen
Laufzeit in Monaten, Projektbeginn/Ende
Personalressourcen (in Vollzeitäquivalenten)
Träger
Gibt es eine Evaluation, wenn ja (bisherige) Ergebnisse
Kontaktperson, E-Mail, Telefonnummer
Webadresse für weiterführende Informationen
Zuordnung zu SUPRA-Arbeitsgebiet

Insgesamt erfüllten 37 der gemeldeten Projekte die erforderlichen Kriterien. Diese Zahl ist als Richtwert zu verstehen, da sehr umfangreiche Projekte mit einem ganzen Bündel von Maßnahmen ebenso als Einzelprojekt gemeldet wurden wie Angebote ein und derselben Trägereinrichtung. Darüber hinaus gibt es Überschneidungen zwischen einzelnen Projekten (z. B. Medienberichterstattung). Manche der Projekte liegen im Grenzbereich zwischen Forschung und Anwendungsorientierung – hier war die Fragestellung in der Erhebung zu unscharf, weshalb möglicherweise ähnlich gelagerte Projekte nicht gemeldet wurden. Es wird daher angestrebt, im nächsten Suizidbericht explizit auch die Forschungsaktivitäten zur Suizidprävention in Österreich darzustellen.

Das Spektrum der gemeldeten Projekte ist breit gefächert und umfasst neun von zehn Bereichen des SUPRA-Konzepts⁵ (s. Abbildung 10), wobei zahlreiche Projekte auf mehrere Bereiche von SUPRA abzielen. Die meisten Projekte und Initiativen (17) beziehen sich auf den SUPRA-Arbeitsbereich *Schulung und Entwicklung*, hier geht es einerseits um die Fortbildung von Gatekeepern sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (von Ärztinnen/Ärzten, Sozialarbeiterinnen/-arbeitern, Lehrerinnen/Lehrern ...), aber auch von Eltern. Zehn Projekte widmen sich dem Bereichen *Unterstützung und Behandlung* (wobei hier öfters Überschneidungen mit dem Bereich *Schulung* zu finden sind). Acht Projekte widmen sich der *Schaffung von erhöhtem Bewusstsein und Wissen* und richten sich entweder direkt an die Allgemeinbevölkerung (hier gibt es auch Überschneidungen mit dem Bereich *Erwachsene*) oder zielen auf die Massenmedien und deren Berichterstattung über Suizide ab. Sieben Projekte richten sich an *Kinder und Jugendliche*. Vier Projekte widmen sich *Gruppen mit erhöhtem Suizidrisiko*, weitere vier Projekte sind dem SUPRA-Arbeitsbereich *nationale Expertise* zuzuordnen, hier geht es in erster Linie um Vernetzungsprojekte und Projekte im Grenzbereich zur Forschung. Zwei Projekte widmen sich der *reduzierten Verfügbarkeit/Erreichbarkeit von Suizidmitteln* und eines speziell der *Zielgruppe Erwachsene bzw. ältere Menschen*. Ein Projekt umfasst so gut wie alle Arbeitsgebiete von SUPRA. Die detaillierten Projektbeschreibungen finden sich in Anhang A.

⁵ Zum Punkt 10 „gesetzliche Voraussetzungen“ wurden keine Projekte gemeldet.

Abbildung 10: Anzahl der Projekte zu den SUPRA-Arbeitsbereichen (Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: GÖG

Factbox:

- Neben akuten Hilfsangeboten gibt es in Österreich zumindest 37 Projekte der Suizidprävention.
- Das Spektrum der gemeldeten Projekte ist breit gefächert und umfasst beinahe alle Bereiche des SUPRA-Konzepts.

5.2 Medienrichtlinien zur Berichterstattung über Suizide

Der Österreichische Presserat verankerte im Jahr 2012 in Anlehnung an andere europäische und internationale Vorbilder eine verantwortungsvolle Medienberichterstattung über Suizide im Ehrenkodex der österreichischen Presse. Diesbezügliche Empfehlungen hinsichtlich einer ausgewogenen Darstellung von Suiziden in den Medien existieren seit den 1970er Jahren (Motto 1970). Untersuchungen aus Österreich zeigten in der Folge, dass bestimmte Zeitungsberichte Imitationseffekte auslösen können (Etzersdorfer et al. 1992) und die Konzipierung und Verbreitung von Leitlinien zur medialen Berichterstattung über Suizide einen Rückgang der U-Bahn-Suizide in Wien zur Folge hatte (Sonneck et al. 1994). In der Zwischenzeit liegen auch Medienrichtlinien der WHO zum verantwortungsvollen Umgang mit Suiziddarstellungen in den Medien vor (WHO 2008). Im Wesentlichen wird darin empfohlen, auf eine sensationsträchtige Berichterstattung (wie etwa bei Prominentensuiziden) zu verzichten und einseitige sowie vereinfachende Erklärungen zu vermeiden. Weiters wird für die Berichterstattung empfohlen,

- konkrete Alternativen und Lösungsansätze aufzuzeigen,
- professionelle Hilfsangebote zu nennen,
- öffentliches Bewusstsein für Suizidproblematik zu schaffen,
- Kennzeichen von Suizidgefahr (Risikofaktoren) beschreiben,
- über erfolgreiche Krisenbewältigung zu berichten.

Ein detaillierter Leitfaden zur Medienberichterstattung liegt auch als Internetressource vor:
<http://www.kriseninterventionszentrum.at/medienberichterstattung.htm>
http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Suizidpraevention_SUPRA

Factbox:

- **Der Österreichische Presserat hat eine umsichtige und verantwortungsvolle Berichterstattung über Suizide in seinen Ehrenkodex aufgenommen.**
- **Um Imitationssuizide zu verhindern,**
 - **sollten in Medienberichten konkrete Alternativen und Lösungsansätze aufgezeigt werden,**
 - **sollte öffentliches Bewusstsein für Suizidproblematik geschaffen werden,**
 - **sollten Kennzeichen von Suizidgefahr (Risikofaktoren) beschrieben und**
 - **sollte auch über bewältigte Krisen berichtet werden.**

6 Literatur

- Asarnow JR, Carlson GA, Guthrie D (1987): Coping strategies, self-perceptions, hopelessness, and perceived family environments in depressed and suicidal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 55:361–366.
- Asarnow JR, Baraff LJ, Berk M, Grob C, Devich-Navarro M, Suddath R, et al. (2008): Pediatric emergency department suicidal patients: two-site evaluation of suicide ideators, single attempters, and repeat attempters. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 47:958–966.
- Baca-García E, Diaz-Sastre C, Basurte E, Prieto R, Ceverino A, Saiz-Ruiz J, de Leon J (2001): A prospective study of the paradoxical relationship between impulsivity and lethality of suicide attempts. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 62(7): 560–564.
- BMG (Hg.) (2011): SUPRA. Suizidprävention Austria. Wien: BMG
- Brent DA, Bridge J, Johnson BA, Connolly J (1996): Suicidal behavior runs in families. A controlled family study of adolescent suicide victims. *Archives of General Psychiatry*. 53:1145–1152.
- Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, Barbe RP, Birmaher B, Pincus HA, et al. (2007): Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 297:1683–1696.
- Chisholm D, Flisher AJ, Lund C, et al. (2007): Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet*. 370:1241–1252.
- Cloud J (2010): Bullied to death? *Time*. 176:60–63.
- Davis GE. & Lowell WE (2002): Evidence that latitude is directly related to variation in suicide rates. *Canadian Journal of Psychiatry*. 47(6):572–574.
- De Munck S (2009): Epidemiological trends in attempted suicide in adolescents and young adults between 1996 and 2004. *Crisis*. 30(3):115–9.
- Dervic K, Brent DA, Oquendo MA (2008): Completed suicide in childhood. *The Psychiatric Clinics of North America*. 31:271–291.
- Eggerth A, Hagleitner J, Reichardt B (2010): Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung 2007. Eine Iststand-Erhebung mit einem Sonderkapitel zur BGKK. Wien: GÖG
- Eggerth A, Bednar W, Hagleitner J, GÖG/ÖBIG (2010a): Versorgung mit Psychotherapie 2009. Eine Ist-Stand Erhebung mit einem Sonderkapitel zu Psychopharmaka. Wien: GÖG
- Etzersdorfer E, Sonneck G, Nagel-Kuess S. Newspaper reports and suicide (1992): *The New England Journal of Medicine*. 327(7):502–3.
- 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. *Wiener klinische Wochenschrift*. 117:31–35.

