



Vorarlberger Suizidbericht 2006 & Analyse des aks - Register 1988-2006

von
Albert Lingg
Isabel Bitriol-Dittrich
Reinhard Haller

Korrespondenzanschrift:
Chefarzt Prim. Dr. Albert Lingg
Landeskrankenhaus Rankweil
6830 Rankweil
albert.lingg@lkh.at

Univ.-Prof. Dr. Reinhard Haller
Krankenhaus Stiftung Maria Ebene
6820 Frastanz
reinhard.haller@mariaebene.at

Suizidbericht 2006

aks Arbeitskreis für Vorsorge-
und Sozialmedizin gGmbH
Rheinstraße 61
6900 Bregenz
T 055 74 / 64 570
office@aks.or.at
www.aks.or.at

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	3
1.1 <i>Statistische Grundlagen</i>	8
2. ERGEBNISSE DER STATISTIK AUSTRIA	9
2.1 <i>Bundesländervergleich</i>	10
2.2 <i>Verkehrstote und Suizidfälle</i>	11
2.3 <i>Verteilung nach Geschlecht</i>	13
2.4 <i>Verteilung nach Lebensalter</i>	15
3. ZAHLEN AUS DEM AKS SUIZIDREGISTER 1988-2006 (N= 895)	16
3.1 <i>Geschlechterverhältnis</i>	16
3.2 <i>Geburtsort, Gastarbeiter und Asylanten.....</i>	17
3.3 <i>Altersverteilung</i>	17
3.4 <i>Berufsstand.....</i>	18
3.5 <i>Psychische Erkrankungen</i>	20
3.6 <i>Unmittelbarer Anlass für den Suizidtod.....</i>	23
3.7 <i>Kontakt zur Drogenszene</i>	24
3.8 <i>Abschiedsbrief</i>	25
3.9 <i>Letzte Kontakte.....</i>	25
3.10 <i>Art/Durchführung des Suizidtoddes</i>	26
4. DISKUSSION.....	29
5. EXKURS – SUIZIDPRÄVENTION.....	31

1. Einleitung

Zum 20. Mal wird heuer ein „Suizidbericht Vorarlberg“ erstattet, eine nach der SUIZIDSTUDIE VORARLBERG 1985 beschlossene Maßnahme, um sicher zu stellen, dass das Problem Selbsttötung weiterhin ernst genommen und sachlich verhandelt wird. Mitte der 80er Jahre war die Öffentlichkeit nämlich durch Behauptungen, unser Bundesland weise die höchsten Suizidzahlen in Österreich, ja darüber hinaus, auf, schockiert. Diese Behauptung war falsch, wenngleich auch Vorarlberg zu jener Zeit vergleichsweise eine hohe Betroffenheit aufwies.

Die damalige Diskussion und seither weitgehend konstruktive Auseinandersetzung mit der Suizidproblematik auf verschiedenen Ebenen, zuletzt auch im Landtag hatten zweifelsfrei ihr Gutes: die Tabuisierung des Suizids wurde aufgebrochen. Über die Medien konnten viele Vorurteile aufgezeigt und der Schwellenangst vor Hilfseinrichtungen entgegen gewirkt werden. Die Erreichbarkeit von Beratungsstellen und der Konsiliardienst an Krankenhäusern wurden verbessert, die Thematik in den Curricula verschiedener Ausbildungen verstärkt beachtet, Schulungen für Exekutivbeamte, Krankenpflegepersonal und andere Schlüsselpersonen durchgeführt.

In den vergangenen 2 Jahrzehnten war nun auch in Österreich wie den umliegenden Staaten ein Rückgang der Selbsttötungen zu verzeichnen, der von Experten vor allem auf die Enttabuisierung und damit herabgesetzte Schwellenangst vor Beratungs- und Behandlungsstellen und auf bessere Behandlungsmöglichkeiten depressiver und anderer psychischer Störungen, aber auch schwer fassbare soziale Veränderungen zurück geführt wurde.

Wie sich auch politisch-gesellschaftliche Umbrüche auf die Suizidzahlen auswirken können, zeigt etwa das Beispiel der ehemaligen DDR, deren vordem hohe Suizidzahlen sich seit den 90er Jahren rasch jenen des übrigen Deutschlands annäherten.

