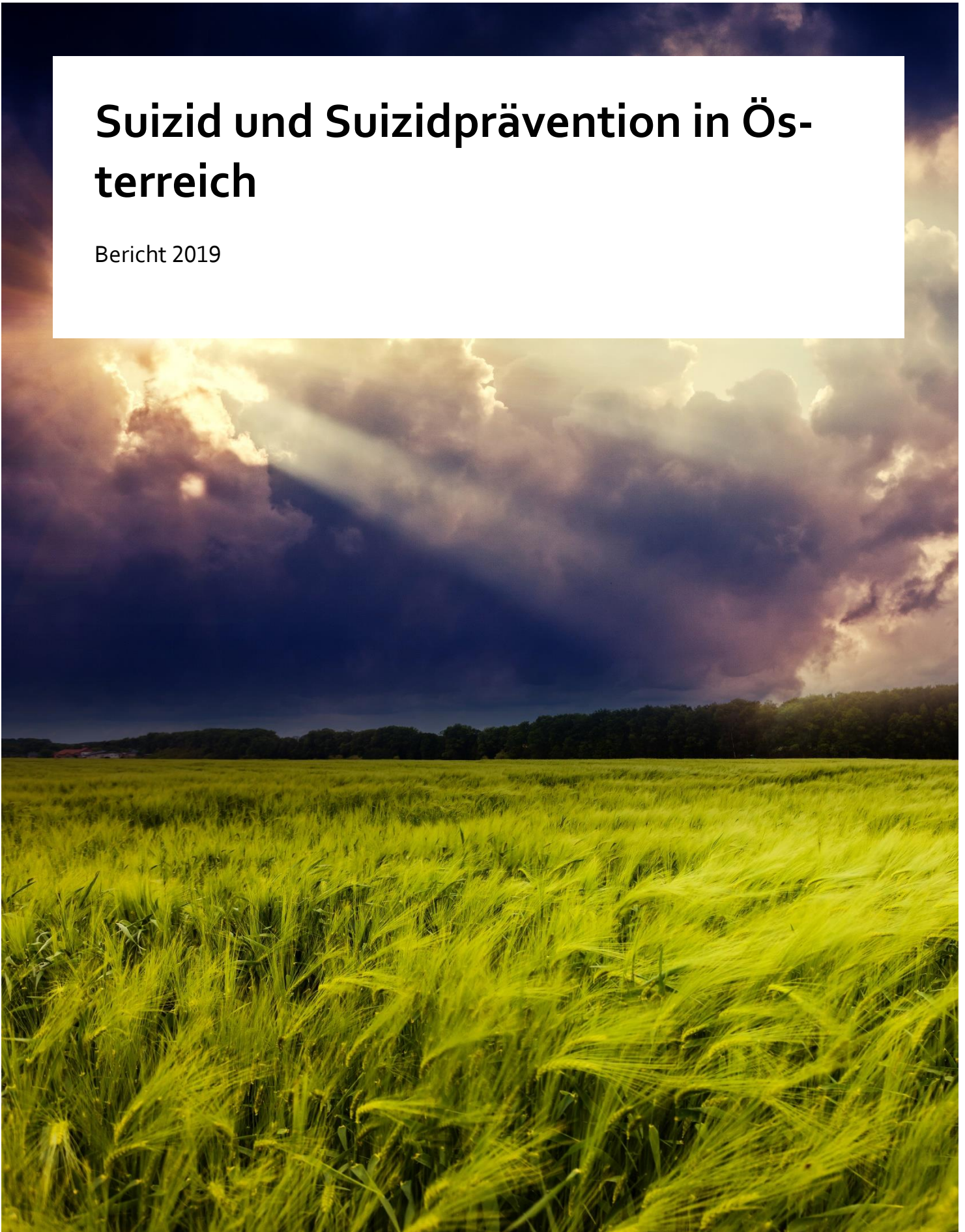


Suizid und Suizidprävention in Ös- terreich

Bericht 2019



Kurzfassung

Der vorliegende Bericht bietet ein Update der wichtigsten Daten und Fakten zum Thema Suizid in Österreich. Im zweiten Teil werden die Fortschritte der Umsetzung des nationalen SUPRA-Umsetzungskonzepts dargestellt.

Daten und Fakten zu Suizid in Österreich

Im Jahr 2018 starben in Österreich 1.209 Personen durch Suizid, fast dreimal so viele wie im Straßenverkehr. Dies entspricht einer bevölkerungsbezogenen standardisierten Suizidrate von 14,4 pro 100.000 Einwohner/-innen. Seit den 1980er-Jahren war ein deutlicher Rückgang der Suizidhäufigkeit zu beobachten, der sich mit Beginn der weltweiten Wirtschaftskrise zwischen 2008 und 2014 stark verlangsamte. Der relative Rückgang seit 1986 ist bei Frauen stärker ausgeprägt als bei Männern. Mehr als drei Viertel der Suizidtoten sind Männer.

Die anteilmäßig meisten **Suizide** werden im mittleren Lebensalter begangen (Altersgruppe 45–59 Jahre: rd. 28 % der Suizide). Die bevölkerungsbezogene Suizidrate steigt jedoch mit dem Alter an. Das Suizidrisiko ist in der Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen fast zweieinhalbmal, in der Altersgruppe der 85- bis 89-Jährigen fast fünfmal so hoch wie das der Durchschnittsbevölkerung. Burgenland und Vorarlberg waren in den letzten fünf Jahren die Bundesländer mit den niedrigsten, Kärnten und Steiermark jene mit den höchsten Suizidraten. Die häufigste Suizidmethode in Österreich ist das Erhängen (rd. 45 %), danach folgen der Gebrauch von Schusswaffen (rd. 19 %), Sturz in die Tiefe und Selbstvergiftung (jeweils rd. 10 %).

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

Monitoring SUPRA-Umsetzungskonzept

Im Frühjahr 2017 wurde das mit den Expertinnen und Experten des SUPRA-Gremiums entwickelte detaillierte SUPRA-Umsetzungskonzept und ein „Startpaket“ mit priorisierten Maßnahmen als Kapitel im Suizidbericht 2016 erstmals veröffentlicht. Beides hat reinen Empfehlungscharakter und ist weder für die Länder noch für den Bund verbindlich. Um die Umsetzung zu fördern, werden ab heuer die aktuellen Maßnahmen zur Umsetzung im jährlichen Suizidbericht beschrieben. Zu allen **sechs Säulen des SUPRA-Programms** wurden in den letzten Jahren wichtige Maßnahmen auf den Weg gebracht oder deren Umsetzung ist gerade

in Planung. Die gegenüber der Anfangszeit von SUPRA im Jahr 2012 stark verbesserte Einbindung der Suizidprävention in Organisationsstrukturen der Länder sollte es künftig ermöglichen, noch mehr Maßnahmen zur Umsetzung des SUPRA-Programms in Angriff zu nehmen.

Schlüsselwörter

Suizid, Suizidprävention, SUPRA, Gatekeeper

Inhalt

Kurzfassung	3
Abbildungsverzeichnis	7
Tabellenverzeichnis.....	7
Abkürzungen	8
1 Einleitung	9
2 Daten zu Suiziden in Österreich	10
2.1 Suizide in Österreich.....	10
2.2 Altersspezifische Verteilung von Suiziden	11
2.3 Häufigkeit der Todesursache Suizid im Vergleich zu anderen Todesursachen.....	12
2.4 Suizidraten im Bundesländervergleich.....	13
2.5 Suizidmethoden	14
2.6 Suizidversuche.....	15
3 Monitoring Umsetzungskonzept.....	16
3.1 Säule 1: Koordination und Organisation	18
3.2 Säule 2: Unterstützung und Behandlung	19
3.3 Säule 3: Restriktion der Suizidmittel	22
3.4 Säule 4: Bewusstsein und Wissen.....	23
3.5 Säule 5: Einbettung in Prävention und Gesundheitsförderung.....	24
3.6 Säule 6: Qualitätssicherung und Expertise.....	25
4 Literaturverzeichnis.....	26
Impressum	29