- Evans E, Hawton K, Rodham K, Deeks J (2005): The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. 35:239–250.
- Flavio M (2013): Suicide attempts in the county of Basel: Results from the WHO/EURO multicenter study on suicidal behavior. *Swiss Medical Weekly*, 143.
- Grabenhofer-Eggerth A (2012): *Klinisch-psychologische Versorgung in Krankenanstalten und Rehabilitationszentren 2011*. Wien: GÖG
- Hawton K, Harriss L, Hall S, Simkin S, Bale E, Bond A (2003): Deliberate self-harm in Oxford, 1990–2000: a time of change in patient characteristics. *Psychological Medicine*. 33:987–995.
- Hawton K, Simkin S, Deeks J, Cooper J, Johnston A, Waters K, Arundel M, Bernal W, Gunson B, Hudson M, Suri D, Simpson K. (2004). UK legislation on analgesic packs: before and after study of long term effect on poisonings. *BMJ*. 329(7474):1076.
- Hawton K, James A (2005): Suicide and deliberate self harm in young people. *Bmj*. 330:891–894.
- Hawton K, Harriss L (2007): Deliberate self-harm in young people: characteristics and subsequent mortality in a 20-year cohort of patients presenting to hospital. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 68:1574–1583.
- Hawton K, Bergen H, Waters K, Ness J, Cooper J, Steeg S, et al. (2012): Epidemiology and nature of self-harm in children and adolescents: findings from the multicentre study of self-harm in England. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 21:369–377.
- Hetrick SE, McKenzie JE, Cox GR, Simmons MB, Merry SN (2012): Newer generation antidepressants for depressive disorders in children and adolescents. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 11:CD004851.
- Hinduja S, Patchin JW (2010): Bullying, cyberbullying, and suicide. *Archives of Suicide Research : Official Journal of the International Academy for Suicide Research*. 14:206–221.
- Isacsson G (2000): Suicide prevention-a medical breakthrough? *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 102:113–117.
- Jeanneret O. (1982): Ladame F, Jeanneret O: Suicide in adolescents: some comments on epidemiology and Prevention. *Journal of Adolescence* 1982; 5:355–366.
- Kapusta, ND, Etzersdorfer, E, Krall, C, Sonneck, G (2007): Firearm legislation reform in the European union: Impact on firearm availability, firearm suicide and homicide rates in Austria. *British Journal of Psychiatry*. 191:253–257.
- Kapusta ND, Niederkrotenthaler T, Etzersdorfer E, Voracek M, Dervic K, Jandi-Jager E, et al. (2009): Influence of psychotherapist density and antidepressant sales on suicide rates. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 119:236–242.
- Kapusta ND, Niederkrotenthaler T, Etzersdorfer E, Voracek M, Dervic K, Jandi-Jager E, Sonneck G (2009): Influence of psychotherapist density and antidepressant sales on suicide rates. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 119(3):236–242.
- Kapusta ND, Posch M, Niederkrotenthaler T, Fischer-Kern M, Etzersdorfer E, Sonneck G (2010): Availability of mental health service providers and suicide rates in Austria: a nationwide study. *Psychiatric Services*. 61:1198–1203.

- Kapusta ND, Tran US, Rockett IRH, De Leo D, Naylor CPE, Niederkrotenthaler T, Voracek M, Etzersdorfer E, Sonneck G (2011): Declining autopsy rates and suicide misclassification: A cross national analysis of 35 countries. *Archives of General Psychiatry*. 68(10):1050–1057.
- Katschnig H (2004): The decreasing risk of suicide over a 30-year period after a suicide attempt. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 110:32ff.
- King CA, Merchant CR (2008): Social and interpersonal factors relating to adolescent suicidality: a review of the literature. *Archives of suicide research : Official Journal of the International Academy for Suicide Research*. 12:181–196.
- Koger R. (2013): Die Qualität der österreichischen Suizidstatistik auf politischer Bezirksebene, Diplomarbeit, Wien.
- Kolves K, De Leo D (2013): Natural disasters and suicidal behaviours: A systematic literature review. *Journal of Affective Disorders*. 146(1): 1–14.
- Kondilis E, Giannakopoulos S, Gavana M, Ierodiakonou I, Waitzkin H, Benos A (2013): Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: The greek case. *American Journal of Public Health*. 103(6):973–979.
- Levi F, La Vecchia C, Lucchini F, Negri E, Saxena S, Maulik PK, et al. (2003): Trends in mortality from suicide, 1965–99. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 108:341–349.
- Litwiller BJ, Brausch AM (2013): Cyber bullying and physical bullying in adolescent suicide: the role of violent behavior and substance use. *Journal of Youth and Adolescence*. 42:675–684.
- Meltzer H, Vostanis P, Ford T, Bebbington P, Dennis MS (2011): Victims of bullying in childhood and suicide attempts in adulthood. *European psychiatry : The Journal of the Association of European Psychiatrists*. 26:498–503.
- Minagawa Y (2012): The Social Consequences of Postcommunist Structural Change: An Analysis of Suicide Trends in Eastern Europe. *Social Forces*. 91(3):1035–1056.
- Motto JA (1970): Newspaper influence on suicide: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*. 23(2):143–148
- Niederkrotenthaler T, Till B, Herberth A, Kapusta ND, Voracek M, Dervic K, et al. (2009): Can media effects counteract legislation reforms? The case of adolescent firearm suicides in the wake of the Austrian firearm legislation. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*. 44:90–93.
- Olweus D (2013): School bullying: development and some important challenges. *Annual Review of Clinical Psychology*. 9:751–780.
- Ougrin D, Tranah T, Leigh E, Taylor L, Asarnow JR (2012): Practitioner review: Self-harm in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Applied Disciplines*. 53:337–350.
- Persson H, Sjöberg G, Haines J, Pronczuk de Garbino J (1998): Poisoning Severity Score: Grading of acute poisoning. *Journal of Toxicology - Clinical Toxicology*. 36:205–213.
- Pitman A, Kryszynska K, Osborn D, King M (2012): Suicide in young men. *Lancet*. 379:2383–2392.
- Rihmer Z (2001): Can better recognition and treatment of depression reduce suicide rates? A brief review. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*. 16:406–409.

- Ringel E (1953): Der Selbstmord. Abschluss einer krankhaften Entwicklung. Wien, Düsseldorf: Maudrich
- Ritter K, Zitterl W, Stompe T (2011): Religion und Selbsttötung - Teil 2: Konfessionen, Säkularisierung, Religiosität und die nationalen Suizidraten. *Neuropsychiatrie*. 25(3):127–134.
- Ritter K, Zitterl W, Stompe T (2013). [Unemployment, suicide- and homicide-rates in the EU countries]. *Neuropsychiatr*. 2013;27(3):111–118.
- Rockett IRH, Thomas BM (1999): Reliability and sensitivity of suicide certification in higher income countries. *Suicide and Life Threatening Behavior*. 29:141–149.
- Rockett IRH, Kapusta ND, Bhandari R. (2011) Suicide Misclassification in an International Context: Re-visitation and Update. *Suicidology Online* 2:48–61.
- Russell D, Judd F (1999): Why are men killing themselves? A look at the evidence. *Australian Family Physician*. 28:791–795.
- Schmiech V (2013): Epidemiologische Untersuchung parasuizidalen und suizidalen Verhaltens in Österreich hinsichtlich Alter und Geschlecht. Diplomarbeit. Universität Wien.
- Sonneck G, Etzersdorfer E, Nagel-Kuess S (1994): Imitative suicide on the Viennese subway. *Social Science and Medicine*. 38(3):453–457.
- 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.
- Stone M, Laughren T, Jones ML, Levenson M, Holland PC, Hughes A, et al. (2009): Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. *Bmj*. 339:b2880.
- Varnik P, Sisak M, Varnik A, Arensman E, Audenhove VC, van der Feltz-Cornelis CM, Hegerl U (2012): Validity of suicide statistics in Europe in relation to undetermined deaths: developing the 2-20 benchmark. *Injury Prevention*. 18(5):321–325.
- Vyssoki B, Willeit M, Blüml V et al. (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*. 133(1-2):93–96.
- Watzka C. (2008): Sozialstruktur und Suizid in Österreich. Ergebnisse einer epidemiologischen Studie für das Land Steiermark. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.
- Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Dubicka B, Goodyer I (2011): Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *American Journal of Psychiatry*. 168:495–501.
- Wyder M, De Leo D (2007): Behind impulsive suicide attempts: indications from a community study. *Journal of Affective Disorders*. 104(1–3):167–173.

7 Anhang A: Österreichische Projekte zur Suizidprävention

Projekt-Titel	Suizidprävention in der Hausarztpraxis (Wien)
Projektbeschreibung	Förderung der Sekundärprävention von Suiziden und Suizidversuchen durch Vernetzung und Austausch mit den Wiener Hausärztinnen und -ärzten zum Thema Umgang mit suizidalem Verhalten bei Patienten in der Allgemeinpraxis und Förderung der Zusammenarbeit bei Suizidgefährdung
Zielgruppe	niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin
Anzahl Personen, die insgesamt oder bei dauerhaften Programmen pro Jahr erreicht werden	insgesamt 500 bis 800, pro Jahr 50 bis 80
Ziele	Vermittlung basaler Kenntnisse und Verhaltensweisen im Umgang mit Suizidalität; Vermittlung von Strategien für akute Interventionen; Vernetzung der Hausärztinnen und -ärzte mit Institutionen im psychosozialen Feld
Maßnahmen	Schulung von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern zu relevanten Themen der Suizidprävention; Schulung in Behandlung von Suizidalität; Erstellung von Informationsmaterial; Vermitteln von Anlaufstellen für Hausärztinnen/-ärzte zum Umgang mit suizidalen Patientinnen/Patienten
Laufzeit in Monaten, Projektbeginn/Ende	Beginn 2010, offenes Ende
Personalressourcen (in Vollzeitäquivalenten)	in Summe ca. 1/2 Stelle, inhaltliche Projektarbeit, Organisation, Administration
Träger	Kriseninterventionszentrum Wien
Gibt es eine Evaluation, wenn ja (bisherige) Ergebnisse	begleitende Fragebögen zu Erfahrungen mit Suizidalität, Umgang mit Suizidalität.
Kontaktperson, E-Mail, Telefonnummer	Dr. Thomas Kapitany, thomas.kapitany@kriseninterventionszentrum.at; Mag. Dagmar Ferstl, verwaltung@kriseninterventionszentrum.at; Tel: 01/406 95 95
Webadresse für weiterführende Informationen	
SUPRA-Arbeitsgebiet(e)	2, 7