Suizidziffern in Deutschland Ost und West Gebiete Ost und West* 1898 - 2005

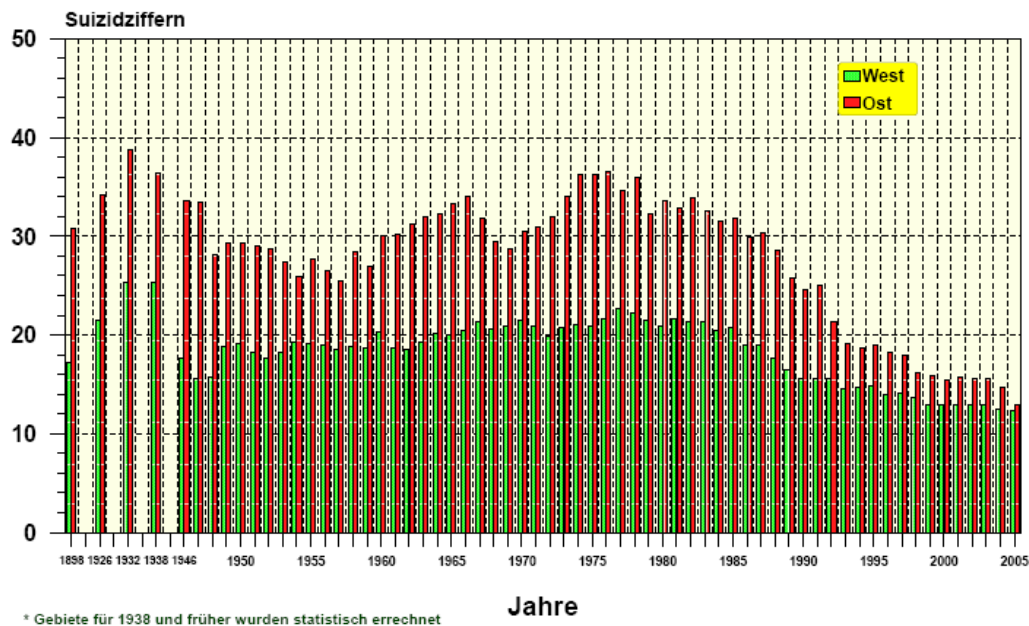


Bild 3

Abb 1: Quelle W. Felber Dresden

- Die Suizidziffern der ostdeutschen sind stets höher als die der westdeutschen Länder (schon vor 1946).
- Die westdeutschen Suizidziffern weisen eine höhere Konstanz auf.
- Die ostdeutschen Zahlen zeigen charakteristische Schwankungen.
- In den letzten 15 Jahren gleichen sich die Suizidziffern an.

Die folgende Abbildung zeigt

- die im Osten stets höheren Suizidziffern für beide Geschlechter.
- dass der Unterschied jedoch seit 1989 (Frauen) bzw. 1992 (Männer) nicht mehr signifikant ist.
- dass sich nach den jüngsten Zahlen der Unterschied völlig nivelliert hat.
- dass die schon erwähnten stärkeren Schwankungen im Osten für beide Geschlechter etwa parallel gehen.

Suizidziffern in Ost- und Westdeutschland

Gebiete der alten u. neuen Bundesländer 1946 - 2005



Bild 4

Medizinische Fakultät
Klinik Psychiatrie Psychother
Prof. Dr. med. W. Felber



Abb. 2: Quelle W. Felber, Dresden

Wenn im folgenden noch einige Befunde der Suizidstatistik aus Deutschland jeweils mit Kommentaren des in der Suizidforschung und -prävention seit vielen Jahren engagierten Prof. Dr. W. Felber von der Universität Dresden hier angeführt werden, dann einmal in Ermangelung solch differenzierter Analysen der Situation in Österreich aber auch um Parallelen der Entwicklung oder Lage verschiedener Regionen aufzuzeigen, beispielsweise den ähnlich deutlichen Rückgang der Suizide in Deutschland wie Österreich/Vorarlberg seit den 70er Jahren.

Anzahl der Suizide in Deutschland 1946 - 2005

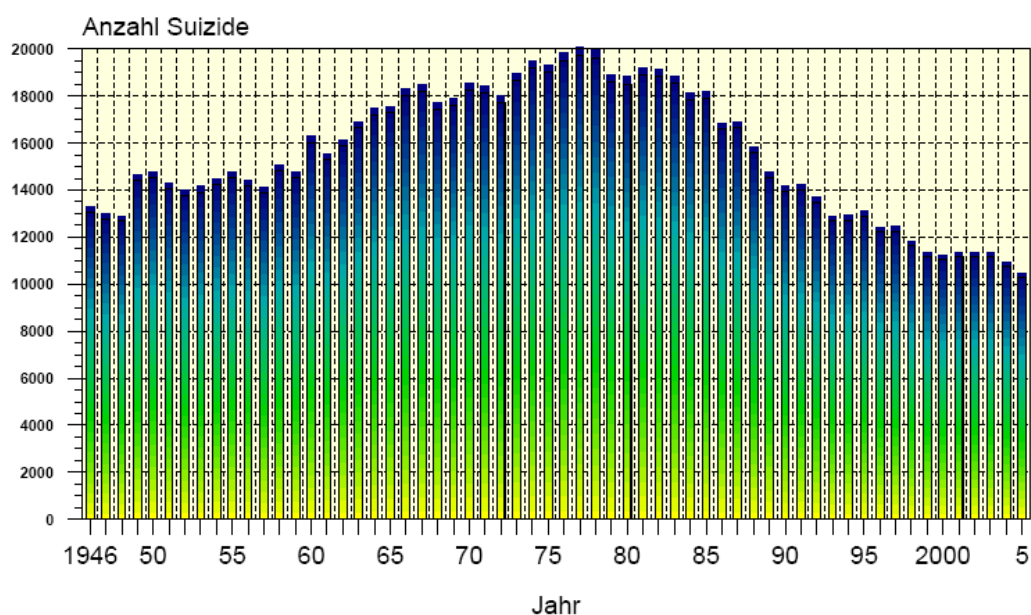


Bild 6

Medizinische Fakultät
Klinik Psychiatrie Psychother
Prof. Dr. med. W. Felber

TECHNISCHE
UNIVERSITÄT
DRESDEN

Abb. 3: Quelle W.Felber, Dresden

- Die absoluten Suizidzahlen veranschaulichen das wirkliche Suizidproblem drastisch.
- Mitte der 70er Jahre haben sich in Deutschland jährlich 20.000 Menschen suizidiert (in Österreich Mitte der 80er über 2000).
- Derzeit hat sich diese Zahl nahezu halbiert.
- Bemerkenswert dazu ist die Tatsache, dass Suizidenten ein Durchschnittsalter von 55 Jahren haben, also auch viele junge Menschen betroffen sind.