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verlauf der standardisierten Suizidraten (pro 100.000 EW) in Österreich 1980–2018	10
Abbildung 2: Standardisierte Suizidraten (pro 100.000 EW; 5-Jahres-Durchschnitt 2014–2018) nach Altersgruppen	11
Abbildung 3: Standardisierte Suizidraten (pro 100.000 EW) in Österreich 1980–2018 nach Altersgruppen	12
Abbildung 4: Todesursachen in Österreich im Jahr 2018 nach Altersgruppen (pro 100.000 EW)	12
Abbildung 5: Standardisierte Suizidraten (pro 100.000 EW) in den österreichischen Bundesländern und in Gesamtösterreich (5-Jahres-Durchschnitt 2014–2018)	14
Abbildung 6: Angewendete Suizidmethoden im Jahr 2018 nach Geschlecht	15
Abbildung 7: Das SUPRA-Säulenmodell	16
Abbildung 8: Maßnahmen des Startpakets inklusive Zeithorizont für die Umsetzung, nach Säule und Zuständigkeit	17

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stand Krisentelefonnummern in den einzelnen Bundesländern (Jänner 2020)	19
--	----

Abkürzungen

AAS	American Association of Suicidology
AGUS	Angehörige um Suizid
AMS	Arbeitsmarktservice
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BM.I	Bundesministerium für Inneres
EIWE	Eigenständig werden
EU	Europäische Union
EW	Einwohner und Einwohnerinnen
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
IASP	International Association for Suicide Prevention
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
Ifsg	Institut für Suizidprävention Graz
ÖGS	Österreichische Gesellschaft für Suizidprävention
SUPRA	Suizidprävention Austria
WHO	World Health Organization
YAM	Youth Aware of Mental Health

1 Einleitung

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

- Basisbericht 2013: Daten der Vergiftungsinformationszentrale (VIZ) zu intentionalen Selbstvergiftungen; Schwerpunktkapitel: Alters- und geschlechtsspezifische Aspekte von Suizidalität, Suizidprävention in Österreich (Bestandsaufnahme) (Kapusta et al. 2014)
- Bericht 2014: Tagungsband zur SUPRA-Vernetzungstagung „Suizidprävention in Österreich – Status quo und Perspektiven“ vom 5. 9. 2014 (Grabenhofer-Eggerth/Kapusta 2015)
- Bericht 2015: E-Mail-Beratung für Menschen in psychosozialen Krisen des Kriseninterventionszentrums Wien, die Rolle der Online-Medien für die Suizidprävention (Grabenhofer-Eggerth/Kapusta 2016)
- Bericht 2016: SUPRA-Umsetzungskonzept, Startpaket Suizidprävention (Grabenhofer-Eggerth et al. 2017)
- Bericht 2017: Webportal www.suizid-praevention.gv.at, Suizidrisiko bei Männern, Schulische Suizidprävention, Brückensicherung, menschenrechtliche Standards der Suizidprävention im BM.I, Ausbau der Suizidprävention in der Steiermark (Grabenhofer-Eggerth/Kapusta 2018)
- Bericht 2018: Aktivitäten in der Postvention, Umsetzungsschritte von SUPRA Kärnten, Train-the-Trainer-Programm für Gatekeeper-Schulungen, begleitete Film- und Theateraufführungen zum Thema Suizid, Papageno-Medienpreis (Tanios/Grabenhofer-Eggerth 2018)

Der Bericht 2016 (Grabenhofer-Eggerth et al. 2017) nahm eine besondere Stellung in der Reihe der Suizidberichte ein, da er das für die nächsten Jahre leitende Umsetzungskonzept zu SUPRA sowie das „Startpaket Suizidprävention“ mit den priorisierten Sofortmaßnahmen der österreichischen Suizidprävention beschreibt. Der zweite Teil des diesjährigen Berichts stellt nun die Fortschritte bei der Umsetzung dieses Konzepts dar (Monitoring).

¹Die Berichte sind auf der Website des BMSGPK als Download verfügbar: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Psychische-Gesundheit/Suizid-und-Suizidpr%C3%A4vention-SUPRA.html> [Zugriff am 06. 02. 2020]

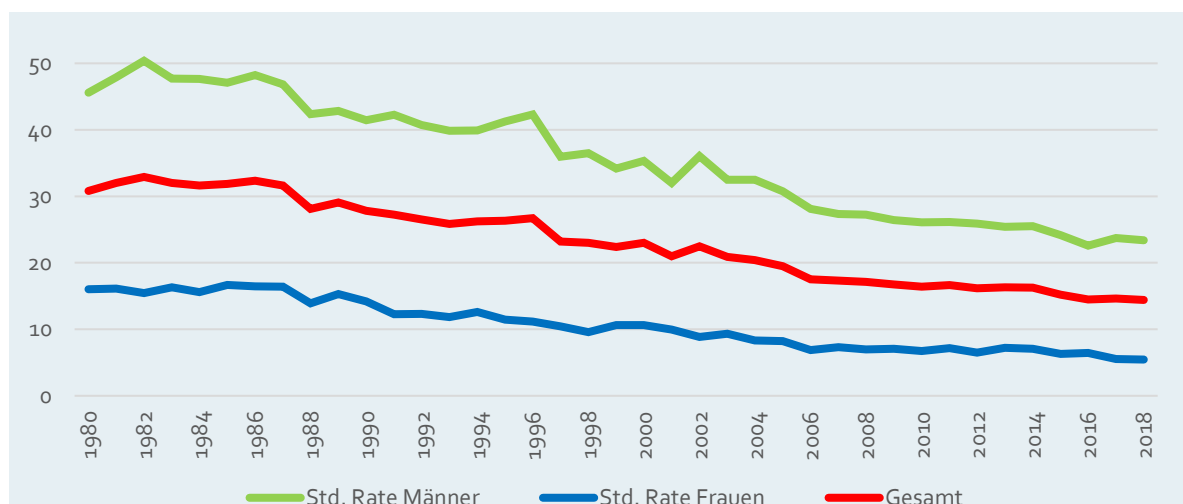
2 Daten zu Suiziden in Österreich

2.1 Suizide in Österreich

Statistiken zur Suizidsterblichkeit basieren auf den Zahlen der Todesursachenstatistik, die von der Statistik Austria geführt wird. Zahlen über die Anzahl der Suizide pro Jahr werden in Österreich in allgemeiner Form bereits seit dem Jahr 1829 registriert, detaillierte Daten der Todesursachenstatistik in elektronischer Form sind jedoch erst ab 1970 verfügbar. Die Suizidraten wurden, wenn nicht anders beschrieben, anhand der europäischen Standardbevölkerung 2013 nach Alter und Geschlecht standardisiert.

Die Suizidhäufigkeit nahm seit 1970 zunächst stetig zu und erreichte mit 2.139 Personen (Standardisierte Rate: 32,4 Suizide pro 100.000 Einwohner/-innen (EW)) im Jahr 1986 einen Höchststand, wie er zuletzt während des Zweiten Weltkriegs zu beobachten war (Sonneck et al. 2012). Seit den 1980er-Jahren ist ein deutlicher Rückgang zu beobachten. Mit Beginn der weltweiten Wirtschaftskrise im Jahr 2008 verlangsamte sich dieser Rückgang jedoch deutlich und ging von 17,1 im Jahr 2008 auf 14,4 Suizide pro 100.000 Einwohner/-innen (EW) im Jahr 2018 zurück (s. Abbildung 1). Mit insgesamt 1.209 durch Suizid verstorbenen Personen (ICD10 Codes: X60-X84, Y87.0) im Jahr 2018 beträgt der Rückgang gegenüber dem Jahr 1986 rund 43 Prozent. Der relative Rückgang von Suiziden im Vergleich der Jahre 1986 und 2018 beträgt rund 55 Prozent.