Projekt-Titel	E-Mail-Beratung für Menschen in psychosozialen Krisen (bundesweit)
Projektbeschreibung	Seit 1. August 2012 bietet das Kriseninterventionszentrum mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit über eine gesicherte Datenverbindung E-Mail-Beratung für Menschen in psychosozialen Krisen an. Eine Antwort erfolgt innerhalb von 24-48 Stunden. Im Falle eines ganz akuten Anliegens wird auf entsprechende Notfallnummern hingewiesen.
Zielgruppe	Menschen in Krisen (insbesondere suizidale Klientinnen/Klienten), die aus den unterschiedlichsten Gründen nicht in der Lage sind, persönliche oder telefonische Hilfe in Anspruch zu nehmen
Anzahl Personen, die insgesamt oder bei dauerhaften Programmen pro Jahr erreicht werden	2013: 249 Personen - 524 Beratungen
Ziele	Schaffung eines österreichweiten Angebots zur Kontaktaufnahme und Beratung im Internet per E-Mail als wichtige Ergänzung zum bisherigen Angebot des Kriseninterventionszentrums
Maßnahmen	Online-Beratung
Laufzeit in Monaten, Projektbeginn/Ende	seit August 2012
Personalressourcen (in Vollzeitäquivalenten)	ein halbes Vollzeitäquivalent
Träger	Kriseninterventionszentrum Wien, unterstützt vom BMG
Gibt es eine Evaluation, wenn ja (bisherige) Ergebnisse	
Kontaktperson, E-Mail, Telefonnummer	Dr. Claudius Stein, Mag. Dagmar Ferstl, verwaltung@kriseninterventionszentrum.at ; Tel: 01/406 95 95
Webadresse für weiterführende Informationen	www.kriseninterventionszentrum.at
SUPRA-Arbeitsgebiet(e)	2

Projekt-Titel	Seminarreihe: Grundlagen der Krisenintervention für im psychosozialen Bereich tätige Helfer/innen (Wien)
Projektbeschreibung	Psychosoziale Helfer/innen kommen oft mit Menschen in Kontakt, die sich unmittelbar in einer schweren Lebenskrise befinden und Suizidgedanken entwickeln. Die Konfrontation mit akuten Krisen sowie die Aufgabe, die Betroffenen angemessen zu unterstützen, stellt oft auch für die Helfer/innen eine hohe Herausforderung dar. Im Seminar werden die Grundlagen der Krisenintervention vermittelt.
Zielgruppe	im psychosozialen Bereich Tätige
Anzahl Personen, die insgesamt oder bei dauerhaften Programmen pro Jahr erreicht werden	50-60 Personen
Ziele	Diese Seminare bieten die Möglichkeit, sich mit der spezifischen Dynamik von Krisen vertraut zu machen und die Prinzipien der Krisenintervention in verschiedenen Anwendungsfeldern kennen zu lernen.
Maßnahmen	Seminare
Laufzeit in Monaten, Projektbeginn/Ende	seit 2009
Personalressourcen (in Vollzeitäquivalenten)	
Träger	Kriseninterventionszentrum Wien
Gibt es eine Evaluation, wenn ja (bisherige) Ergebnisse	
Kontaktperson, E-Mail, Telefonnummer	Mag. Dagmar Ferstl, verwaltung@kriseninterventionszentrum.at ; Tel: 01/406 95 95
Webadresse für weiterführende Informationen	www.kriseninterventionszentrum.at
SUPRA-Arbeitsgebiet(e)	7, 6

Projekt-Titel	Krisenintervention und Suizidprävention am Arbeitsplatz (Wien)
Projektbeschreibung	Schaffung von speziellen Angeboten psychosozialer Krisenhilfe für belastete Mitarbeiter/innen verschiedener Unternehmen im Sinne von EAPs (Employee Assistance Programs), Schulung und Information von Führungskräften, Personalvertreter/innen und Multiplikatorinnen/Multiplikatoren von Unternehmen, die zur Sensibilisierung für die Themen Krise und Suizidalität beitragen sollen. Dabei soll Wissen über Erkennen von psychischen Problemen und Gefährdungen sowie über Hilfsmöglichkeiten vermittelt werden. Beratungsangebote für Mitarbeiter/innen.
Zielgruppe	Mitarbeiter/innen von mehreren Österreichischen Firmen bzw. Organisationen, Führungskräfte, Multiplikatorinnen/Multiplikatoren, Personalvertreter/innen
Anzahl Personen, die insgesamt oder bei dauerhaften Programmen pro Jahr erreicht werden	
Ziele	siehe Projektbeschreibung
Maßnahmen	Zurverfügungstellung spezifischer Beratungsangebote für die Mitarbeiter/innen, die sich in Krisen befinden. Schulungen in mehreren Betrieben sowie Beratungsangebote für die Mitarbeiter/innen. Gruppenberatungen nach Suiziden oder traumatischen Ereignissen am Arbeitsplatz
Laufzeit in Monaten, Projektbeginn/Ende	seit 2000
Personalressourcen (in Vollzeitäquivalenten)	
Träger	Kriseninterventionszentrum Wien in Kooperation mit Telekom Austria, Österreichischer Nationalbibliothek, Caritas Wien „Hilfe in Not“
Gibt es eine Evaluation, wenn ja (bisherige) Ergebnisse	
Kontaktperson, E-Mail, Telefonnummer	Dr. Claudius Stein, Mag. Dagmar Ferstl, verwaltung@kriseninterventionszentrum.at; Tel: 01/406 95 95
Webadresse für weiterführende Informationen	www.kriseninterventionszentrum.at
SUPRA-Arbeitsgebiet(e)	1, 2, 4, 7

Projekt-Titel	„Suizidprävention in der psychosozialen und medizinischen Versorgung älterer Menschen“ (Wien)
Projektbeschreibung	Sensibilisierung für das Problem hoher Suizidraten älterer Menschen. Schulung jener Personen, die mit älteren Menschen arbeiten. Öffentlichkeitsarbeit. Vernetzungsarbeit.
Zielgruppe	Hausärztinnen und -ärzte, Personen, die in der ambulanten und stationären Altenhilfe tätig sind, Angehörige älterer Menschen, die sich in Krisen befinden. Betroffene.
Anzahl Personen, die insgesamt oder bei dauerhaften Programmen pro Jahr erreicht werden	Seminare: ca. 100 Personen Öffentlichkeitsarbeit
Ziele	Sensibilisierung für das Thema Suizidalität im Alter und Vermittlung von Wissen zu: Ethischen Grundlagen; Ursachen, die zur Suizidgefährdung älterer Menschen beitragen; Richtiger Einschätzung von Suizidgefährdung; Richtigem Verhalten im Falle einer Suizidgefährdung. Entwicklung von Konzepten, wie man ältere Menschen mit speziellen Hilfsangeboten besser erreichen könnte (Austausch zwischen Mitarbeiter/innen der Altenhilfe und des Kriseninterventionszentrums). Öffentlichkeitsarbeit zum Thema
Maßnahmen	Schulungen (Zielgruppe siehe oben) Vernetzung mit Kriseneinrichtungen. Erstellung von Informationsmaterialien (Broschüre in Fertigstellung), Öffentlichkeitsarbeit (Vorträge, z. B. Seniorenmesse). Weiterführende Überlegungen zu allgemeinen Konzepten zur Suizidprävention im Alter und zum Transfer in die Sozialversicherung.
Laufzeit in Monaten, Projektbeginn/Ende	
Personalressourcen (in Vollzeitäquivalenten)	ca. eine halbe Stelle
Träger	Kriseninterventionszentrum Wien Unterstützt vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger
Gibt es eine Evaluation, wenn ja (bisherige) Ergebnisse	
Kontaktperson, E-Mail, Telefonnummer	Dr. Claudius Stein, Mag. Dagmar Ferstl, verwaltung@kriseninterventionszentrum.at; Tel: 01/406 95 95
Webadresse für weiterführende Informationen	www.kriseninterventionszentrum.at
SUPRA-Arbeitsgebiet(e)	1, 2, 5, 7

Projekt-Titel	Suizidprävention durch Zusammenarbeit mit den Medien (bundesweit)
Projektbeschreibung	Weiterentwicklung und Verteilung der Medienempfehlungen zur Berichterstattung über Suizid
Zielgruppe	Allgemeinbevölkerung
Anzahl Personen, die insgesamt oder bei dauerhaften Programmen pro Jahr erreicht werden	Allgemeinbevölkerung
Ziele	Verbesserung der Qualität der Berichterstattung, weniger Suizide
Maßnahmen	
Laufzeit in Monaten, Projektbeginn/Ende	seit 1987
Personalressourcen (in Vollzeitäquivalenten)	
Träger	Zentrum für Public Health – MedUni Wien, Kriseninterventionszentrum
Gibt es eine Evaluation, wenn ja (bisherige) Ergebnisse	deutlich verbesserte Berichterstattung, Verhinderung von geschätzten 81 Suiziden pro Jahr nach Einführung
Kontaktperson, E-Mail, Telefonnummer	thomas.niederkrotenthaler@meduniwien.ac.at, 01/401 60-34611
Webadresse für weiterführende Informationen	www.meduniwien.ac.at/allgmed
SUPRA-Arbeitsgebiet	1

