



Zum österreichischen Suizidpräventionsplan

Suizidprävention in Österreich ist bald 100 Jahre alt. Bereits 1910 wurde von der Wiener Rettungsgesellschaft Betreuung für Menschen nach Suizidversuch angeboten. Diese und nachfolgende Initiativen durchlebten ein wechselhaftes Schicksal, bis seit 1947 durchgehend suizidpräventive Aktivitäten zu verzeichnen sind.

Seit Ende der 40er Jahre des vorigen Jahrhunderts gibt es suizidpräventive Ansätze in der WHO, die jedoch in Europa erst 1980 (Health for All in the Year 2000, Target 12) Suizidprävention ausdrücklich anspricht. Fortsetzungen finden sich in „Gesundheit 21“ (1999). Zu dieser Zeit wurde auch der österreichische Suizidpräventionsplan (SPA) der Öffentlichkeit vorgestellt (Sonneck 2000). Er stützte sich auf Vorschläge der UNO (Prevention of Suicide: Guidelines for the formation and implementation of national strategies, 1996) und auf Erfahrungen, die andere Länder mit ihren nationalen Programmen gemacht hatten.

2001 übernahm das WHO/EURO Network on Suicide Research and Prevention die Patronanz für derartige Aktivitäten. 2005 empfahl die Europäische Regionalversammlung der WHO die Implementierung nationaler Programme zur Verhütung von Selbstschädigung, eine Resolution, die 2007 durch den EU-Ministerrat bekräftigt wurde. In dem SPA sind die WHO-Präventionsstrategien (2006), Restriktion von Suizidmitteln, Behandlung von psychisch Kranken, Betreuung nach Suizidversuch, verantwortungsbewusste Berichterstattung und spezifische Schulung von Gesundheitspersonal, enthalten.

Generelle und spezielle Prävention: So wie vieles zu suizidaler Einengung führen kann, gibt es auch viele Maßnahmen, die suizidpräventiv wirken können. Man unterscheidet deshalb eine generelle Prävention, bei der psychologische, pädagogische, medizinische und soziale Maßnahmen gesetzt werden, um die Fähigkeit einer Bevölkerung zu stärken, mit den Schwierigkeiten des Lebens besser fertig zu werden, von einer speziellen Prävention mit Maßnahmen, die entweder direkt für den Suizidgefährdeten zur Verfügung stehen oder die indirekt durch entsprechende Identifizierung, Behandlung und Betreuung von Risikogruppen



Univ.-Prof. Dr.
Gernot Sonneck



Dr. Thomas
Niederkrotenthaler

Institut für Medizinische Psychologie,
Zentrum für Public Health, Medizinische Universität Wien;
Ludwig Boltzmann Institut für Sozialpsychiatrie

(Substanzmissbrauchern, psychisch Kranken, Menschen in Lebenskrisen, Alten und Vereinsamten) diesen helfen, mit ihren Problemen oder Störungen besser zurecht zu kommen.

Aktionsplan

Es lassen sich 10 Arbeitsgebiete identifizieren. Jedes hat spezifische Aufgaben, die jeweils von unterschiedlichen Personen, Personengruppen, Interessensgemeinschaften und Institutionen übernommen werden können.

1. bewusstseinsbildende Maßnahmen
2. Unterstützung und Behandlung
3. Kinder und Jugendliche
4. Erwachsene
5. ältere Menschen
6. Risikogruppen
7. Schulung und Entwicklung
8. Erreichbarkeit von Suizidmitteln
9. Zusammenführung regionalen Wissens
10. gesetzliche Voraussetzungen

1. Bewusstseinsbildende Maßnahmen

Bewusstseinsbildende Maßnahmen stehen unter dem Motto, dass Suizidgefährdung kein unwiderrufliches Schicksal und Suizidprävention möglich ist.