Abbildung 1: Verlauf der standardisierten Suizidraten (pro 100.000 EW) in Österreich 1980–2018



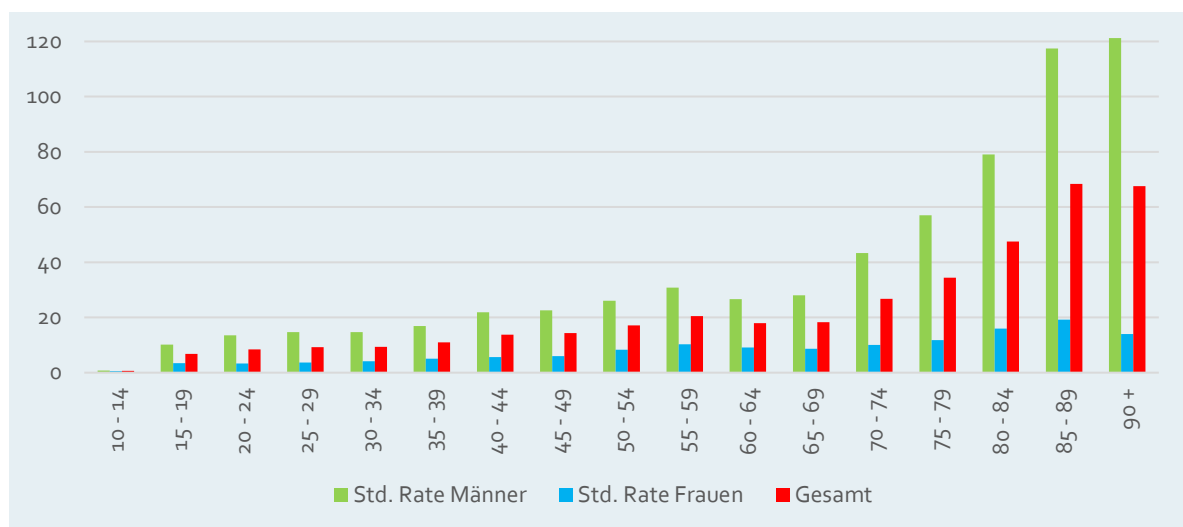
Quelle/Rohdaten: Statistik Austria; Berechnung und Darstellung: GÖG (Standardbevölkerung Europa 2013)

Im Jahr 2018 suizidierten sich in Österreich 950 Männer und 259 Frauen. Das entspricht einer Suizidrate für Männer von 23,4 pro 100.000 EW und für Frauen von 5,5 pro 100.000 EW und einer Gesamtsuizidrate von 14,4 pro 100.000 EW (s. Abbildung 1). Der relative Rückgang der Suizidraten im Vergleich der Jahre 1986 und 2018 ist mit rund 67 Prozent bei den Frauen stärker ausgeprägt als bei den Männern mit etwa 52 Prozent.

2.2 Altersspezifische Verteilung von Suiziden

Die Suizidrate steigt in Österreich mit dem Alter an (Durchschnitt über die Jahre 2014–2018). Das Suizidrisiko ist in der Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen fast zweieinhalbmal, in der Altersgruppe der 85- bis 89-Jährigen fast fünfmal so hoch wie das der Durchschnittsbevölkerung (s. Abbildung 2).

Abbildung 2: Standardisierte Suizidraten (pro 100.000 EW; 5-Jahres-Durchschnitt 2014–2018) nach Altersgruppen

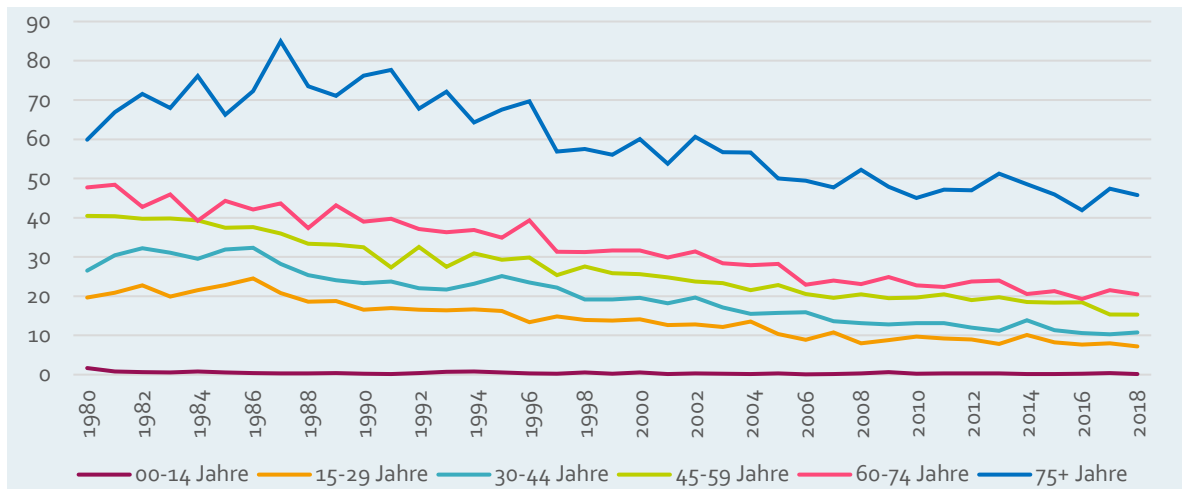


Quelle/Rohdaten: Statistik Austria; Berechnung und Darstellung: GÖG (Standardbevölkerung Europa 2013)

Betrachtet man die absoluten Zahlen, so zeigt sich, dass die meisten Suizide im mittleren Lebensalter zu verzeichnen sind (rund 28 % aller Suizide finden sich in der Altersgruppe 45–59 Jahre). Absolut liegt der Häufigkeitsgipfel im Altersfeld 50 bis 54 Jahre. Betrachtet man die relative Häufigkeit, zeigen sich in den höchsten Altersgruppen die höchsten Suizidraten (s. Abbildung 2 und Abbildung 3).

Im Zeitraum 1980 bis 2018 konnte – mit einigen Schwankungen – bei allen Altersgruppen ein rückläufiger Trend der Suizidraten verzeichnet werden (s. Abbildung 3).

Abbildung 3: Standardisierte Suizidraten (pro 100.000 EW) in Österreich 1980–2018 nach Altersgruppen

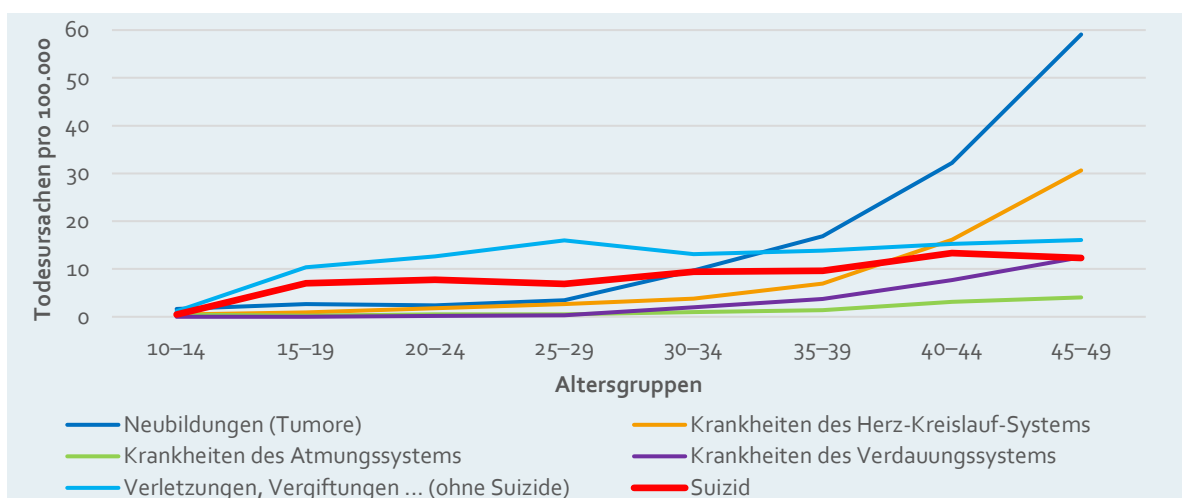


Quelle/Rohdaten: Statistik Austria; Berechnung und Darstellung: GÖG (Standardbevölkerung Europa 2013)

2.3 Häufigkeit der Todesursache Suizid im Vergleich zu anderen Todesursachen

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

Abbildung 4: Todesursachen in Österreich im Jahr 2018 nach Altersgruppen (pro 100.000 EW)



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

Ein eindrückliches Bild zeigt die Gegenüberstellung der Verkehrstoten-Zahlen mit der Anzahl der durch Suizid verstorbenen Personen im Zeitverlauf: Zu Beginn der 1970er-Jahre war die Anzahl der Verkehrstoten mit 2.675 noch deutlich höher als jene der Suizide mit 1.789. In den darauffolgenden Jahren ist die Zahl der Verkehrstoten – unter anderem durch Maßnahmen der Verkehrssicherheit – beträchtlich zurückgegangen, sodass seit Mitte der 1980er-Jahre die Anzahl der Verkehrstoten in Österreich unter jener der durch Suizid Verstorbenen liegt. Im Jahr 2018 wurden mit 1.209 Suiziden fast dreimal so viele Suizide wie Verkehrstote (409 Personen²) verzeichnet.