Projekt-Titel	Prävention von U-Bahn-Suiziden (Wien)
Projektbeschreibung	Prävention von U-Bahn-Suiziden durch Moratorium über Berichterstattung, Surveillance des aktuellen Suizidgeschehens, Analyse der Verteilung der Vorfälle
Zielgruppe	Allgemeinbevölkerung
Anzahl Personen, die insgesamt oder bei dauerhaften Programmen pro Jahr erreicht werden	Allgemeinbevölkerung
Ziele	Verringerung von Suiziden bzw. Suizidversuchen im U-Bahn-Bereich
Maßnahmen	Moratorium über Berichterstattung, Surveillance des aktuellen Suizidgeschehens, Analyse der Verteilung der Vorfälle
Laufzeit in Monaten, Projektbeginn/Ende	seit 1987
Personalressourcen (in Vollzeitäquivalenten)	
Träger	Zentrum für Public Health – MedUni Wien, Wiener Linien
Gibt es eine Evaluation, wenn ja (bisherige) Ergebnisse	deutliche Reduktion der U-Bahn-Suizide und -versuche, gehäuftes Auftreten von Suiziden in bestimmten Stationen mit Risikogruppen
Kontaktperson, E-Mail, Telefonnummer	thomas.niederkrotenthaler@meduniwien.ac.at, 01/401 60-34611
Webadresse für weiterführende Informationen	www.meduniwien.ac.at/allgmed
SUPRA-Arbeitsgebiet	8, 1

Projekt-Titel	Netzwerkaufbau Wiener Werkstätte für Suizidforschung (Wien)
Projektbeschreibung	
Zielgruppe	Suizidforscher/innen und in der Prävention Tätige aus dem Raum Wien
Anzahl Personen, die insgesamt oder bei dauerhaften Programmen pro Jahr erreicht werden	ca. 50
Ziele	Vernetzung, Austausch, Kollaboration
Maßnahmen	monatliche Treffen
Laufzeit in Monaten, Projektbeginn/Ende	seit 2007
Personalressourcen (in Vollzeitäquivalenten)	ca. 25 aktive Mitglieder, Vereinsstatus, Präventions- und Forschungsprojekte
Träger	MedUni Wien, Uni Wien
Gibt es eine Evaluation, wenn ja (bisherige) Ergebnisse	
Kontaktperson, E-Mail, Telefonnummer	
Webadresse für weiterführende Informationen	www.suizidforschung.at
SUPRA-Arbeitsgebiet	9

Projekt-Titel	Suizidprävention in Chatrooms (bundesweit)
Projektbeschreibung	Analyse von Chatinhalten aus Österreich und Deutschland zum Thema Suizid
Zielgruppe	Jugendliche
Anzahl Personen, die insgesamt oder bei dauerhaften Programmen pro Jahr erreicht werden	
Ziele	Herausfiltern hilfreicher Kommunikationsstile und Chatangebote
Maßnahmen	Entwicklung von Empfehlungen für Web-Administratorinnen/-Administratoren
Laufzeit in Monaten, Projektbeginn/Ende	36
Personalressourcen (in Vollzeitäquivalenten)	1
Träger	Zentrum für Public Health – MedUni Wien
Gibt es eine Evaluation, wenn ja (bisherige) Ergebnisse	
Kontaktperson, E-Mail, Telefonnummer	thomas.niederkrotenthaler@meduniwien.ac.at, benedikt.till@meduniwien.ac.at
Webadresse für weiterführende Informationen	
SUPRA-Arbeitsgebiet	3

Projekt-Titel	Krisenintervention und Suizidverhütung (NÖ)
Projektbeschreibung	2-tägige Seminare über Krisen, posttraumatische Belastungsstörung, Burnout, Einschätzung der Suizidgefahr; Intervention und Umgang mit Suizidgefährdeten
Zielgruppe	Mitarbeiter/innen im psychosozialen Bereich
Anzahl Personen, die insgesamt oder bei dauerhaften Programmen pro Jahr erreicht werden	50
Ziele	s. Projektbeschreibung
Maßnahmen	Seminar
Laufzeit in Monaten, Projektbeginn/Ende	seit 2010
Personalressourcen (in Vollzeitäquivalenten)	
Träger	Caritas St. Pölten
Gibt es eine Evaluation, wenn ja (bisherige) Ergebnisse	
Kontaktperson, E-Mail, Telefonnummer	Anna Durstberger
Webadresse für weiterführende Informationen	
SUPRA-Arbeitsgebiet	7, 2

Projekt-Titel	Krisenintervention und Suizidverhütung (Stmk.)
Projektbeschreibung	2-tägige Seminare über Krisen, posttraumatische Belastungsstörung, Burnout, Einschätzung der Suizidgefahr; Intervention und Umgang mit Suizidgefährdeten
Zielgruppe	Mitarbeiter/innen des PSD Steiermark
Anzahl Personen, die insgesamt oder bei dauerhaften Programmen pro Jahr erreicht werden	
Ziele	s. Projektbeschreibung
Maßnahmen	Seminar
Laufzeit in Monaten, Projektbeginn/Ende	
Personalressourcen (in Vollzeitäquivalenten)	
Träger	Gesundheitsplattform Stmk.; Pro Mente Akademie
Gibt es eine Evaluation, wenn ja (bisherige) Ergebnisse	
Kontaktperson, E-Mail, Telefonnummer	
Webadresse für weiterführende Informationen	www.suizidpraevention-stmk.at
SUPRA-Arbeitsgebiet	7, 2

Projekt-Titel	Erstes Treffen der Selbsthilfegruppen für Angehörige nach Suizid (bundesweit)
Projektbeschreibung	Bei diesem Treffen geht es darum, die bestehenden Leiter/innen von Selbsthilfegruppen zu einem überregionalen Netzwerktreffen zusammenkommen zu lassen, um die bestehenden Hürden beim SH-Gruppenaufbau zu diskutieren und neue Gruppen zu fördern.
Zielgruppe	Leiter/innen von Selbsthilfegruppen für Angehörige nach Suizid aus allen Bundesländern
Anzahl Personen, die insgesamt oder bei dauerhaften Programmen pro Jahr erreicht werden	12
Ziele	Vernetzungstreffen und Plattformgründung
Maßnahmen	Vernetzungsseminar
Laufzeit in Monaten, Projektbeginn/Ende	erstes Treffen
Personalressourcen (in Vollzeitäquivalenten)	2 Personen à 4 Stunden Moderation
Träger	Suicide Research Group, Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien
Gibt es eine Evaluation, wenn ja (bisherige) Ergebnisse	
Kontaktperson, E-Mail, Telefonnummer	nestor.kapusta@meduniwien.ac.at
Webadresse für weiterführende Informationen	www.meduniwien.ac.at/suicideresearch
SUPRA-Arbeitsgebiet	2, 9

Projekt-Titel	Bündnis gegen Depression (NÖ⁶)
Projektbeschreibung	NÖ ist Teil des Österreichischen Bündnisses gegen Depression (ehemaliges EU-Projekt) zur Aufklärung im Hinblick auf die Erkrankung Depression
Zielgruppe	Allgemeine Bevölkerung (VHS, Gesunden Gemeinden, Schulen usw.), Allgemeinmediziner/innen, Multiplikatorinnen/Multiplikatoren (Pädagoginnen/Pädagogen, Mitarbeiter/innen sozialer Einrichtungen, Seelsorge, Wirtschafttreibende usw.) sowie Betroffene und Angehörige (Selbsthilfegruppen ...)
Anzahl Personen, die insgesamt oder bei dauerhaften Programmen pro Jahr erreicht werden	zwischen 3.000 und 4.000 Personen
Ziele	Verbesserung von Diagnose und Behandlung bei Depressionen, Entstigmatisierung in der Öffentlichkeit und bei bestimmten Zielgruppen, Prävention im Hinblick auf die Begleitsymptomatik bei schwerer Depression, z. B. Angst, Suizidalität
Maßnahmen	Durchführen von öffentlichkeitswirksamen Veranstaltungen in allen Bezirken NÖs (ca. 4/Bezirk, in Summe 92); Vorträge, Seminare, Filmvorführungen, Messestände, Straßentheater, Lesungen ...; möglichst unter Beteiligung von Betroffenen
Laufzeit in Monaten, Projektbeginn/Ende	2008 begonnen, Laufzeit offen
Personalressourcen (in Vollzeitäquivalenten)	0,87 Psychosoziale Zentren GmbH, 0,60 Caritas (Referentinnen/Referenten auf Honorarbasis)
Träger	Caritas St. Pölten, PSZ GmbH
Gibt es eine Evaluation, wenn ja (bisherige) Ergebnisse	jedes Jahr seit 2009: Evaluierung mittels Feedbackbogen am Ende jeder Veranstaltung, hohe Zufriedenheit sowie Erhöhung des Wissens, Handlungskompetenz bestätigt; 2010 Evaluierung der NÖ-weiten Polizeiveranstaltungen
Kontaktperson, E-Mail, Telefonnummer	Psychosoziale Zentren GmbH, Mag. Doris Rath, 0664/235 55 90, d.rath@psz.co.at
Webadresse für weiterführende Informationen	http://www.buendnis-depression.at/Niederoesterreich.331.0.html
SUPRA-Arbeitsgebiet	7, 1

⁶ Regionale Bündnisse gegen Depression sind auch aktiv in Tirol (s. <http://www.buendnis-depression.at/Tirol.tirol.0.html>) und der Steiermark (s. <http://www.buendnis-depression.at/Steiermark.stmk.0.html> bzw. <http://www.plattformpsyche.at>).