Die folgende Abbildung zeigt:

- Das durchgehend häufigere Vorkommen der Suizide bei Männern.
- In Kriegszeiten sinken die Suizidziffern bei Männern regelhaft.
- In den End 20er und 30er Jahren ist die Suizidzahl bei Männern erhöht.
- Die Suizidzahl sinkt bei Frauen seit den 70er, bei Männern seit Mitte der 80er Jahre stetig.
- Gegenwärtig liegen die niedrigsten Suizidzahlen seit über 100 Jahren vor.

Suizidziffern Deutschland

1893 - 2005

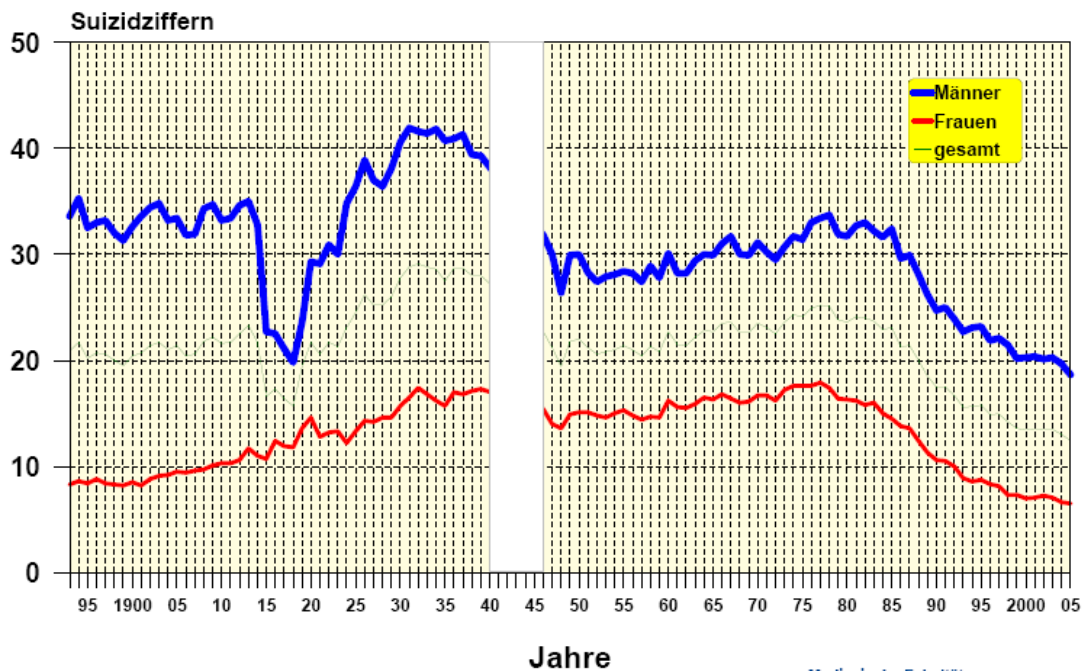


Bild 1

Abb. 4: Quelle W. Felber, Dresden

Medizinische Fakultät
Klinik Psychiatrie Psychother
Prof. Dr. med. W. Felber
TECHNISCHE UNIVERSITÄT DRESDEN

Auch die WHO widmet sich die letzten Jahre verstärkt der Suizidverhütung, ereignen sich weltweit doch pro Jahr etwa eine Million Suizide und 10- bis 20mal so viele Suizidversuche. Dies bedeutet, dass dabei jährlich mehr Menschen ums Leben kommen, als durch alle Kriege der Welt zusammen. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind Suizide sogar die zweithäufigste Todesursache nach Unfällen. Häufig geht der Selbsttötung langes Leiden und ein schmerzlicher Kampf zwischen „Leben wollen und so nicht mehr leben können“ voraus, oder aber wird sie in einem Kurzschluss verübt, bleiben da wie dort häufig verstörte Angehörige und Freunde zurück. All das und dazu nicht unerhebliche direkte und indirekte Kosten für die Allgemeinheit haben auch europäische und nationale Initiativen zur Suizidverhütung auf den Plan gerufen.

In Österreich, wo der Suizidtod im vergangenen Jahr knapp 1.300 Menschenleben forderte, werden pro Jahr rund 25.000 Personen wegen einer Suizidhandlung in Krankenhäuser eingeliefert.

Unser Beitrag in Form dieses Suizidberichts zielt darauf ab, das Thema auch in unserem Land wach zu halten, die Basis für sachliche Auseinandersetzung zu legen und wo möglich die Entwicklung geeigneter Vorsorgemaßnahmen anzuregen.