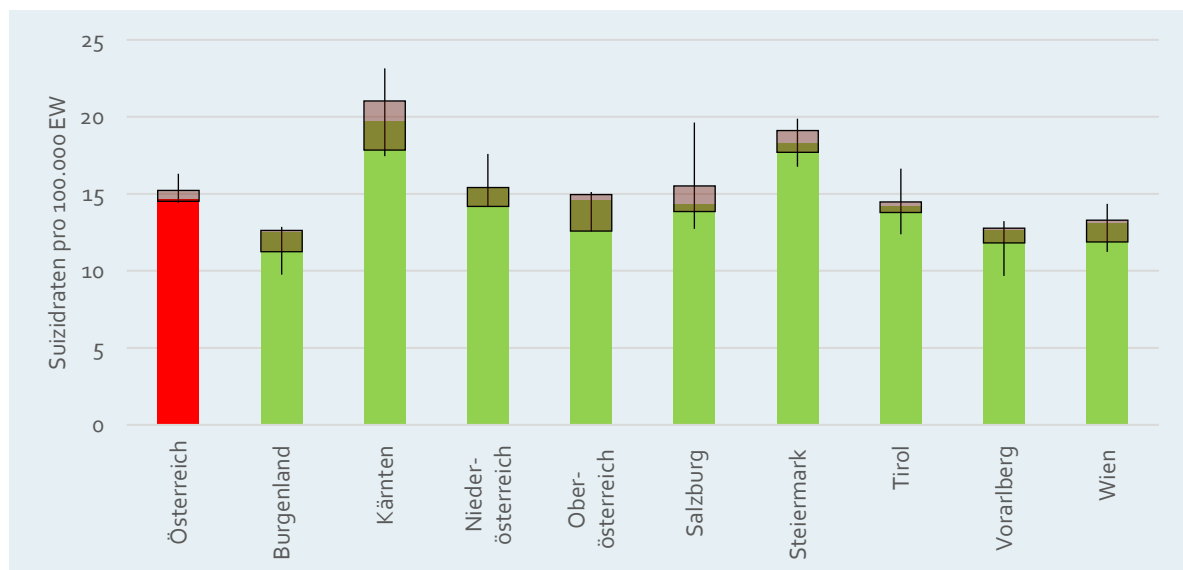
Der starke Rückgang der Anzahl der Verkehrstoten durch die erfolgreichen Bemühungen und verkehrssicherheitstechnischen Investitionen zur Unfallprävention wirft die Frage auf, welche Ansatzpunkte daraus – trotz evidenter Unterschiede dieser beiden Mortalitätsgruppen – für die Suizidprävention abzuleiten wären. Bezugnehmend auf den aktuellen Konsensus zur Evidenzlage der Wirksamkeit suizidpräventiver Maßnahmen (Zalsman et al. 2017) zeigt sich, dass u. a. die Implementierung von Restriktionsmaßnahmen erfolgversprechend wäre. Restriktionsmaßnahmen reduzieren die Verfügbarkeit bestimmter Mittel oder schränken diese per Gesetz ein, sodass der Zugang dazu erschwert wird (bessere psychologische Tests vor dem Erwerb von Schusswaffen, Sicherung von Gebäuden und Brücken, Reduktion von Packungsgrößen bestimmter Medikamente u. v. m.). Aktuelle Rahmenwerke der Suizidprävention empfehlen jedenfalls einen mehrdimensionalen Zugang, der auf mehreren Ebenen zugleich ansetzt und das Individuum, das interpersonelle Geschehen, den Kontext und die gesellschaftliche Dimension im Sinne eines „socio-ecological model“ in einem nationalen Suizidpräventionsprogramm gleichermaßen adressiert (Cramer/Kapusta 2017). Dieser Ansatz findet im SUPRA-Umsetzungskonzept (Grabenhofer-Eggerth et al. 2017) Berücksichtigung.

2.4 Suizidraten im Bundesländervergleich

Regionale Unterschiede in der Suizidsterblichkeit lassen sich auch innerhalb Österreichs erkennen. Im 5-Jahres-Durchschnitt finden sich die höchsten Suizidraten in Kärnten und in der Steiermark. Im Burgenland und in Vorarlberg sind die Suizidraten am niedrigsten (s. Abbildung 5).

² Quelle: Statistik Austria https://www.statistik.at/web_de/statistiken/energie_umwelt_innovation_mobilitaet/verkehr/strasse/unfaelle_mit_personenschaden/index.html [Zugriff am 25.11. 2019]

Abbildung 5: Standardisierte Suizidraten (pro 100.000 EW) in den österreichischen Bundesländern und in Gesamtösterreich (5-Jahres-Durchschnitt 2014–2018)



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

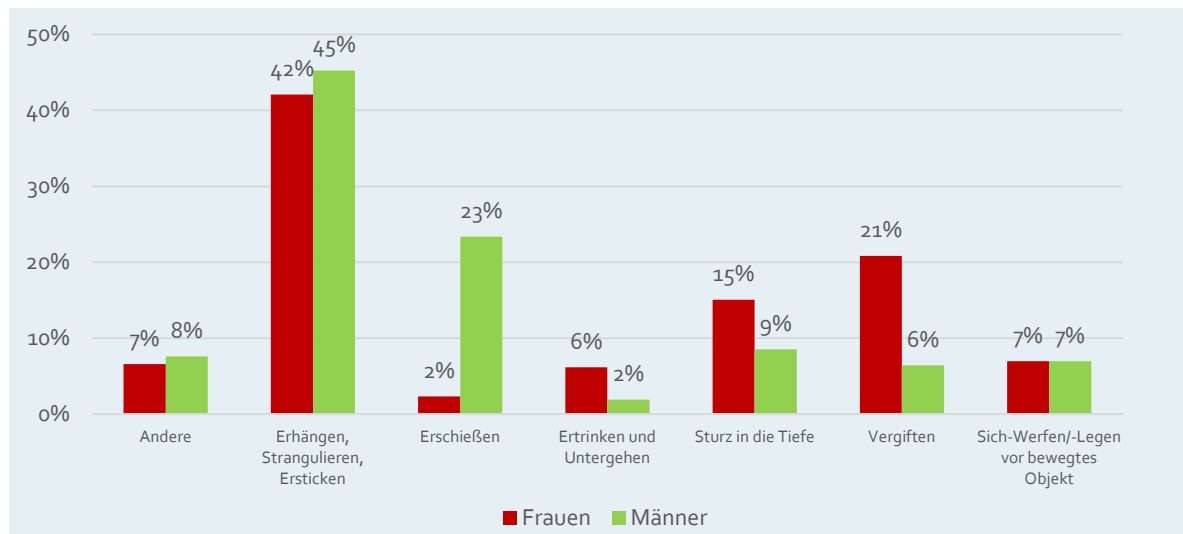
2.5 Suizidmethoden

Die aktuellsten Zahlen aus dem Jahr 2018 zeigen, dass Erhängen (bzw. Strangulieren oder Erstickern) weiterhin die in Österreich am häufigsten angewandte Suizidmethode darstellt. 539 Suizide (ca. 45 % aller Suizide) erfolgten auf diese Weise. An zweiter Stelle stand das Sich-Erschießen mit etwa 19 Prozent, gefolgt von Sturz in die Tiefe und Selbstvergiftung (jeweils rd. 10 %) sowie vom Sich-Werfen oder -Legen vor ein bewegtes Objekt (rd. 7 %). Ertrinken oder Untergehen betraf rund drei Prozent aller Suizide.

Andere, nicht einzeln spezifizierte Suizidmethoden (vorsätzliches Verursachen eines Unfalls, Selbstverbrennung, Selbsttötung mit scharfem oder stumpfem Gegenstand und andere unbestimmte Methoden) machten zusammen etwa sieben Prozent aller Suizide im Jahr 2018 aus. Auch wenn die häufigste Suizidmethode beider Geschlechter das Erhängen (bzw. Strangulieren oder Erstickern) ist, unterscheiden sich die Methoden zwischen Männern und Frauen beträchtlich (s. Abbildung 6).

Gegen manche Suizidmethoden bieten sich spezifische präventive Maßnahmen – wie beispielsweise die Sicherung von Bahnstrecken, Brücken und Gebäuden, Veränderungen der Waffengesetzgebung oder Normen für Medikamentensicherheit – an, gegen andere Methoden können eher allgemein suizidpräventive Maßnahmen gesetzt werden.