Projekt-Titel	KLASSE (Tirol)
Projektbeschreibung	suizidpräventives Lebenskompetenzprogramm
Zielgruppe	Schüler/innen der 9.Schulstufe
Anzahl Personen, die insgesamt oder bei dauerhaften Programmen pro Jahr erreicht werden	Das Programm ist derzeit ausgesetzt (und wird vermutlich demnächst überarbeitet), daher zur Zeit: 0
Ziele	Das Präventionsprogramm „Klasse!“ ist ein partizipatives Unterrichtspaket, mit dem Ziel, altersgemäß und bedürfnisgerecht Lebenskompetenzen im Sinne der Suizidprävention zu vermitteln bzw. zu stärken.
Maßnahmen	10 thematisch aufeinander abgestimmte Unterrichtseinheiten, die insbesondere im Rahmen des Sozialen Lernens gut umsetzbar sind
Laufzeit in Monaten, Projektbeginn/Ende	2004–2008
Personalressourcen (in Vollzeitäquivalenten)	derzeit keine, auch keine Geldmittel (auch ein Grund für das aktuelle Auf-Eis-Liegen)
Träger	kontakt+co Suchtprävention Jugendrotkreuz
Gibt es eine Evaluation, wenn ja (bisherige) Ergebnisse	geringe bis moderate Effekte (vergleichbar anderen LKP-Programmen)
Kontaktperson, E-Mail, Telefonnummer	gerhard.gollner@kontaktco.at
Webadresse für weiterführende Informationen	
SUPRA-Arbeitsgebiet	3

Projekt-Titel	E-Learning-Angebot zur Suizidprävention (Tirol)
Projektbeschreibung	Entwicklung eines Moduls zur Lehrer/innen-Fortbildung via Internet
Zielgruppe	Lehrer/innen der weiterführenden Schulen
Anzahl Personen, die insgesamt oder bei dauerhaften Programmen pro Jahr erreicht werden	
Ziele	Niederschwelliges Fortbildungsangebot soll Personen erreichen, die ansonsten nicht den Aufwand einer Schulung auf sich nehmen; zugleich ein Experiment, wie weit und gut diese Inhalte auf diesem Weg transportierbar sind.
Maßnahmen	werden zur Zeit konzipiert
Laufzeit in Monaten, Projektbeginn/Ende	geplant ab 2014
Personalressourcen (in Vollzeitäquivalenten)	keine zusätzlichen, Teil der Routinetätigkeit der Fachstelle
Träger	kontakt+co Suchtprävention Jugendrotkreuz
Gibt es eine Evaluation, wenn ja (bisherige) Ergebnisse	
Kontaktperson, E-Mail, Telefonnummer	gerhard.gollner@kontaktco.at
Webadresse für weiterführende Informationen	
SUPRA-Arbeitsgebiet	7

Projekt-Titel	Selbsthilfegruppe für Hinterbliebene nach Suizid (Tirol, Innsbruck)
Projektbeschreibung	Angebot einer Selbsthilfegruppe / fallweise Beratung für Hinterbliebene nach Suizid; findet 1x monatlich in Innsbruck statt, Mitglied des Dachverbands der Tiroler Selbsthilfegruppen; Durchführung: Mag. Regina Seibl
Zielgruppe	Hinterbliebene nach Suizid
Anzahl Personen, die insgesamt oder bei dauerhaften Programmen pro Jahr erreicht werden	stark schwankend, Einzugsgebiet Innsbruck und Umgebung
Ziele	psychosoziale Unterstützung und Begleitung für Betroffene, Möglichkeit zum Kontakt mit anderen Betroffenen
Maßnahmen	Gruppentreffen/fallweise Einzelberatung
Laufzeit in Monaten, Projektbeginn/Ende	
Personalressourcen (in Vollzeitäquivalenten)	
Träger	kein Träger, ehrenamtlich durchgeführt, Gruppe ist Mitglied im Dachverband der Tiroler Selbsthilfegruppen
Gibt es eine Evaluation, wenn ja (bisherige) Ergebnisse	
Kontaktperson, E-Mail, Telefonnummer	Mag. Regina Seibl, gina_seibl@hotmail.com; 0650/880 48 18
Webadresse für weiterführende Informationen	
SUPRA-Arbeitsgebiet	2

Projekt-Titel	Mitarbeiterschulung zum Thema Umgang mit KlientInnensuizid und Entwicklung von Notfallplänen/Richtlinien (KlientInnensuizid) für Einrichtungen der pro mente tirol (Tirol)
Projektbeschreibung	Schulung der Mitarbeiter/innen der pro mente tirol; Inhalte: Reaktionen professioneller Helfer/innen auf Klientensuizid, Schaffung günstiger institutioneller Rahmenbedingungen zur Krisenintervention für betroffene Helfer/innen und andere Klientinnen/Klienten
Zielgruppe	Mitarbeiter/innen der pro mente tirol
Anzahl Personen, die insgesamt oder bei dauerhaften Programmen pro Jahr erreicht werden	ca. 250 Personen
Ziele	Sensibilisierung der MAI, Entwicklung von Notfallplänen zur Krisenintervention für die versch. Arbeitsbereiche und -gruppen
Maßnahmen	halbtägige Schulung aller Mitarbeiter/innen, Entwicklung maßgeschneiderter Notfallpläne für alle Arbeitsbereiche der pro mente tirol in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Teamleitern
Laufzeit in Monaten, Projektbeginn/Ende	Beginn: Februar 2012, laufend
Personalressourcen (in Vollzeitäquivalenten)	Arbeitsaufwand ca. 10 h/Monat
Träger	pro mente tirol
Gibt es eine Evaluation, wenn ja (bisherige) Ergebnisse	
Kontaktperson, E-Mail, Telefonnummer	Mag. Regina Seibl, gina_seibl@hotmail.com, 0650/88 04 818
Webadresse für weiterführende Informationen	
SUPRA-Arbeitsgebiet	7

Projekt-Titel	Burn-on-Tag Bildungshaus Osttirol/Lienz zum Thema Suizidalität (Tirol)
Projektbeschreibung	Tagung zum Thema Suizidalität: Erkennung, Interventionsmöglichkeiten und Entlastung für Helfer/innen aus dem psychosozialen Feld
Zielgruppe	Helfer/innen, die im psychosozialen Bereich tätig sind
Anzahl Personen, die insgesamt oder bei dauerhaften Programmen pro Jahr erreicht werden	40
Ziele	Verbesserung der Fähigkeit, Suizidalität zu erkennen und zu intervenieren, Selbstfürsorge für Helfer/innen
Maßnahmen	eintägige Veranstaltung am 13. 6. 2013
Laufzeit in Monaten, Projektbeginn/Ende	
Personalressourcen (in Vollzeitäquivalenten)	
Träger	Bildungshaus Osttirol
Gibt es eine Evaluation, wenn ja (bisherige) Ergebnisse	
Kontaktperson, E-Mail, Telefonnummer	Mag. Regina Seibl, gina_seibl@hotmail.com; 0650/88 04 818
Webadresse für weiterführende Informationen	
SUPRA-Arbeitsgebiet	7

Projekt-Titel	Brückenverbauungen (Tirol)
Projektbeschreibung	Geländer an der Europabrücke
Zielgruppe	Asfinag bzw. Autofahrer/innen
Anzahl Personen, die insgesamt oder bei dauerhaften Programmen pro Jahr erreicht werden	
Ziele	Verhinderung von Suiziden durch Sprung von der Brücke
Maßnahmen	politischer Druck auf mehreren Ebenen
Laufzeit in Monaten, Projektbeginn/Ende	vor einigen Jahren
Personalressourcen (in Vollzeitäquivalenten)	
Träger	
Gibt es eine Evaluation, wenn ja (bisherige) Ergebnisse	noch nicht; die Maßnahme sollte auch nicht mit Nennung der Europabrücke publik gemacht werden (Werther-Effekt), sondern nur allgemein als Brückenverbauungen
Kontaktperson, E-Mail, Telefonnummer	eberhard.deisenhammer@i-med.ac.at
Webadresse für weiterführende Informationen	
SUPRA-Arbeitsgebiet	8

Projekt-Titel	GO ON – Suizidprävention (Steiermark)
Projektbeschreibung	Vom Gesundheitsressort des Landes Steiermark 2011 in Auftrag gegeben, steiermarkweites Suizidpräventionsprogramm, Schwerpunktregionen (HB, MU, MZ) und bundeslandweite Aktivitäten
Zielgruppe	Allgemeinbevölkerung, Multiplikatorinnen/Multiplikatoren (Ärztinnen/Ärzte, Rettung, Polizei, AMS, Schulen, Pfarren, Bäuerinnen/Bauern, von psychischen Erkrankungen Betroffene, Kinder & Jugendliche, Angehörige, Migrantinnen/Migranten, Medien, ÖBB, Politiker/innen etc.), übergeordnete Gremien
Anzahl Personen, die insgesamt oder bei dauerhaften Programmen pro Jahr erreicht werden	rund 1.500 Menschen direkt erreicht (exklusive Medienarbeit) pro Jahr
Ziele	Sensibilisierung, Enttabuisierung von Suizidalität, Information zur Entstehung und Bewältigung von Krisen sowie Risikofaktoren, konkrete Hilfe und Unterstützung, Vernetzung, Kooperation, Krisentelefon, Kompetenzzentrum für Suizidprävention
Maßnahmen	Vorträge, Schulungen, Workshops, runder Tisch, Vernetzungsarbeitskreise, Teilnahme an nationalen und internationalen Tagungen, Kooperation, Vernetzung. Die Schulungen werden in Kooperation mit dem Kriseninterventionszentrum Wien durchgeführt.
Laufzeit in Monaten, Projektbeginn/Ende	seit 3/2011 mit Langzeitperspektive, aus Überlegungen zur Nachhaltigkeit von Anfang an eng an die psychosozialen Dienste in der gesamten Steiermark gekoppelt (über DV der sozialpsychiatrischen Vereine Steiermarks und Psychiatriekoordinationsstelle)
Personalressourcen (in Vollzeitäquivalenten)	2 DP, aufgeteilt auf je zwei MAI pro Schwerpunktregion, Sekretärin, ÖA, Projektleitung, Synergien mit MAI der PSDs
Träger	Dachverband der sozialpsychiatrischen Vereine und Gesellschaften Steiermarks
Gibt es eine Evaluation, wenn ja (bisherige) Ergebnisse	2012: 595 Evaluationsbögen aus MU und HB, Rücklaufquote: 50–60 %, Ärztefortbildungen 100 %. Die Veranstaltungen wurden generell sehr gut bis gut bewertet und werden zum Großteil weiterempfohlen werden.
Kontaktperson, E-Mail, Telefonnummer	Dr.in Ulrike Schrittwieser, ulrike.schrittwieser@suizidpraevention-stmk.at , ulrike.schrittwieser@gfsg.at , Mobil: 0664/440 96 22
Webadresse für weiterführende Informationen	www.suizidpraevention-stmk.at
SUPRA-Arbeitsgebiet	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9