1.1 Statistische Grundlagen

An verlässliche und brauchbare Daten über Suizide in Österreich und noch detaillierter in unserem Bundesland zu kommen, wird von Jahr zu Jahr schwieriger: Der Suizidbericht stützt sich

- einerseits auf die jährlich veröffentlichten Daten der Statistik Austria, die allerdings nur eine grobe Unterkategorisierung zulässt und sich deswegen nur beschränkt für Schlussfolgerungen eignet, außerdem für das nun zu verhandelnde Jahr erstmals nicht einmal mehr die Unterscheidung nach Lebensalter der Betroffenen ermöglicht(!).
- andererseits auf das seit 1987 beim aks eingerichtete Vorarlberger Suizidregister. In diesem sollten in anonymisierter Form durch die bei Suizidereignissen hinzugerufenen Exekutivbeamten alle Fälle nach verschiedenen Kriterien erfasst und dem aks in anonymisierter Form übermittelt werden. Im Unterschied zu früheren Jahren ließ jedoch die Meldedisziplin der letzten Jahre immer mehr zu wünschen übrig, sodass leider für genauere Analysen der Suizidursachen und -umstände in unserem Land - wie in der Vergangenheit möglich und dann auch von konkreten Empfehlungen gefolgt - die Grundlage fehlt! Da doch knapp 3/4 aller Suizidtoten in diesem Register erfasst sind, wird in der statistischen Subanalyse auf dieses Zahlenmaterial zurückgegriffen, zumal es über den diesmal gewählten Zeitraum von 19 Jahren doch recht repräsentativ sein dürfte.

2. Ergebnisse der Statistik Austria

Die von der Statistik Austria zur Verfügung gestellten absoluten Zahlen bringt für 2006 mit 37 erfassten Suizidfällen (28 Männer, 9 Frauen) ein überraschendes Ergebnis, hatten sich doch im Jahr zuvor 69 (51 Männer und 18 Frauen) lt. Statistik in unserem Bundesland das Leben genommen. Sowohl bei Männern wie Frauen kam es damit gleichermaßen zu einem merklichen Rückgang. Wie aus längerfristiger Beobachtung der Suizidzahlen auch in anderen Regionen oder Ländern hervorgeht, sind Schwankungen nicht ungewöhnlich und auch Ausreißer möglich, ein so deutlicher Rückgang wie im Vorjahr in Vorarlberg ist gleichwohl schwer erklärbar. Wie angesichts der Abnahme der Suizidzahlen, vor allem der Suizidziffern (Suizidtote / 100.000 Einwohner), seit Mitte der 80er Jahre unsererseits stets betont, wäre voreilige „Entwarnung“ genauso wenig am Platz wie Dramatisieren oder Schwarzmalen in Jahren eines Anstiegs.

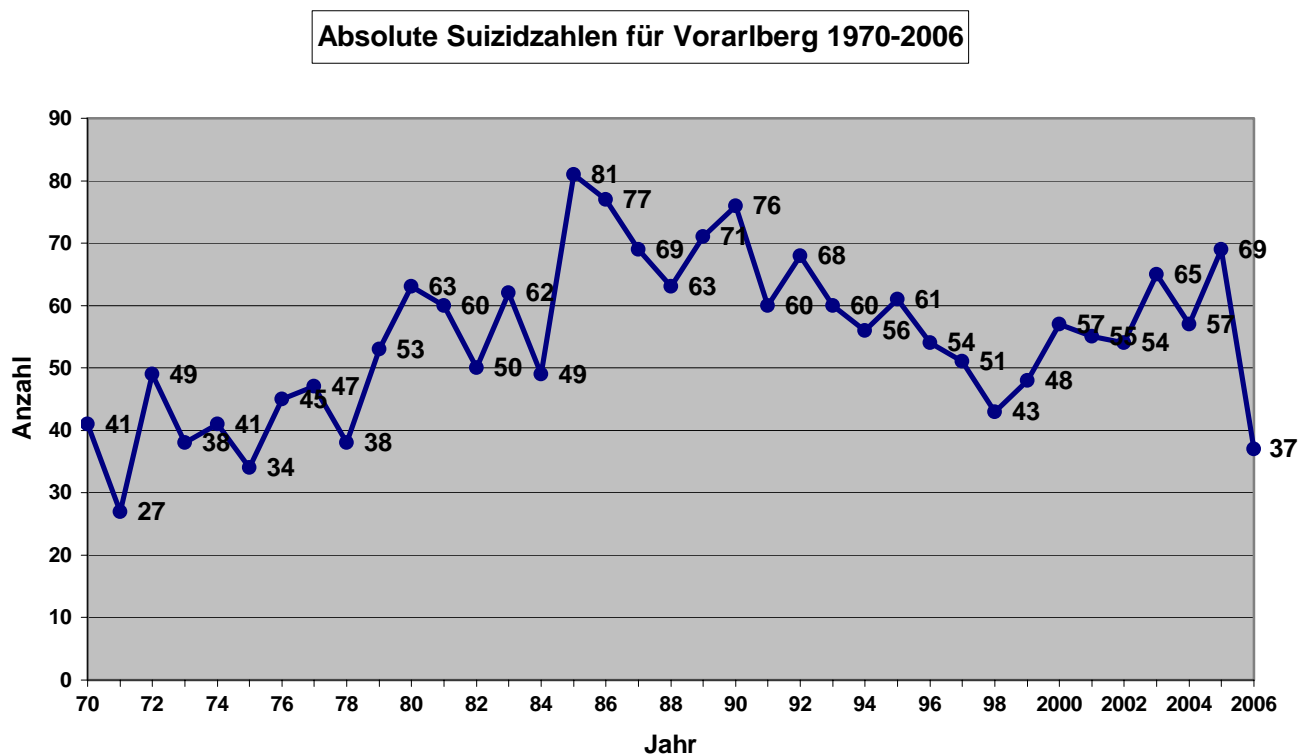


Abb. 5: Quelle Statistik Austria

Auch österreichweit ist mit insgesamt 1.293 (im Vorjahr: 1.392 Fällen) gegenüber dem Vorjahr ein Rückgang um 99 Fälle zu beobachten.