Abbildung 6: Angewendete Suizidmethoden im Jahr 2018 nach Geschlecht



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

2.6 Suizidversuche

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

Internationale Studien gehen davon aus, dass die Zahl der Suizidversuche die Zahl der tatsächlich durch Suizid verstorbenen Personen um das 10- bis 30-Fache übersteigt (De Munck et al. 2009; Flavio et al. 2013; Kolves et al. 2013; Spittal et al. 2012). Demnach kann in Österreich von etwa 12.000 bis 36.000 Suizidversuchen pro Jahr ausgegangen werden. Vergiftungen stellen dabei etwa 70 bis 75 Prozent aller Suizidversuche dar (Flavio et al. 2013; Spittal et al. 2012). Frauen unternehmen Suizidversuche häufiger als Männer (Canetto/Sakinofsky 1998).

3 Monitoring Umsetzungskonzept

Im Frühjahr 2017 wurde das von der SUPRA-Koordinationsstelle an der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) gemeinsam mit den Expertinnen und Experten des SUPRA-Gremiums entwickelte SUPRA-Umsetzungskonzept als Kapitel im Suizidbericht 2016 erstmals veröffentlicht (Grabenhofer-Eggerth et al. 2017). Seit dem Frühjahr 2019 steht das Umsetzungskonzept nun auch als eigenständiges Dokument auf der Website des BMSGPK zum Download zur Verfügung³. Die Suizidprävention in Österreich besteht demnach aus 6 Säulen (=strategischen Zielen) (s. Abbildung 7). Diesen Säulen sind insgesamt 18 operative Ziele und mehr als 70 Maßnahmen zugeordnet.

Abbildung 7: Das SUPRA-Säulenmodell



Darstellung: BMSGPK

Für Entscheidungsträger/-innen stellt sich bei dieser Vielzahl von Zielen und Maßnahmen die Frage, welche der Maßnahmen die wichtigsten oder dringlichsten sind. Um eine qualitativ hochwertige Suizidprävention in Österreich nachhaltig sicherzustellen, ist es jedoch wichtig, nicht auf Einzelmaßnahmen zu setzen, sondern die Umsetzung eines Pakets von miteinander in Wechselwirkung stehenden Maßnahmen in Angriff zu nehmen. Vom SUPRA-Expertengremium wurde daher in Kooperation mit der GÖG und dem BMSGPK gemeinsam mit dem Umsetzungskonzept das sogenannte „Startpaket Suizidprävention“ entwickelt (s. Abbildung 8).

³ [https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:658b1796-e27f-4f8a-9256-b33894f81013/SUPRA%20\(Startpaket%20Suizidpr%C3%A4vention%20u.langfristiges%20Umsetzungskonzept.pdf](https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:658b1796-e27f-4f8a-9256-b33894f81013/SUPRA%20(Startpaket%20Suizidpr%C3%A4vention%20u.langfristiges%20Umsetzungskonzept.pdf)

Es enthält zentrale Maßnahmen zu jeder der sechs Säulen, trägt der föderalen Zuständigkeitsstruktur des Landes Rechnung und sollte theoretisch mit überschaubarem Aufwand innerhalb von zwei Jahren umsetzbar sein. Das Startpaket stellt die Basis für Erhaltung bzw. Aufbau einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Suizidprävention dar.

Da Umsetzungskonzept und Startpaket reinen Empfehlungscharakter haben und die Umsetzung weder für die Länder noch für den Bund verbindlich ist, werden – um die Umsetzung zu fördern – ab heuer die aktuellen Maßnahmen zur Umsetzung auf Bundes- und Länderebene im jährlichen Suizidbericht beschrieben.

Abbildung 8: Maßnahmen des Startpakets inklusive Zeithorizont für die Umsetzung, nach Säule und Zuständigkeit

Säule	Länderebene	Bundesebene	Implementierung innerhalb von
1	Organisatorische Einbettung der Suizidprävention in eine bestehende Organisations-/Koordinationsstruktur der Länder (z. B. Psychiatriekoordination)	Ausbau der SUPRA-Koordinationsstelle auf Bundesebene	1 Jahr
2	aufbauend auf bestehenden Angeboten: eine überkonfessionelle 7-Tage- / 24-Stunden-Krisentelefonnummer pro Bundesland	nationale Hotline, die automatisch zu den Krisentelefonnummern der Länder weiterleitet	1 Jahr
2	Finanzierung/Umsetzung der SUPRA-/ÖGS-Gatekeeper-Schulungen	Startfinanzierung für SUPRA-/ÖGS-Train-the-Trainer-Programm	2 Jahren
3	Identifizieren und Sichern von Hotspots	Diskussionsprozess zu gesetzlichen Maßnahmen / Leitlinien starten: Waffen, Medikamente, Bau- und Verkehrsnormen	2 Jahren
4	Informationsveranstaltungen/Seminare für regionale Medien zur Verbreitung der Medienrichtlinien / Beauftragung eines/einer Medienverantwortlichen pro Bundesland	Papageno-Medienpreis (inkl. Verbreitung der Medienrichtlinien) – BMSGPK, SUPRA, ÖGS, Wiener Werkstaette for Suicide Research, Presserat, Kriseninterventionszentrum	1 Jahr
5	Implementieren schulischer Suizidprävention YAM / „Vorarlberger Modell“ (d. h. Integration in die Programme <i>Gemeinsam stark werden</i> , <i>Plus</i> , <i>Klartext</i>)	Unterstützung durch BMBWF und BMSGPK	2 Jahren
6	Beitrag zum Aufbau von Expertise/Datenbasis seitens der Länder (z. B. in Bezug auf Hotspots) in Kooperation mit SUPRA-/ÖGS-AG-Qualität	Etablieren einer SUPRA-/ÖGS-AG-Qualität	1 Jahr

Darstellung: BMSGPK

3.1 Säule 1: Koordination und Organisation

Auf Bundesländerebene zeigt sich in puncto Koordination ein heterogenes Bild. Zum Zeitpunkt der Ausrollung des SUPRA-Programms im Jahr 2012 gab es nur in der Steiermark eine bereits definierte **Zuständigkeit für Suizidprävention auf Verwaltungsebene**. Mittlerweile ist die Suizidprävention in fast allen Bundesländern in irgendeiner Form an eine Organisations- oder Koordinationsstruktur angebunden. In der Steiermark, Vorarlberg, Wien, Niederösterreich, dem Burgenland und Tirol ist die jeweilige Psychiatriekoordination des Landes direkt oder in enger Abstimmung mit von ihr beauftragten Personen in SUPRA eingebunden. In Kärnten und Salzburg sind andere Organisationseinheiten des Landes für die Suizidprävention zuständig und in SUPRA eingebunden. Lediglich in Oberösterreich gibt es noch keine offizielle Zuständigkeit auf organisationaler Ebene. Trotz der wachsenden organisatorischen Einbindung gibt es noch nicht in jedem Bundesland auch seitens des Landes eigene der Suizidprävention gewidmete Mittel. Mit GO-ON und bittelebe.at gibt es in der Steiermark und Vorarlberg eigene vom Land geförderte Suizidpräventionsprojekte, mit SUPRA-Kärnten und SUPRA-Salzburg und vermutlich ab 2020 auch SUPRA-Tirol gibt es in drei Bundesländern offizielle regionale Umsetzungen von SUPRA.

Auf Bundesebene wurde im Jahre 2012 die damalige *Kontaktstelle* Suizidprävention an der GÖG eingerichtet, sie sollte den Rollout von SUPRA vorbereiten und begleiten. Seit 2016 firmiert diese als **Koordinationsstelle Suizidprävention**, um den koordinativen Charakter der Tätigkeiten herauszustreichen. Die Koordinationsstelle ist u. a. auch für die Erstellung des jährlichen Suizidberichts, die Organisation des Papageno-Medienpreises, die Organisation und inhaltliche Vor- und Nachbereitung der Treffen des SUPRA-Expertengremiums und seiner Unterarbeitsgruppen und für die fachliche Unterstützung von Maßnahmen in den Bundesländern zuständig. Die Ansiedelung an der GÖG in der Abteilung Psychosoziale Gesundheit stellt Synergieeffekte sicher, weshalb SUPRA mittlerweile in den Zielsteuerungsvertrag Gesundheit (Zielsteuerung-Gesundheit 2017) und in das österreichische Gesundheitsziel 9 („Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern“) Eingang gefunden hat (BMASGK 2019).