Projekt-Titel	Verein Verwaiste Eltern (Stmk)
Projektbeschreibung	Selbsthilfegruppe nach dem Tod eines Kindes oder jungen Menschen durch Unfall, Suizid, vorzeitiges Schwangerschaftsende oder Krankheit
Zielgruppe	Mütter, Väter, Geschwister, Angehörige
Anzahl Personen, die insgesamt oder bei dauerhaften Programmen pro Jahr erreicht werden	
Ziele	
Maßnahmen	Gruppen, Trauerworkshops
Laufzeit in Monaten, Projektbeginn/Ende	
Personalressourcen (in Vollzeitäquivalenten)	
Träger	
Gibt es eine Evaluation, wenn ja (bisherige) Ergebnisse	
Kontaktperson, E-Mail, Telefonnummer	Hanna Caspaar, 0664/533 60 44, verwaiste.eltern@inode.at
Webadresse für weiterführende Informationen	www.verwaisteeltern.at
SUPRA-Arbeitsgebiet	2

Projekt-Titel	Vorträge zu Krisenbewältigung und Suizidprävention (Stmk.)
Projektbeschreibung	Vorträge in Schulen im Ausmaß von 2 Stunden bis zu Workshops; Erlernen von Krisenmerkmalen, Warnsignalen für Suizidalität, Umgang mit Suizidalität, Hinweise auf Hilfseinrichtungen, Fokus auf Kommunikation und Ressourcenstärkung
Zielgruppe	Schüler/innen im Alter zwischen 13 und 18 Jahren
Anzahl Personen, die insgesamt oder bei dauerhaften Programmen pro Jahr erreicht werden	pro Jahr ca 400 Schüler/innen
Ziele	Bewusstseinsbildung, Erkennen von Krisen bei sich und anderen, Kennenlernen von Hilfseinrichtungen
Maßnahmen	Vorträge, Workshops, Diskussionsrunden, Kleingruppenarbeit
Laufzeit in Monaten, Projektbeginn/Ende	laufend seit ca 21 Jahren
Personalressourcen (in Vollzeitäquivalenten)	ehrenamtliche Mitarbeiter/innen aus dem psychosozialen Feld
Träger	Stiftung WEIL – Weiter im Leben, Graz
Gibt es eine Evaluation, wenn ja (bisherige) Ergebnisse	
Kontaktperson, E-Mail, Telefonnummer	Elise Steiner, office@weil-graz.org
Webadresse für weiterführende Informationen	www.weil-graz.org
SUPRA-Arbeitsgebiet	3

Projekt-Titel	Peer-Ausbildung zum Thema Krisenprävention/Suizidprävention in Zusammenarbeit mit dem Österreichischen Jugendrotkreuz (Stmk.)
Projektbeschreibung	Ausbildung von Schülerinnen/Schülern zu Peers im Bereich Krise und Krisenerkennung, die in ihren Schulen bzw. Klassen Informationen über Krise und Hilfsmöglichkeiten weitergeben; erste Ansprechpersonen bei Krisen
Zielgruppe	Schüler/innen, die eine Peer-Ausbildung absolvieren
Anzahl Personen, die insgesamt oder bei dauerhaften Programmen pro Jahr erreicht werden	30–40 Schüler/innen
Ziele	Information über Krisen und Suizidalität, Stärkung der Vermittlerrolle zwischen Schülerinnen/Schülern und Lehrerinnen/Lehrern, Information über Hilfseinrichtungen
Maßnahmen	2 Ausbildungsgruppen pro Jahr zu je 8 Stunden; davon 4 h Wissensvermittlung, 2 h Vortragsgestaltung für die Informationsarbeit in der Schule, 2 h Vortragstraining, Feedback und Diskussion offener Fragen
Laufzeit in Monaten, Projektbeginn/Ende	seit 1997
Personalressourcen (in Vollzeitäquivalenten)	ehrenamtliche Mitarbeiter/innen
Träger	Stiftung WEIL – Weiter im Leben, Graz und das Österreichische Jugendrotkreuz
Gibt es eine Evaluation, wenn ja (bisherige) Ergebnisse	
Kontaktperson, E-Mail, Telefonnummer	Elise Steiner, office@weil-graz.org
Webadresse für weiterführende Informationen	www.weil-graz.org
SUPRA-Arbeitsgebiet	3

Projekt-Titel	Aufbau einer Onlineberatung für suizidgefährdete junge Menschen bis 25 (Stmk.)
Projektbeschreibung	Online-Beratungsangebot für suizidgefährdete Jugendliche – niederschwellig, anonym, über die neuen Medien
Zielgruppe	Jugendliche bis 25 Jahren aus der Steiermark, die sich mit der Thematik Suizidalität bzw. Krise an uns wenden
Anzahl Personen, die insgesamt oder bei dauerhaften Programmen pro Jahr erreicht werden	
Ziele	Jugendliche in suizidalen Krisen zu beraten, Alternativen und Unterstützungsmöglichkeiten zu überlegen, sie in ihren sozialen und persönlichen Ressourcen zu stärken, ihre Handlungsfähigkeit zu aktivieren und letztendlich einen Suizid abzuwenden
Maßnahmen	Onlineberatung über einen verschlüsselten Zugang, um einerseits die Inhalte der Mails zu schützen, andererseits aber auch die Anonymität gewährleisten zu können
Laufzeit in Monaten, Projektbeginn/Ende	Beginn Juni 2012, Start des Onlinesystems Mai 2013
Personalressourcen (in Vollzeitäquivalenten)	ehrenamtliche Mitarbeiter/innen aus dem psychosozialen Feld
Träger	Stiftung WEIL – Weiter im Leben, Graz
Gibt es eine Evaluation, wenn ja (bisherige) Ergebnisse	
Kontaktperson, E-Mail, Telefonnummer	Elise Steiner, office@weil-graz.org
Webadresse für weiterführende Informationen	www.weil-graz.org
SUPRA-Arbeitsgebiet	2, 3

Projekt-Titel	Sensibilisierung zu Medienberichterstattung über Suizid (Stmk.)
Projektbeschreibung	Kontakt zu Journalistinnen/Journalisten, Vernetzung mit Kolleginnen/Kollegen der MedUni Wien und der Wiener Werkstätte für Suizidprävention, Öffentlichkeitsarbeit
Zielgruppe	Journalistinnen/Journalisten, Öffentlichkeit
Anzahl Personen, die insgesamt oder bei dauerhaften Programmen pro Jahr erreicht werden	
Ziele	Bewusstseinsbildung über die Wirkung von suizidfördernden und suizidpräventiven Medienberichten bei Journalistinnen/Journalisten und der Öffentlichkeit
Maßnahmen	Kontaktaufnahme vor und nach öffentlichkeitswirksamen Suiziden und möglichen oder bereits geschehenen Medienberichten durch persönliche Treffen, Vorträge, Mails; Vorträge in Erwachsenenbildungseinrichtungen; Infomaterial
Laufzeit in Monaten, Projektbeginn/Ende	seit 1990
Personalressourcen (in Vollzeitäquivalenten)	ehrenamtliche MitarbeiterInnen aus dem psychosozialen Feld
Träger	Stiftung WEIL – Weiter im Leben, Graz
Gibt es eine Evaluation, wenn ja (bisherige) Ergebnisse	
Kontaktperson, E-Mail, Telefonnummer	Elise Steiner, office@weil-graz.org
Webadresse für weiterführende Informationen	www.weil-graz.org
SUPRA-Arbeitsgebiet	1

Projekt-Titel	Das Leben lieben – Plakatkampagne (Stmk.)
Projektbeschreibung	Plakatkampagne für Suizidprävention; Kooperation von Telefonseelsorge Graz, Stiftung WEIL, MedUni Wien, Wiener Werkstätte für Suizidprävention und Wunderman
Zielgruppe	suizidgefährdete Männer im Alter zwischen 40 und 60 Jahren
Anzahl Personen, die insgesamt oder bei dauerhaften Programmen pro Jahr erreicht werden	
Ziele	Bewusstseinsbildung, Vermitteln von Hilfsangeboten, Telefonseelsorge Graz
Maßnahmen	90 A0-Plakate auf Dreiecksständern 5 Wochen in Graz, Info Screen Straßenbahn 3 Wochen, Verteilen und Versand von 1.400 Plakaten steiermarkweit, Lebenlieben.at (Homepage), Podiumsdiskussionen, Folgeaktion am Suizidpräventionstag 2011
Laufzeit in Monaten, Projektbeginn/Ende	2010–2012
Personalressourcen (in Vollzeitäquivalenten)	
Träger	Telefonseelsorge Graz, Stiftung WEIL, MedUni Wien, Wiener Werkstätte für Suizidprävention und Wunderman.
Gibt es eine Evaluation, wenn ja (bisherige) Ergebnisse	Studie „Reasons to love life“, noch nicht veröffentlicht
Kontaktperson, E-Mail, Telefonnummer	Elise Steiner, office@weil-graz.org
Webadresse für weiterführende Informationen	www.weil-graz.org, www.lebenlieben.at
SUPRA-Arbeitsgebiet	4, 5