2.1 Bundesländervergleich

Im Bundesländervergleich liegt Vorarlberg 2006 mit einer Suizidziffer (jährliche Fälle pro 100.000 Einwohner) von 10,2 (2005: 19,2) deutlich unter dem österreichischen Schnitt (15,6) und ist damit innerhalb der Bundesländer wieder „Schlusslicht“ im positiven Sinne. Das von der WHO vor Jahren vorgegebene Ziel, die Suizidrate unter 15 zu drücken wäre damit österreichweit knapp verfehlt, in Vorarlberg für das vergangene Jahr deutlich übertroffen. Mitte der 80er Jahre hatte Österreich noch eine Suizidzahl von über 25.

Suizidraten der einzelnen Bundesländer 2006

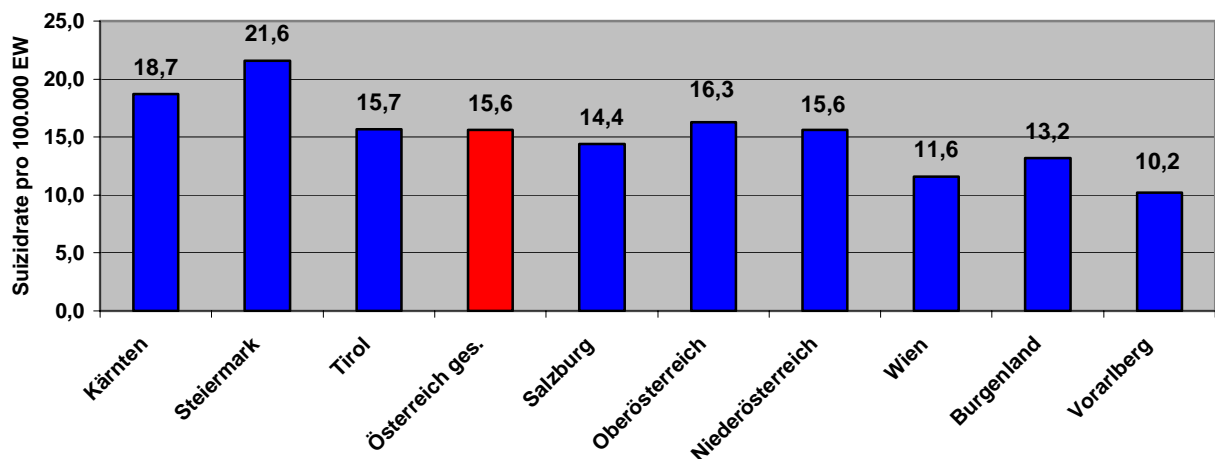


Abb. 6: Quelle Statistik Austria

Wie die folgende Abb. 7 zeigt, werden derart regionale Unterschiede auch in Deutschland festgestellt:

- Vor allem östliche Bundesländer stehen an der Spitze
- Hamburg und Bremen repräsentieren als „Stadtstaaten“ höhere Suizidzahl von Großstädten
- Es gibt ein gewisses Ost-Westgefälle
- Diese geografischen Unterschiede erweisen sich als über lange Zeit als relativ konstant
- Ursächlich gibt es dazu keine gesicherten Kenntnisse (genetisch, kulturell, religiös)

Suizidziffern 1997 in den Bundesländern

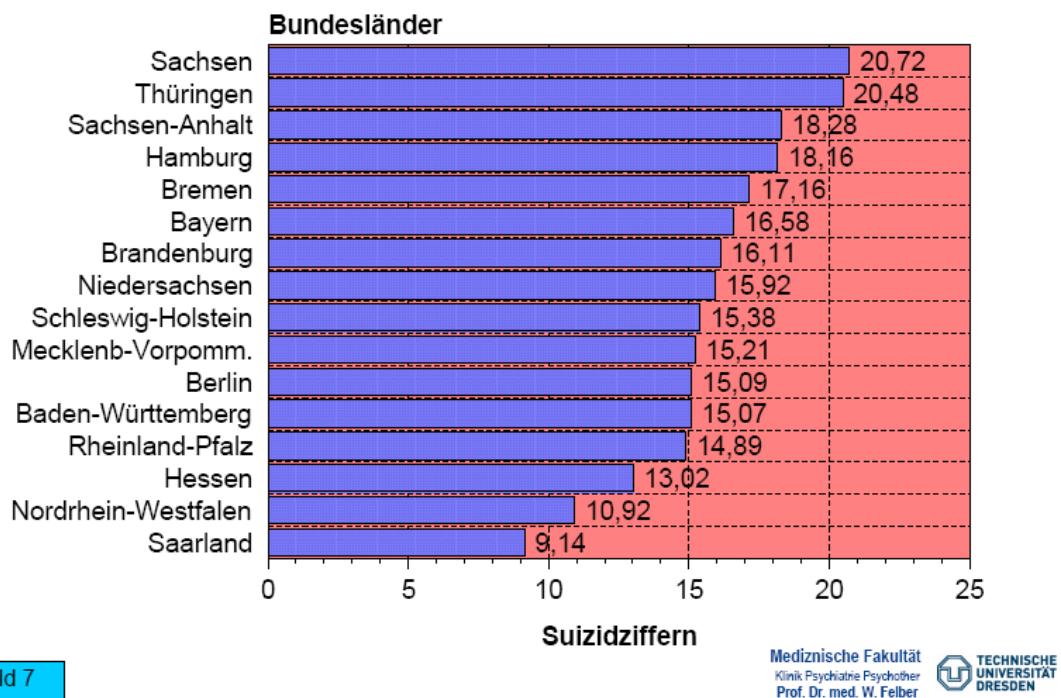


Bild 7

Abb 7: Quelle W. Felber, Dresden

Zwischenzeitlich haben sich diese Unterschiede mit der allgemeinen Angleichung der Suizidziffern jedoch deutlich abgeschwächt.