Die gegenüber der Anfangszeit von SUPRA stark verbesserte Einbindung der Suizidprävention in Organisationsstrukturen der Länder sollte es künftig ermöglichen, noch mehr Maßnahmen zur Umsetzung des SUPRA-Programms in Angriff zu nehmen.

3.2 Säule 2: Unterstützung und Behandlung

Menschen in psychosozialen Krisen und/oder suizidaler Einengung brauchen einen einfachen, schnellen und niederschweligen Zugang zu ersten Hilfsangeboten. Im Zuge der Entwicklung des SUPRA-Webportals wurde klar, dass in Österreich eine zentrale **Kriseninterventionstelefonnummer**, wie sie in vielen anderen Ländern längst existiert, noch fehlt.

In den meisten Bundesländern gibt es bereits entsprechende Telefonnummern oder sie sind in Planung. Die Ausgestaltung und die Kapazität dieser Nummern unterscheiden sich jedoch teils beträchtlich. Während beispielsweise die Notrufnummer der Krisenhilfe Oberösterreich ein breit aufgestelltes gemeinsames Angebot der Einrichtungen pro mente OÖ, Exit Sozial, Rotes Kreuz, Telefonseelsorge und Notfallseelsorge darstellt, führen die beiden Kärntner Handynummern jeweils zur psychiatrischen Abteilung der beiden zuständigen Krankenhäuser.

Tabelle 1: Stand Krisentelefonnummern in den einzelnen Bundesländern (Jänner 2020)

Bundesland	Organisation	Nummer	Zeit
Wien	Kriseninterventionszentrum	01 4069595	Montag bis Freitag 10–17 Uhr
	PSD	01 31330	täglich 0–24 Uhr
Niederösterreich	Niederösterreichisches Krisentelefon	0800 202016	täglich 0–24 Uhr
Burgenland	-		in Planung
Steiermark	-		in Planung
Kärnten	Psychiatrischer Not- und Krisendienst - PNK Ost	0664/3007007	täglich 0-24 Uhr
	Psychiatrischer Not- und Krisendienst - PNK West	0664/3009003	täglich 0-24 Uhr
Oberösterreich	Krisenhilfe Oberösterreich	0732 21-77	täglich 0–24 Uhr
Salzburg	pro mente - Salzburg	0662 - 43 33 51	täglich 0–24 Uhr
	pro mente - St. Johann	06412 - 200 33	täglich 0–24 Uhr
	pro mente - Zell am See	06542 - 72 600	täglich 0–24 Uhr
Tirol	Station für Akutpsychiatrie und Krisenintervention	050 50423646	täglich 0–24 Uhr Krisennummer in Planung
Vorarlberg	-		in Planung
Österreichweit	Telefonseelsorge	142	täglich 0–24 Uhr

Quelle: GÖG

Als Maßnahme zu Gesundheitsziel 9 („Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern“) wurde vom BMSGPK die Implementierung einer bundesweit einheitlichen Telefonnummer eingemeldet, die – ähnlich wie andere Notrufnummern – direkt an eine lokale Kriseninterventionseinrichtung weiterleitet (BMSGK 2019). Es geht hier vorrangig um eine technische Lösung, denn entsprechende Telefonnummern existieren bereits in den meisten Bundesländern. In jenen Bundesländern, in denen solche Nummern noch nicht bestehen, sollen entsprechende Angebote geschaffen werden, wobei die Kombination mehrerer bestehender Angebote möglich ist (z. B. eine Stelle ist tagsüber erreichbar, eine andere während der Nacht). Die regionale Anbindung dieser Hotlines ist deshalb wichtig, da das Service-Personal sowohl die unterschiedlichen regionalen Angebote als auch die geografischen Gegebenheiten kennen muss, was durch eine zentrale Stelle nicht gewährleistet werden kann.

In Kooperation mit der Rundfunk und Telekom Regulierungs-GmbH (RTR) wurde ein erstes Konzept für eine einheitliche 4-stellige Notrufnummer auf Bundesebene, die automatisch an die jeweilige regionale Krisennummer weiterleitet, entwickelt und die dafür notwendigen legislativen Rahmenbedingungen geschaffen. Allerdings stellte sich die technische Umsetzung als wesentlich aufwendiger und somit teurer als gedacht heraus. Deshalb muss nun eine Entscheidung getroffen werden, ob es sinnvoll ist, zu warten, bis die geplanten Krisennummern auch in den noch fehlenden Bundesländern umgesetzt sind, um Mehrkosten für die jeweiligen Programmierungsänderungen zu sparen, oder ob zusätzlich auch noch weitere Synergie-möglichkeiten mit der Gesundheitsnummer 1450 geprüft werden sollen, um möglichst Kosten zu sparen.

Neben der Möglichkeit der raschen telefonischen Hilfe ist es besonders wichtig, dass sogenannte „**Gatekeeper**“ – das sind Personen- und Berufsgruppen, die mit Menschen in suizidalen Krisen in Kontakt kommen, z. B. AMS-Mitarbeiter/-innen, Lehrpersonal, Polizei, Ärztinnen/Ärzte, ehrenamtliche Helfer/-innen – im Umgang mit gefährdeten Menschen entsprechend geschult werden, um Suizidalität erkennen und helfen bzw. effektiv weitervermitteln zu können. Um eine qualitätsgesicherte Schulung von Gatekeepern sicherstellen zu können, werden entsprechend gut ausgebildete Trainer/-innen benötigt.

Auf Bundesebene wurde über Projektförderung aus dem Rahmen-Pharmavertrag die Gesundheitsziel 9-Maßnahme „Österreichweite Umsetzung ÖGS-Gatekeeper-Konzept“ finanziert. Für eine effektive österreichweite Projektabwicklung wird die Durchführung der Gatekeeper-Trainerausbildung auf drei Regionen (West, Mitte, Ost) mit den Kooperationspartnern BIN Tirol, Institut für Suizidprävention Graz und Kriseninterventionszentrum Wien aufgeteilt. In jeder Region wurde ein Ausbildungslehrgang durchgeführt, wodurch insgesamt 38 Gatekeeper-Trainer/-innen nach Abschluss aller Ausbildungsschritte zertifiziert werden. Der Lehrgang beinhaltet ein zweitägiges Train-the-Trainer-Seminar, danach ein Co-Training mit

bereits zertifizierten Gatekeeper-Trainern und -Trainerinnen bei einer Gatekeeper-Schulung mit 15 bis 16 Teilnehmern und Teilnehmerinnen aus diversen Gatekeeper-Gruppen und im Anschluss supervidierte Einzelschulungen. Bereits im Rahmen der Co-Trainings wurden rund 500 Gatekeeper/-innen der Suizidprävention im Projektzeitraum geschult, bei den folgenden Einzelschulungen unter Supervision werden weitere 1.000 Gatekeeper-Schulungsteilnehmer/-innen folgen. Ziel ist es, mit diesen 38 neuen Gatekeeper-Trainern/-Trainerinnen und den 15 bereits davor zertifizierten Trainern und Trainerinnen (in Summe also bereits >50) in den nächsten Jahren die standardisierten qualitätsgesicherten Schulungen zu etablieren. Im Burgenland ist bereits vorgesehen, Suizidprävention ab 2021 in das Fortbildungsprogramm der KRAGES (Krankenanstalten GesmbH) aufzunehmen. Weitere Informationen dazu finden sich unter: <https://suizidpraevention-gatekeeper.at/>.

Seit 2019 gibt es an der MedUni Wien den Zertifikats-Lehrgang „Krisenintervention und Suizidprävention“⁴. Die zweisemestrige postgraduelle Ausbildung im Ausmaß von 20 ECTS-Punkten besteht je zur Hälfte aus einem theoretischen und einem praktischen Teil. Der Kurs vermittelt die für einen professionellen Umgang mit Krisensituationen notwendigen theoretischen und praktischen Kompetenzen und Fertigkeiten, um Hilfestellung bei der Planung und Organisation professioneller Hilfe für Menschen in psychischen Krisen unter besonderer Berücksichtigung potenzieller Suizidgefährdung geben zu können.