Projekt-Titel	Universitätskurs Krisen- und Suizidprävention im Kinder- und Jugendbereich (Stmk)
Projektbeschreibung	2-semesteriger Lehrgang (10 EC), buchbar über Uni for Life
Zielgruppe	Pädagoginnen/Pädagogen
Anzahl Personen, die insgesamt oder bei dauerhaften Programmen pro Jahr erreicht werden	15–20
Ziele	
Maßnahmen	
Laufzeit in Monaten, Projektbeginn/Ende	Dauer für ein Studienjahr
Personalressourcen (in Vollzeitäquivalenten)	Lehrende für 10 Semesterwochenstunden
Träger	Karl-Franzens-Universität – Uni for Life
Gibt es eine Evaluation, wenn ja (bisherige) Ergebnisse	
Kontaktperson, E-Mail, Telefonnummer	Ass.-Prof. Mag. Dr. phil. Helga Kittl-Satran, helga.kittl@uni-graz.at ; Tel.: 0316/380
Webadresse für weiterführende Informationen	
SUPRA-Arbeitsgebiet	7

Projekt-Titel	LG_Krisen_Notfall_Supportmanagement (Stmk.)
Projektbeschreibung	Pädagogische Krisen-Notfall-Supportmanager/innen entwickeln standortspezifische Präventions- und Interventionsmaßnahmen und entwickeln Notfallpläne.
Zielgruppe	Pädagoginnen/Pädagogen in Bildungsinstitutionen/Hort/Heim / sozialen Settings, Psychologinnen/Psychologen
Anzahl Personen, die insgesamt oder bei dauerhaften Programmen pro Jahr erreicht werden	25 Multiplikatorinnen/Multiplikatoren, die das erworbene Wissen in Systeme (Schulzentren ...) einspeisen
Ziele	Der Lehrgang mit 30 EC zielt auf den Erwerb von Präventions- u. Interventionsstrategien für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ab. Der suizidspezifische Teil beträgt 6 EC.
Maßnahmen	Die Absolventinnen/Absolventen sind Ansprechpartner/innen und Koordinatorinnen/Koordinatoren in Bildungs- und Betreuungssystemen. Bilden einen Pool von Multiplikatorinnen/Multiplikatoren.
Laufzeit in Monaten, Projektbeginn/Ende	Lehrgang dauert 3 Semester. Multiplikatorinnen/Multiplikatoren wirken in Systemen mit unterschiedlichen Beauftragungen.
Personalressourcen (in Vollzeitäquivalenten)	Beauftragung im Rahmen von 1–2 Wochenstunden
Träger	Träger Ausbildung: Kirchliche Pädagogische Hochschule Graz; Träger Umsetzung: LSR, Trägervereine
Gibt es eine Evaluation, wenn ja (bisherige) Ergebnisse	
Kontaktperson, E-Mail, Telefonnummer	Dr. Luise Hollerer; luise.hollerer@kphgraz.at; 0676/477 53 28
Webadresse für weiterführende Informationen	www.kphgraz.at
SUPRA-Arbeitsgebiet	7

Projekt-Titel	Patronat der Seite „Suizidalität“ von feel-ok (bundesweit)
Projektbeschreibung	
Zielgruppe	Jugendliche
Anzahl Personen, die insgesamt oder bei dauerhaften Programmen pro Jahr erreicht werden	
Ziele	Information, Vermitteln von Hilfsangeboten, Bewusstseinsbildung zum Thema Suizidprävention bei Jugendlichen
Maßnahmen	Webpage
Laufzeit in Monaten, Projektbeginn/Ende	
Personalressourcen (in Vollzeitäquivalenten)	ehrenamtliche Mitarbeiter/innen
Träger	Styria vitalis
Gibt es eine Evaluation, wenn ja (bisherige) Ergebnisse	
Kontaktperson, E-Mail, Telefonnummer	Elise Steiner, office@weil-graz.org
Webadresse für weiterführende Informationen	http://www.feel-ok.at/de_AT/jugendliche/themen/suizidalitaet/suizidalitaet.cfm
SUPRA-Arbeitsgebiet	3

Projekt-Titel	Lebenswert (Salzburg)
Projektbeschreibung	Das Projekt beinhaltet alle Ebenen der Schule, setzt aber vor allem bei den Schülerinnen und Schülern als potenziellen Helfern an sowie bei der Schaffung einer suizidpräventiven Schulstruktur. Lebenswert umfasst Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention.
Zielgruppe	Schulen (Schüler/innen, Eltern, Pädagoginnen/Pädagogen, Schulleitung)
Anzahl Personen, die insgesamt oder bei dauerhaften Programmen pro Jahr erreicht werden	ca. 30 Klassen inkl. Schulpersonal und Eltern, d. h. ca. 2.000 Personen
Ziele	Peers, Lehrende und Eltern sollen Suizid-Warnsignale erkennen, reagieren und die Hilfsstruktur aktivieren. Die Schule soll diese Hilfsstruktur herstellen. Bei Suiziden und Suizidversuchen soll Handlungskompetenz gesichert werden.
Maßnahmen	Entwickeln von Krisenplänen, Fortbildungen für Schüler, Information an Eltern und Pädagogen, Vernetzung mit den extraschulischen Hilfsmöglichkeiten
Laufzeit in Monaten, Projektbeginn/Ende	seit 2010 laufend
Personalressourcen (in Vollzeitäquivalenten)	ca. 1 (schwer zu schätzen).
Träger	BOS GmbH Salzburg (Lernzentrum Verlag)
Gibt es eine Evaluation, wenn ja (bisherige) Ergebnisse	Von Seiten der Schüler/innen wird das Projekt in hohem Maß akzeptiert und als wichtig wahrgenommen. Schüler/innen konnten bei der Evaluation viele Warnsignale memorieren.
Kontaktperson, E-Mail, Telefonnummer	0662/88 19 88-8, bos@lernzentrum-sbg.at
Webadresse für weiterführende Informationen	http://www.suizidprophylaxe-online.de/pdf/06_heft143_2010-2.pdf
SUPRA-Arbeitsgebiet	3, 7

Projekt-Titel	Fortbildungsaktivitäten des Forschungsprogramms Suizidprävention (Sbg.)
Projektbeschreibung	Basisfortbildung Suizidprävention
Zielgruppe	Professionisten, Gatekeeper, Studierende
Anzahl Personen, die insgesamt oder bei dauerhaften Programmen pro Jahr erreicht werden	ca. 500
Ziele	Basiswissen zu Suizid (Begriffe, Epidemiologie, Modelle, Risikofaktoren), Selbsterfahrung, Gesprächsführung/Risikoeinschätzung, Umgang mit chronischer Suizidalität
Maßnahmen	Vorträge, Seminare, Vorlesungen
Laufzeit in Monaten, Projektbeginn/Ende	laufend
Personalressourcen (in Vollzeitäquivalenten)	ca. 1 (verteilt auf mehrere Personen)
Träger	Forschungsprogramm Suizidprävention, Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg
Gibt es eine Evaluation, wenn ja (bisherige) Ergebnisse	Ja, wird laufend von den anfragenden Institutionen intern evaluiert (z. B. FH Puch/Urstein, ProMente, Universität Salzburg, PMU Salzburg)
Kontaktperson, E-Mail, Telefonnummer	r.fartacek@salk.at
Webadresse für weiterführende Informationen	http://www.pmu.ac.at/forschung/forschungsinstitutionen/forschungsprogramm-fuer-suizidpraevention.html
SUPRA-Arbeitsgebiet	7

Projekt-Titel	Schule der Vielfalt (Sbg.)
Projektbeschreibung	Angebote für Schulen, um Chancengleichheit und Diskriminierungsfreiheit für schwule, lesbische, bisexuelle und transidente Schüler/innen zu erreichen. Diese Schüler/innen haben ein besonders hohes Suizidrisiko aufgrund der erlebten Diskriminierung/Homophobie.
Zielgruppe	Schulen, Gatekeeper
Anzahl Personen, die insgesamt oder bei dauerhaften Programmen pro Jahr erreicht werden	ca. 500
Ziele	Diversitätskompetenz für Pädagoginnen/Pädagogen sowie Maßnahmen an der Schule gegen Homophobie
Maßnahmen	Informationen, Material für den Unterricht (Projekte), Fortbildungen und Workshops
Laufzeit in Monaten, Projektbeginn/Ende	laufend
Personalressourcen (in Vollzeitäquivalenten)	1
Träger	Homosexuelleninitiative (HOSI) Salzburg in Kooperation mit der Stabsstelle für Stabsstelle für Chancengleichheit, Anti-Diskriminierung und Frauenförderung sowie dem Forschungsprogramm Suizidprävention, PMU Salzburg
Gibt es eine Evaluation, wenn ja (bisherige) Ergebnisse	
Kontaktperson, E-Mail, Telefonnummer	0662/43 59 27
Webadresse für weiterführende Informationen	http://www.hosi.or.at/information/schule/
SUPRA-Arbeitsgebiet	6