2.2 Verkehrstote und Suizidfälle

Die Gegenüberstellung von Suizidfällen und Verkehrstoten ist in verschiedener Hinsicht interessant: Zum einen ist die Dunkelziffer von Suiziden immer wieder Thema und hier die Frage, ob oder wie viele Suizide sich unter den Verkehrstoten verbergen. Dazu ließ sich seit längerem die Feststellung treffen, dass der Rückgang der Suizidzahlen in den letzten 2 Jahrzehnten sicher nicht durch „Verschieben“ in die andere (Verkehrstoten-) Statistik zu erklären ist. Zum andern ist daran zu erinnern, dass bis Ende der 70er Jahre die Zahl der durch Verkehrsunfälle Umgekommenen jene der Suizide (obgleich diese damals bis doppelt so häufig wie heute!) deutlich übertraf – und durch vielfältige Maßnahmen zur Verbesserung der Verkehrssicherheit ein drastischer Rückgang der Verkehrstopfer (auf ein Drittel der Horrorzahlen Anfang der 70er Jahre) erreicht wurde,

was den in der Suizidprophylaxe Engagierten ein Stück weit Vorgabe sein kann: Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen zu setzen, den langen Atem behalten, bei Erfolgen nicht vorschnell entwarnen u.a.m.

Natürlich lässt sich ein so komplex bedingtes Geschehen wie die Entwicklung zum Suizid nicht mit dem Verhalten im Straßenverkehr gleichsetzen. Man muss sich allerdings die Frage stellen, ob die Gesellschaft/Politik/wir alle die Suizidverhütung nicht doch noch viel ernster nehmen und betreiben sollten.

Fiel im Jahr 2005 der Vergleich zwischen Verkehrstoten und Suizidfällen mit 25:69 noch drastisch aus, standen im vergangenen Jahr nun 26 Verkehrsoptern 37 Suizidtoten gegenüber. Schon seit Jahrzehnten sterben also jährlich deutlich mehr Menschen von eigener Hand als im Verkehr umkommen.

Suizide und Verkehrstote in Vorarlberg 1996-2006
(Quelle: Statistik Austria)

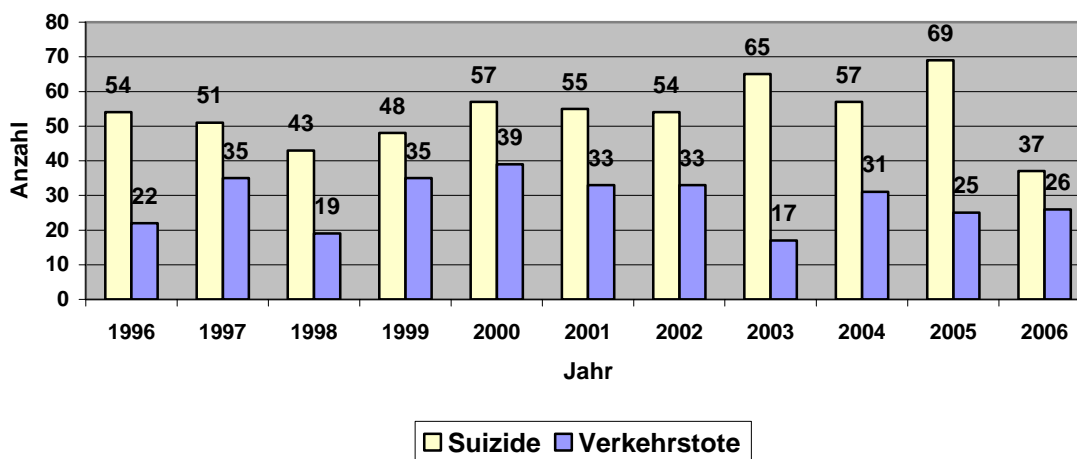


Abb. 8: Quelle Statistik Austria

2.3 Verteilung nach Geschlecht

Im Jahr 2006 wurden in Österreich 296 Suizide von Frauen und 997 von Männern registriert, was ein Geschlechterverhältnis von 1:3,4 ergibt. Diese Relation weicht in Vorarlberg mit 1:3,1 nur unmerklich ab (9 weibliche und 28 männlich). Von 2004 bis 2005 war bei den Männern ein drastischer Anstieg festzustellen, der zu berechtigter Sorge Anlass gab, zumal auch aus der Arbeit von Krisendiensten und Beratungsstellen bestätigt wurde, dass Männer in psychosozialen Notlagen wie auch bei psychischer Erkrankung noch immer häufig spät oder keine Unterstützung suchen. Sicher wäre es nun verkehrt, aus den günstigen Suizidzahlen des Vorjahrs auf eine diesbezüglich schon eingetretene Trendwende zu schließen, ist Gewalt von Männern – auch jene gegen sich selbst – doch nach wie häufig Anlass für Selbst- und Fremdgefährdungen.