Das Wiener Kriseninterventionszentrum bietet **spezielle dolmetsch-unterstützte Krisenintervention** für Menschen mit Migrationshintergrund und/oder Fluchterfahrung an und bietet damit die Möglichkeit eines niederschweligen Zugangs für diese besonders gefährdete Zielgruppe (auch die Website ist mehrsprachig). Im Herbst 2019 wurde von der Österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention (ÖGS) ein **Positionspapier zur Flüchtlingsversorgung** der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (ÖGPP) um ein Kapitel zu Suizidprävention ergänzt und als gemeinsames Papier der ÖGPP, ÖGS, Österreichischen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (ÖGSP), Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (ÖGKJP) und pro mente Austria veröffentlicht⁵. Weitere Angebote des Kriseninterventionszentrums Wien für Risikogruppen sind das **Angebot für Männer bzw. Väter** (s. <http://vaeter-in-krisen.at/>) und für **alte Menschen** (s. <http://krisen-im-alter.at/>).

⁴ <https://www.meduniwien.ac.at/hp/postgraduate/zertifikatskurse/krisenintervention-und-suizidpraevention/> [Zugriff am 16. 12. 2019]

⁵ https://www.oegpp.at/fileadmin/user_upload/pressemedlungen/Stellungnahmen/Positionspapier_Fluechtlinge_2018-01-17_ergaenzt_2019.pdf [Zugriff am 24. 1. 2020]

3.3 Säule 3: Restriktion der Suizidmittel

Im November 2018 wurden von der ÖGS⁶ und dem BMSGPK⁷ (unter Berufung auf SUPRA) jeweils **Stellungnahmen zur Novelle des Waffengesetzes** eingebracht. Begrüßt wurde dabei v. a. die Einführung der Meldeverpflichtung der waffenpsychologischen Begutachtungsstellen an die Waffenbehörde im Falle von negativen Gutachten und die zentrale Informationssammlung – diese Maßnahmen entsprechen dem SUPRA-Ziel, den „Gutachtertourismus“ zu unterbinden. Andere Punkte, wie z. B. der erleichterte Zugang zu Faustfeuerwaffen für Jäger/-innen und der erleichterte Zugang zu privaten Schusswaffen für Bundesheerangehörige, wurden als problematisch kritisiert. Weiters wurde darauf hingewiesen, dass die Wartezeit (Abkühlphase) bei Erstkauf von Schusswaffen nicht wie gefordert von drei auf 14 Tage verlängert wurde. Die genannten Bedenken wurden jedoch leider nicht in der Novelle berücksichtigt und bleiben daher weiter als Forderungen von SUPRA bestehen.

Das Institut für Suizidprävention Graz betreibt bereits seit 2016 gemeinsam mit der ASFINAG ein Projekt zur Sicherung von **Hotspot-Brücken**. Alle vom BM.I benannten Brücken im Netz der ASFINAG wurden mit den jeweiligen Autobahnmeistern besprochen, wobei bisher sechs den Status eines Hotspots nach dem Schweizer Modell (ASTRA) haben. Zwei von diesen wurden bereits durch bauliche Maßnahmen wie Geländeerhöhung und die Sicherung von Brückenköpfen nachgerüstet, an einigen wurden Hinweistafeln mit der Nummer der Telefonseelsorge angebracht. Zusätzlich wurde mit Schulungen zur Suizidprävention für Mitarbeiter/-innen der ASFINAG begonnen. Mittelfristig ist eine Ausrollung auf ganz Österreich geplant.

Es gab Gespräche mit einem Psychologen der ÖBB in Tirol und Wien, Thema war die mögliche Zusammenarbeit bei der **Sicherung von Bahn-Hotspots**. Die geteilte Zuständigkeit für Personenverkehr und Schienennetz innerhalb des ÖBB-Konzerns erschwert die gemeinsame (Problem-)Bewusstseinsbildung bzw. die Bereitschaft zu teils kostspieligen Maßnahmen. Es sind jedoch weitere Gespräche angedacht, die Suizidpräventionsinitiative^{8,9} der Schweizer Bahn könnte diesbezüglich Vorbildwirkung haben.

Zum Thema Qualitätssicherung bei der Sicherung von Hotspots wurde eine Sitzung der **SUPRA-AG-Qualität** abgehalten mit dem Ziel, eine einheitliche Vorgehensweise der Anfragebeantwortung zu entwickeln. Hintergrund war die Befürchtung, dass zuständige Stellen so

⁶ https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVI/SNME/SNME_03127/imfname_717742.pdf [Zugriff am 16. 12. 2019]

⁷ https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVI/SNME/SNME_03196/imfname_718045.pdf [Zugriff am 16. 12. 2019]

⁸ https://news.sbb.ch/_file/10354/schienensuizide-auf-dem-netz-der-sbb.pdf [Zugriff am 16. 12. 2019]

⁹ <https://reden-kann-retten.ch/kampagne/> [Zugriff am 16. 12. 2019]

lange diverse Expertinnen und Experten befragen, bis sie die billigste Lösung als brauchbare Lösung bestätigt bekommen. Die AG einigte sich auf folgenden Vorgehensweise:

- Keine Pauschalempfehlungen abgeben, insbesondere keine Auswahl an verschiedenen Methoden, da die Gefahr besteht, dass die billigste Maßnahme (Schilder) als einzige Maßnahme gewählt wird.
- Die Besichtigung des konkreten Hotspots sollte einer Empfehlung vorausgehen. Hier können auch lokalspezifische Lösungen zum Ziel führen (z. B. aus der Steiermark: Parkplatz vor Brücke sperren).

3.4 Säule 4: Bewusstsein und Wissen

Die Verbreitung und Anwendung der Richtlinien zur medialen Berichterstattung über Suizide sind national wie international eine Erfolgsgeschichte der Suizidprävention. Mittlerweile konnte auch nachgewiesen werden, dass eine bestimmte Form der Berichterstattung nicht nur Imitationssuizide („Werther-Effekt“) verhindert, sondern generell suizidpräventiv wirken kann („Papageno-Effekt“). Der Papageno-Effekt bezieht sich auf die Figur des Papageno aus Mozarts Oper „Die Zauberflöte“. Papageno kann seine anfänglichen Suizidgedanken mit der Hilfe anderer überwinden. In Österreich verankerte der österreichische Presserat im Jahr 2012 die suizidpräventive Berichterstattung in seinem Ehrenkodex. Auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse zum protektiven Effekt von Medienberichten wurde der Papageno-Effekt 2017 von der Weltgesundheitsorganisation in die internationalen Medienempfehlungen zur Berichterstattung über Suizide aufgenommen.

Zur weiteren Verbreitung der Medienrichtlinien und zur Förderung suizidpräventiver Berichterstattung wurde daher vom damaligen Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMSGK) und der österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention (ÖGS), der Wiener Werkstätte für Suizidforschung sowie dem Kriseninterventionszentrum im Jahr 2019 der in Zukunft jährlich zu vergebende sogenannte „**Papageno-Medienpreis**“ für den besten suizidpräventiven journalistischen Beitrag ausgelobt. Am Weltsuizidpräventionstag wurde von Bundesministerin Brigitte Zarl bei einem Festakt im Presseclub Concordia der erste „Papageno-Medienpreis“ an Thomas Hödlmoser von den Salzburger Nachrichten für seinen Beitrag „und trotzdem weiterleben“ verliehen.

In Salzburg wurde am 5. 9. 2019 eine **Medienschulung** in Kooperation mit dem Kuratorium für Journalistenausbildung organisiert. Referenten waren Thomas Niederkrotenthaler und Gerald Tomandl sowie Golli Marboe aus der Sichtweise eines persönlich Betroffenen. Der Einladung folgten acht Journalistinnen und Journalisten.

Die vom Institut für Suizidprävention Graz in Kooperation mit der ÖGS und SUPRA am 14. 9. 2019 in Graz veranstaltete **Tagung „Überleben Tabuthema Suizid“** beleuchtete das Thema Reden über Suizid aus unterschiedlichsten Perspektiven – aus der Sicht der Medien, der Behandlung, der Betroffenen und der Angehörigen.

Bereits 2017 wurde das Österreichische Suizidpräventionsportal **www.suizid-praevension.gv.at** als Teil des öffentlichen Gesundheitsportals Österreichs www.gesundheit.gv.at ausgerollt. Das niederschwellige Informationsangebot richtet sich v. a. an Betroffene, An- und Zugehörige sowie Hinterbliebene, informiert über Krisentelefone sowie Hilfsangebote und gibt Tipps zur Soforthilfe. Allgemeine Hintergrundinformationen über Suizidprävention tragen zudem zum Wissen über das Thema in der Bevölkerung bei. Im Jahr 2019 wurden sämtliche Inhalte überprüft und bei Bedarf aktualisiert. Das Österreichische Suizidpräventionsportal verzeichnete im Jahr 2019 140.314 Seitenbesuche. Das entspricht einer Steigerung der Seitenbesuche um etwa 70 Prozent im Vergleich zum Vorjahr.