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

2. Unterstützung und Behandlung

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

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

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

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

unterstützen; Kontinuität der Betreuung (Nahtstellen der Betreuung);

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

3. Zielgruppe: Kinder und Jugendliche

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

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

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

„Alle diese Initiativen sind klassische Bottom-up-Projekte, nicht immer koordiniert und ausreichend vernetzt, jedoch getragen von Pioniergeist, Idealismus und sozialem Verantwortungsgefühl.“

4. Zielgruppe: Erwachsene

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

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

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

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

von psychischen Problemen und Wissen um Hilfsmöglichkeiten;

- besondere Berücksichtigung von Problemen von Migranten.

5. Zielgruppe: Ältere Menschen

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

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

- Erleichterungen für ältere Leute, damit diese ihre intellektuellen, emotionalen und sozialen Ressourcen angemessen einsetzen können (z. B. Gleitpension);
- Enttabuisierung der Altersehe und -partnerschaft (Sexualität) im Alter;
- Umgang mit Krisenreaktionen sowie mit depressivem und suizidalem Verhalten in höherem Alter;
- Verstärkte Kooperation zwischen verschiedenen Organisationen, um sanftere Übergänge zu den verschiedensten Betreuungsformen alter Menschen sicherzustellen;
- Entwicklung und Einrichtung von sozialen und medizinischen Diensten für Betreuung, Pflege und Beistand von Menschen in der chronischen Lebens-Sterbens-Phase einschließlich angemessener palliativer Maßnahmen.

6. Zielgruppe: Risikogruppen

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

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

7. Schulung und Entwicklung

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

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

8. Reduzierte Erreichbarkeit und Verfügbarkeit von Suizidmitteln

Verkehr: Forderung nach Alkoblocks (ein Auto kann nur in Betrieb genommen werden, wenn der Fahrer nicht alkoholisiert ist); Reduktion von Kohlenmonoxid in den Aufpuffgasen bzw. Installierung

von Geräten, die ab einer gewissen Kohlenmonoxidkonzentration den Leerlauf stoppen; flache Schlitzlöcher der Auspuffrohre; Airbags als Standard für alle Autos; Schutz und Telefonmöglichkeiten an Orten mit besonders hoher Suizidfrequenz („Hot spots“); Maßnahmen für Bahnstationen mit hoher Frequenz von Unfällen und Suiziden.

Waffen: restriktive Politik bezüglich Waffenbesitz.

Medikamentenverordnungen: weniger toxische Medikamente; passende Formen und Packungsgrößen; vorsichtige Verschreibungsgewohnheiten und sorgfältige Nachkontrolle.

9. Nationale Expertise

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

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

Qualitätssicherung: Höhere Priorität der Suizidforschung und Festlegung vorrangiger Forschungsbereiche; ein Zentrum für Suizidforschung und -prävention mit folgenden Aufgaben:

- Initiierung und Durchführung von Untersuchungen speziell zu Suizidrisikofaktoren;
- Entwicklung von Methoden, um generelle, indirekte und direkte Suizidprävention zu implementieren;
- Erarbeitung von Evaluationsinstrumenten, um die Effekte von Schulung, Fortbildung und Information zu überprüfen;
- Aufbau von Netzwerken von Institutionen und Personen, die wissen-

schaftlich und praktisch in der Suizidprävention arbeiten;

- Informationstätigkeit in Bezug auf Diagnostik, Behandlung und Prävention für Betreuungspersonal, Öffentlichkeit und politische Entscheidungsträger.

10. Gesetzliche Voraussetzung

Legistische Vorschläge werden in vielen Bereichen nötig sein (z. B. bei schulischen Aktivitäten, Lohngerechtigkeit, Chancengleichheit, Personalentwicklung am Arbeitsplatz, Ruhensbestimmungen, Erreichbarkeit von Suizidmitteln etc.).

Umsetzung des SPA

Dieses Programm wurde von der Österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention übernommen und wird in Zusammenarbeit mit Pro Mente Österreich umgesetzt. Viele der angeführten Aktivitäten werden teilweise schon seit längerer Zeit betrieben, z. B. haben Oberösterreich und die Steiermark eigene Suizidpräventionspläne erarbeitet, Tirol und Salzburg machten sich bezüglich spezifischer Programme für Kinder und Jugendliche verdient, das bis 2004 von der EU geförderte Projekt European Alliance Against Depression (EAAD; www.eaad.net) gibt es in Kärnten, Niederösterreich, der Steiermark, Tirol und Wien und richtet sich an Patienten, Fachleute, Multiplikatoren und an die Öffentlichkeit.