Geschlechtsverteilung Suizide in Vorarlberg 1990 - 2006

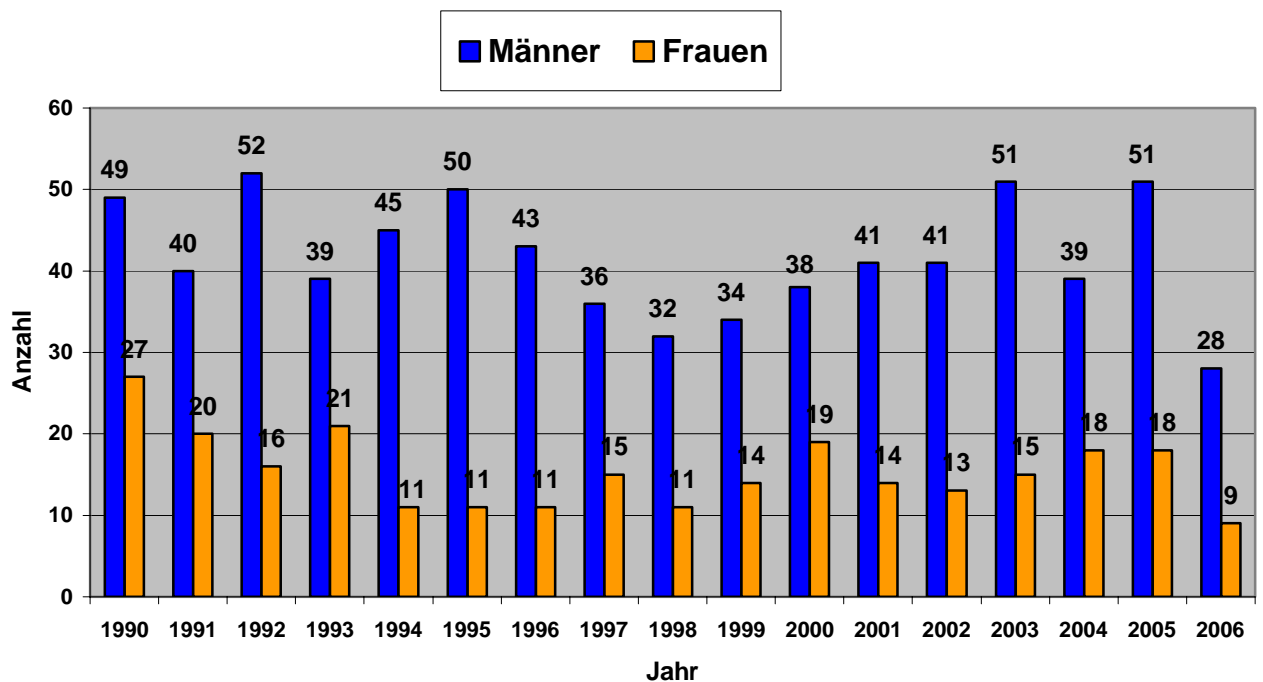


Abb 9: Quelle Statistik Austria

Auch in allen anderen Bundesländern überwiegt das männliche Geschlecht, ein konstanter Befund über die Jahre. Auffallend die Zahlen aus dem Burgenland, wo (nur!) 2 Frauen 35 Männer gegenüberstehen. Das östlichste Bundesland weist übrigens wie auch – untypisch für Großstädte – Wien seit Jahren Suizidziffern unter dem österreichischen Durchschnitt auf.

Geschlechtsverteilung nach den einzelnen Bundesländern 2006 (n = 1.293)