3.5 Säule 5: Einbettung in Prävention und Gesundheitsförderung

Wie im Suizidbericht 2017 für den Bereich der **schulischen Suizidprävention** berichtet, läuft in Tirol das Programm „Youth Aware of Mental Health“ (YAM) und in Vorarlberg wurden Aufbaumodule für die Lebenskompetenzprogramme „Gemeinsam stark werden“ und „plus“ entwickelt und angewendet (Grabenhofer-Eggerth/Kapusta 2018). In Kärnten wurde mittlerweile das „Vorarlberger Modell“ der Aufbaumodule übernommen. Für Wien wird dies 2020 ebenfalls umgesetzt, im Burgenland wird aktuell über die Übernahme diskutiert. In Salzburg wird ebenfalls an der Implementierung der schulischen Suizidprävention gearbeitet.

Der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) unterstützt gemäß seinem Rahmenarbeitsprogramm 2017-2020 Praxisprojekte zur Umsetzung von Maßnahmen der Suizidprävention, die auf Evidenz und bisherige nationale und internationale Projekterfahrungen aufbauen. Beispielsweise förderte der FGÖ das schulische Suizidpräventionsprojekt „Wellenreiten“ von SUPRO in Vorarlberg, in dessen Rahmen unter anderem die oben erwähnten Aufbaumodule und auch die Informationswebsite für Jugendliche „bittebe.at“ entwickelt wurden. Gefördert wurde auch das oben erwähnte Projekt YAM in Tirol. (Weitere Informationen zur Projektförderung s. www.fgoe.org.)

Am 21. 3. 2019 fand in Eisenstadt die sehr gut besuchte Tagung „Selbstverletzendes Verhalten und Suizidprävention in Ausbildung und Schule“ statt. Die Tagung sollte neben dem fachlichen Austausch auch den Ausbau der schulischen Sozialarbeit und insgesamt der Suizidprävention im Kinder- und Jugendbereich im Burgenland fördern.

3.6 Säule 6: Qualitätssicherung und Expertise

Bereits im Jahr 2018 wurden die SUPRA-Arbeitsgruppen Qualität sowie Kinder und Jugendliche gestartet. Die **AG Kinder und Jugendliche** stand zuletzt ganz im Zeichen der Programmgestaltung für die Tagung in Eisenstadt (s. 3.5). Künftig soll es vermehrt um Aspekte der Qualitätssicherung im Bereich Gatekeeper-Schulungen im Kinder- und Jugendbereich und um schulische Suizidprävention gehen.

Bei der **AG-Qualität** stand die Frage im Vordergrund, welche Fragestellungen vorrangig behandelt werden könnten. Als zentral stellte sich die Qualitätssicherung bei diversen Gatekeeper-Schulungen bzw. der Ausbildungsangebote zu Trainerinnen/Trainern in diesem Bereich heraus. Um Doppelgleisigkeiten zu vermeiden wurde das Thema zur weiteren Bearbeitung an das SUPRA-/ÖGS-Gatekeeper-Projekt übergeben (s. 3.2), wo die Qualifikationserfordernisse für Gatekeeper-Trainer/-innen für psychosoziale Fachkräfte entwickelt wurden. Im Herbst 2019 wurde eine eigene Sitzung zum Thema Sicherung von Hotspots abgehalten (s. 3.3).

4 Literaturverzeichnis

BMASGK (2019): **Gesundheitsziel 9. Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern Ergänzter Bericht der Arbeitsgruppe**. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.

Canetto, S. S. / Sakinofsky, I. (1998): **The gender paradox in suicide**. In: *Suicide Life Threat Behav* 28/1:1-23.

Cramer, Robert J. / Kapusta, Nestor D. (2017): **A Social-Ecological Framework of Theory, Assessment, and Prevention of Suicide**. In: *Front Psychol* 8/:1756.

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

Flavio, M.; Martin, E.; Pascal, B.; Stephanie, C.; Gabriela, S.; Merle, K.; Anita, R. R. (2013): **Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour**. In: *SWISS MED WKLY* 143/:w13759.

Grabenhofer-Eggerth, Alexander / Kapusta, Nestor (2015): **Suizid und Suizidprävention in Österreich**. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

Grabenhofer-Eggerth, Alexander / Kapusta, Nestor (2016): **Suizid und Suizidprävention in Österreich**. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.

Grabenhofer-Eggerth, Alexander / Kapusta, Nestor (2018): **Suizid und Suizidprävention in Österreich**. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.

Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Nowotny, Monika; Tanios, Aida; Kapusta, Nestor (2017): **Suizid und Suizidprävention in Österreich. Bericht 2016**. Hg. v. Frauen, Bundesministerium für Gesundheit und. Wien.

Kapusta, Nestor; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Blüml, Victor; Klein, Jakob; Baus, Nicole; Huemer, Julia (2014): **Suizid und Suizidprävention in Österreich. Basisbericht 2013**. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

Kolves, K.; Kolves, K. E.; De Leo, D. (2013): **Natural disasters and suicidal behaviours: a systematic literature review**. In: *J Affect Disord* 146/1:1-14.

Sonneck, Gernot; Hirnsperger, H.; Mundschutz, R. (2012): **Suizid und Suizidprävention 1938–1945 in Wien**. In: *Neuropsychiatrie* 26/3:111-120.

Spittal, M. J.; Pirkis, J.; Miller, M.; Studdert, D. M. (2012): **Declines in the lethality of suicide attempts explain the decline in suicide deaths in Australia**. In: *PLoS One* 7/9:e44565.

Tanios, Aida / Grabenhofer-Eggerth, Alexander (2018): **EWR-Regelungen: Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie, Musiktherapie. Regelungen für die**

genannten Berufsgruppen in fünf Mitgliedstaaten des EWR sowie in der Schweiz.
Wien: Gesundheit Österreich.

Zalsman, G.; Hawton, K.; Wasserman, D.; van Heeringen, K.; Arensman, E.; Sarchiapone, M.; Carli, V.; Hoschl, C.; Winkler, P.; Balazs, J.; Purebl, G.; Kahn, J. P.; Saiz, P. A.; Bobes, J.; Cozman, D.; Hegerl, U.; Rancans, E.; Hadlaczky, G.; Van Audenhove, C.; Hermesh, H.; Sisask, M.; Peschayan, A. M.; Kapusta, N.; Adomaitiene, V.; Steibliene, V.; Kosiewska, I.; Rozanov, V.; Courtet, P.; Zohar, J.; European Evidence-Based Suicide Prevention Program Group by the Expert Platform on Mental Health, Focus on Depression (2017): **Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe: A consensus position paper.** In: Eur Neuropsychopharmacol 27/4:418-421.

Zielsteuerung-Gesundheit (2017): **Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene in der von der Bundes-Zielsteuerungskommission am 24. April 2017 zur Unterfertigung empfohlenen Fassung.** Bund, vertreten durch Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und Länder, Wien.

Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)

Stubenring 1, 1010 Wien

Verlags- und Herstellungsort: Wien

Redaktion: Alexander Grabenhofer-Eggerth, Monika Nowotny, Nestor Kapusta

Unter Mitarbeit von: Thomas Kapitany, Gerhard Miksch, Maria Pramhas, Andreas Prenn, Alexandra Ramssl-Sauer, Gerlinde Rohrauer-Näf, Susanne Schmiedhuber, Ulrike Schrittwieser, Claudius Stein, Constantin Zieger

Titelbild: © istockphoto.com

Druck:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK),

Stubenring 1, 1010 Wien

Wien, 2020

Alle Rechte vorbehalten:

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


Im Falle von Zitierungen im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten ist als Quellenangabe anzugeben:

BMSGPK (Hg.) (2020): Suizid und Suizidprävention in Österreich. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien.

Es wird darauf hingewiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des BMSGPK und der Autorinnen / Autoren ausgeschlossen ist. Rechtausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorinnen / Autoren dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen.

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

broschuerenservice@sozialministerium.at.



**Bundesministerium für
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz**

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

[sozialministerium.at](https://www.sozialministerium.at)