Projekt-Titel	Praxisorientierte Suizidforschung (Sbg.)
Projektbeschreibung	Anwendung/Entwicklung wissenschaftlicher Grundlagen zu Suizidprävention
Zielgruppe	Professionisten
Anzahl Personen, die insgesamt oder bei dauerhaften Programmen pro Jahr erreicht werden	ca. 500 (schwer zu schätzen, weil wir auch schriftliche Materialien publizieren)
Ziele	Innovation in der Suizidforschung für Professionisten entwickeln und einsetzbar machen
Maßnahmen	z. B. Notfallplan-Manual, idiografische Systemmodellierung (Real-Time-Monitoring suizidaler Prozesse), Entwickeln von Frühwarnsystemen, DBT-Materialien für die Krisenintervention mit Borderline-Patientinnen/-Patienten
Laufzeit in Monaten, Projektbeginn/Ende	laufend
Personalressourcen (in Vollzeitäquivalenten)	1
Träger	Forschungsprogramm Suizidprävention, Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg
Gibt es eine Evaluation, wenn ja (bisherige) Ergebnisse	
Kontaktperson, E-Mail, Telefonnummer	r.fartacek@salk.at
Webadresse für weiterführende Informationen	http://www.pmu.ac.at/forschung/forschungsinstitutionen/forschungsprogramm-fuer-suizidpraevention.html
SUPRA-Arbeitsgebiet	7, 9

Projekt-Titel	Tag der seelischen Gesundheit (Bgl.)
Projektbeschreibung	Es werden 1x/Jahr in einigen bgl. Kinos Filme mit dem Thema psychische Erkrankungen gezeigt, im Anschluss gibt es Diskussion und Fragemöglichkeit an Psychotherapeutinnen/-therapeuten, die das Thema Suizid auch explizit ansprechen.
Zielgruppe	Menschen mit psychischen Krankheiten und in der Folge suizidaler Gefährdung
Anzahl Personen, die insgesamt oder bei dauerhaften Programmen pro Jahr erreicht werden	Jährlich konnten bei 3 oder 4 Filmvorführungen jeweils ca. 80 Personen in den Kinos gezählt werden.
Ziele	Hemmung, sich Hilfe zu holen, zu reduzieren
Maßnahmen	Hotline an diesem Tag und wöchentliche Beratungsangebote des Burgenländischen Landesverbandes f. Psychotherapie (BLP)
Laufzeit in Monaten, Projektbeginn/Ende	kontinuierliche Beratung + einmal jährlich Veranstaltungen zum Tag der seelischen Gesundheit
Personalressourcen (in Vollzeitäquivalenten)	15 Therapeutinnen/Therapeuten in 4 Kinos einen Abend, wöchentl. 2 Std. Beratung, eine Therapeutin / ein Therapeut
Träger	BLP und Pro Mente Bgl
Gibt es eine Evaluation, wenn ja (bisherige) Ergebnisse	
Kontaktperson, E-Mail, Telefonnummer	
Webadresse für weiterführende Informationen	www.blp.at
SUPRA-Arbeitsgebiet	1, 6

Projekt-Titel	Jährlicher Suizidbericht Vorarlberg
Projektbeschreibung	Seit der Suizidstudie Vorarlberg 1987 wird jährlich ein Suizidbericht Vorarlberg erstellt und über eine Pressekonferenz im Beisein des Gesundheits-Landesrates veröffentlicht.
Zielgruppe	Medien, Schlüsselpersonen, Bevölkerung
Anzahl Personen, die insgesamt oder bei dauerhaften Programmen pro Jahr erreicht werden	nicht erfassbar, Medien jeweils sehr interessiert, Schlüsselpersonen geben Rückmeldung
Ziele	Versachlichung des Suizidproblems, Wachhalten suizidverhütender Aktivitäten, Aufdecken von neuen Problemstellungen
Maßnahmen	s. o.
Laufzeit in Monaten, Projektbeginn/Ende	jährlich (Herbst)
Personalressourcen (in Vollzeitäquivalenten)	Prof. R. Haller, Primar A. Lingg und Mag. I. Birtiol im Rahmen ihrer Anstellungen
Träger	Stiftung Maria Ebene, Krankenhaus-Betriebsgeses. Vorarlberg
Gibt es eine Evaluation, wenn ja (bisherige) Ergebnisse	
Kontaktperson, E-Mail, Telefonnummer	Primar A. Lingg; albert.lingg@lkh.at
Webadresse für weiterführende Informationen	http://wissenschaft.aks.or.at/suizidbericht-vorarlberg
SUPRA-Arbeitsgebiet	1, 9

Projekt-Titel	Implementierung der Suizidthematik in die Curricula verschiedener Ausbildungsstätten (Vbg.)
Projektbeschreibung	Ziel war, das häufig vernachlässigte Thema Suizidprävention in die Lehrgänge der allgemeinen und psychiatrischen Krankenpflegeschulen, der Ausbildung der Exekutivbeamten, Psychotherapeuten u. a. verlässlich zu implementieren.
Zielgruppe	Schlüsselpersonen
Anzahl Personen, die insgesamt oder bei dauerhaften Programmen pro Jahr erreicht werden	pro Jahr ca. 300 Personen
Ziele	Erkennen und Umgang mit Suizidgefahr, Kenntnis der Helfersysteme
Maßnahmen	s. o.
Laufzeit in Monaten, Projektbeginn/Ende	läuft seit über 20 Jahren
Personalressourcen (in Vollzeitäquivalenten)	verschiedene Dozenten
Träger	Krankenhaus-Betriebsges. Vorarlberg
Gibt es eine Evaluation, wenn ja (bisherige) Ergebnisse	teilweise, über Unterricht
Kontaktperson, E-Mail, Telefonnummer	Primar A. Lingg; albert.lingg@lkh.at
Webadresse für weiterführende Informationen	
SUPRA-Arbeitsgebiet	7

Projekt-Titel	Haftraumzuweisungsprogramm unter Verwendung des VISCI (bundesweit – BMJ)⁷
Projektbeschreibung	Seit 2008 wird in den österreichischen Justizanstalten das einheitliche Haftraumzuweisungsprogramm VISCI (Viennese Instrument for Suicidality in Correctional Institutions) eingesetzt, um eine möglichst rasche und genaue Identifizierung suizidgefährdeter Insassin/Insassen zu ermöglichen. Bei gefährdeten Personen werden sofort Interventionen gesetzt; eine Einzelunterbringung ist dann untersagt. Eine Möglichkeit wäre die Unterbringung in einem sogenannten „Listener-Haftraum“, das heißt, eine vertrauenswürdige und entsprechend geschulte Insassin bzw. ein vertrauenswürdiger und entsprechend geschulter Insasse wird gemeinsam mit der suizidgefährdeten Person in einem Haftraum untergebracht.
Zielgruppe	Häftlinge
Anzahl Personen, die insgesamt oder bei dauerhaften Programmen pro Jahr erreicht werden	
Ziele	Verhinderung von Suiziden in Justizanstalten
Maßnahmen	s. o. Im Jänner 2012 wurde eine ständige Fachgruppe Suizidprävention im Strafvollzug eingerichtet, die im Zusammenwirken mit Expertinnen/Experten ein laufendes Monitoring der Suizidfälle im Strafvollzug sicherstellt und in der Lage ist, aktuelle Entwicklungen einzuschätzen und Empfehlungen zu geben.
Laufzeit in Monaten, Projektbeginn/Ende	seit 2008
Personalressourcen (in Vollzeitäquivalenten)	
Träger	BMJ
Gibt es eine Evaluation, wenn ja (bisherige) Ergebnisse	
Kontaktperson, E-Mail, Telefonnummer	OStA Dr. Karin Dotter-Schiller; BMJ
Webadresse für weiterführende Informationen	
SUPRA-Arbeitsgebiet	6

⁷ Dieses Projekt wurde der GÖG im Rahmen der Erhebungen zum österreichischen Drogenbericht 2013 vom BMJ gemeldet.

8 Anhang B: Notrufe/Akuthilfe 0–24 Uhr

Telefonseelsorge (bundesweit)
Tel.: 142 (täglich 0 bis 24 Uhr)
Internet: www.telefonseelsorge.at

Rat auf Draht (bundesweit)
Telefonhilfe für Kinder und Jugendliche
Tel.: 147
täglich 0 bis 24 Uhr
Internet: rataufdraht.orf.at

Vergiftungsinformationszentrale GÖG (bundesweit)
Notruf: 01/406 43 43
täglich 0 bis 24 Uhr
<http://www.goeg.at/de/VIZ>

Sozialpsychiatrischer Notdienst / PSD (W)
Gumpendorfer Str. 157, 1060 Wien
Tel.: 01/313 30
täglich 0 bis 24 Uhr
Internet: www.psd-wien.at/psd

Krisentelefon (NÖ)
Tel.: 0800/202 0161
täglich 0 bis 24 Uhr

KABEG Klinikum Klagenfurt (K)
Psychiatrischer Not- und Krisendienst
Tel.: 0664 / 300 70 07
täglich 0 bis 24 Uhr

KIZ-Kriseninterventionszentrum (T)
täglich 0–24 Uhr
Tel.: 0512/580 059
Pradlerstraße 75, 6020 Innsbruck
E-Mail: office@kiz-tirol.at
Internet: www.kiz-tirol.at

Pro Mente – ambulante Krisenintervention – 24-h-Hotline (Sbg.)
Salzburg: 0662 / 43 33 51
Pongau: 06412 / 200 33
Pinzgau: 06542 / 72 600
Salzburg, Vogelweiderstraße 98,
St. Johann, Hauptstraße 68-70,
Zell am See – Schüttdorf, Gletschermoosstraße 29

Krisenhotline OÖ
www.suizidpraevention-ooe.at; 0810/977 155

www.bmg.gv.at

Der vorliegende Bericht umfasst eine Zusammenschau aller verfügbaren Daten zu Suiziden in Österreich. Ein besonderer Schwerpunkt wird auf die Analyse der Daten der österreichischen Vergiftungsinformationszentrale (VIZ) zu Suizidversuchen durch Vergiftungen gelegt und alters- und geschlechtsspezifische Aspekte von Suizidalität durch ein eigenes Schwerpunktkapitel hervorgehoben.