Es bestehen eine Reihe regionaler Schwerpunkte im gesamten Bundesgebiet, die sich mit einzelnen oder mehreren Aufgaben dieses SPA befassen. So wurde z. B. bereits 1997 eine der Direktive des Europäischen Rats entsprechende Verschärfung des Waffengesetzes umgesetzt, die in der Tat zu einem Rückgang der Schusswaffensuizide, aber auch der Schusswaffenmorde, um 40 bzw. 60 % führte, ohne dass bisher diese Suizidmethode durch eine andere ersetzt worden wäre (Kapusta et al., 2007). Auch das laufende Projekt, das Empfehlungen zur Suizidberichterstattung erarbeitete, hatte einen jährlichen Rückgang von rund 80 Suiziden zur

Folge (Niederkrötenthaler und Sonneck 2007).

In zunehmendem Maße werden regionale und bundesländerbezogene Untersuchungen durchgeführt, wie z. B. in der Steiermark (Watzka 2008), um herauszufinden, warum bestimmte Regionen stabil höhere Suizidraten aufweisen als benachbarte. Ebenso werden vermehrt Ausbildungs- und Informationsveranstaltungen durchgeführt, Aktivitäten, die zu Bewusstseinsbildung, Enttabuisierung und Entstigmatisierung beitragen.

Alle diese Initiativen und zahlreiche andere sind klassische Bottom-up-Projekte, nicht immer koordiniert und ausreichend vernetzt, jedoch getragen von Pioniergeist, Idealismus und sozialem Verantwortungsgefühl. Es ist also im engeren Wortsinn kein nationales Programm, das von der Regierung empfohlen und unterstützt wird, wie z. B. in Finnland, Dänemark, Schweden, Deutschland und den USA, sondern eine „typisch österreichische“ Lösung, eine Ansammlung von Provisorien, aber diese haben bekanntlich hierzulande die längste Dauer. ■

Literatur:

- Europäischer Aktionsplan zur psychischen Gesundheit (2005), Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Europäische Ministerielle WHO Konferenz Psychische Gesundheit EUR/04/5047810/7
- Kapusta N D, Etzersdorfer E, Krall C, Sonneck G (2007), Firearm legislation reform in the European Union: Impact on firearm availability, firearm suicide and homicide rates in Austria. *Brit J Psychiat* 191, 253-257
- Kullessa C (1985), Gesprächsführung mit Suizidpatienten im Rahmen der Krisenintervention. In: Weder H (Hg.) Umgang mit Suizidpatienten im Allgemeinkrankenhaus. S. Roderer, Regensburg
- Niederkrötenthaler T, Sonneck G (2007), Assessing the impact of media guidelines for reporting on suicides in Austria: interrupted time series analysis. *Aust NZ J Psychiat* 41, 419-428
- Sonneck G (2000), Krisenintervention und Suizidverhütung. UTB Facultas Wien
- United Nations (1996), Prevention of Suicide: Guidelines for the formation and implementation of national strategies. New York, United Nations
- Watzka C (2008), Sozialstruktur und Suizid in Österreich. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- WHO (1999), Gesundheit 21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO Kopenhagen (= Europäische Schriftenreihe Gesundheit für alle, Nr. 6)
- WHO (2006), Preventing disease through healthy environments. Towards an estimate of the environmental burden of disease. *Brit J Psychiat* 191, 253-257

Resümee

Österreich, ein Land mit traditionell hoher Suizidrate, verzeichnet seit 1987 einen Rückgang von etwa 26,7 Suiziden auf 13,4 pro 100.000 Einwohner im Jahr 2006. Damit dieser Trend anhält und damit Menschen in Not, Leid, Elend und Verzweiflung und ihre Angehörigen angemessene Hilfe und Unterstützung bekommen, wurde dieses SPA entwickelt.