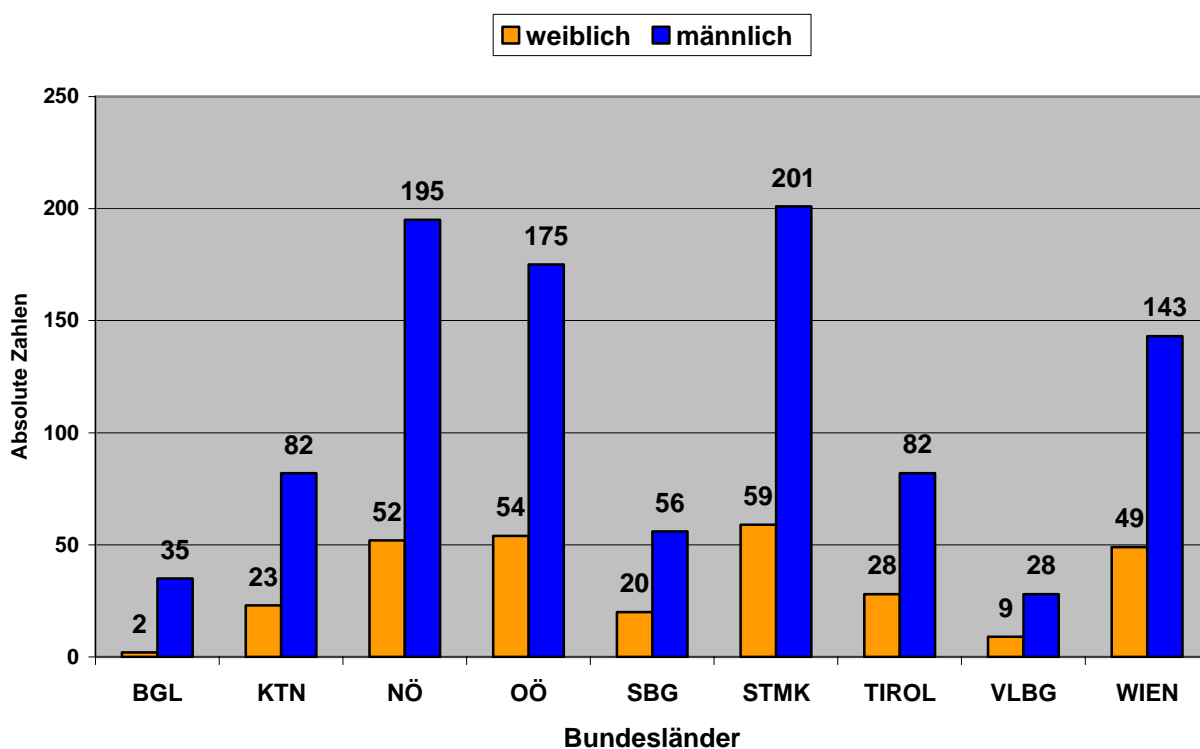


Abb 10: Quelle Statistik Austria

2.4 Verteilung nach Lebensalter

Trotz Bemühens ist es erstmals seit Erstattung des Suizidberichts nicht gelungen, für das Jahr 2006 Daten zum Lebensalter der Suizidopfer zu erhalten. Die Entwicklung in diesem Punkt verlässlich beobachten zu können wäre nicht nur von akademischem sondern höchst praktischem Interesse: so wird immer wieder die Frage nach der Betroffenheit bestimmter Lebensalter gestellt: sind Kindersuizide vorgekommen? Wie sehr sind Jugendliche betroffen, die bekanntlich eine besonders hohe Zahl von Suizidversuchen begehen? Setzt sich der Trend der letzten Jahre fort und nehmen sich besonders viele Männer mittleren Alters das Leben? Blieb die Zahl der Suizide alter und hochbetagter Menschen in unserem Land weiterhin so erfreulich niedrig? Einige Aussagen dazu werden aus dem aks-Register möglich sein.

3. Zahlen aus dem aks Suizidregister 1988-2006 (n= 895)

Während die Statistik Austria für den Zeitraum 1988-2006 1.224 Suizide aufweist, sind im aks-Register (also aus den von Exekutivbeamten erhobenen harten und weichen Daten) 895 - also 73,1% - erfasst, die nachfolgend dargestellt und kommentiert werden.

3.1 Geschlechterverhältnis

Suizid wurde 3x häufiger von Personen männlichen Geschlechts durchgeführt, ein in fast allen Ländern der Welt etwa in diesem Ausmaß gegebenes Phänomen, das nach übereinstimmender Meinung der Experten auch auf die unterschiedliche biologische Ausstattung der Geschlechter, jedoch ebenso auf anerzogenen differente Rollenbilder und Reaktionsweisen auf Belastungen und in Krisen zurückzuführen ist.

Geschlechtsverteilung 1988-2006 (n = 895)

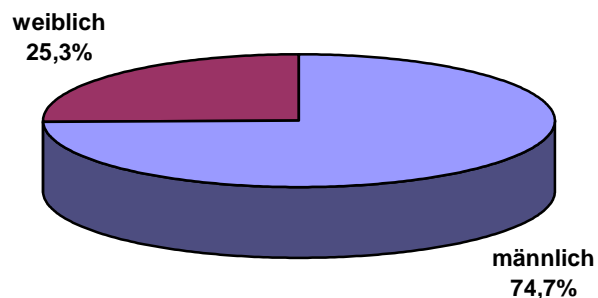


Abb. 11: Quelle aks

3.2 Geburtsort, Gastarbeiter und Asylanten

Gastarbeiter und Asylanten sind unter den Suizidopfern mit 3,7% nach wie vor unterrepräsentiert. Da beide Gruppen meist aus Ländern mit traditionell niedrigen Suizidraten (auch aus religiösen Gründen) stammen, liegt ihr Basisrisiko weiter unter jenem der einheimischen Bevölkerung. Zudem scheinen Zusammenhalt innerhalb dieser gesellschaftlichen Subgruppen wie auch die Möglichkeit, in schwierigen Situationen und bei Krisen in die Heimat zurückzukehren, einen suizidprotektiven Effekt zu besitzen.

Bei den Nachkommen der 2. und 3. Gastarbeitergeneration ist allerdings seit Jahren eine kritische Entwicklung hinsichtlich zunehmender Betroffenheit von Arbeitslosigkeit, familiären Konflikten sowie Alkohol- und Drogenproblemen zu beobachten; was auch in einer zunehmenden Zahl von Krankenhauseinweisungen nach Suizidversuchen Niederschlag findet. Es bleibt somit abzuwarten, ob die protektiven Faktoren weiter ausreichen die Suizidrate dieser Bevölkerungsgruppe niedrig zu halten, bzw. es dringlich ist, Hilfsangebote noch näher an diese Gruppe heranzubringen.

3.3 Altersverteilung

Selbsttötungen nehmen – entgegen der verbreiteten Ansicht, vor allem junge Menschen verüben Suizid – mit dem Alter zu. Dies kommt in der Abbildung nicht zum Ausdruck, da aufgrund zu schwieriger Berechnung der relativen Betroffenheit einzelner Jahrgänge hier nur die absoluten Zahlen angeführt sind.

In den 19 Jahren des Beobachtungszeitraums finden sich 3 Kinder (bis 14 J), 50 Jugendliche (15-19), 132 65-79jährige und 35 über 80jährige.

Das sonst für mitteleuropäische Länder typische „ungarische Muster“ (starke Betroffenheit alter Menschen) bildet sich in unserem Land also weiter minder deutlich ab, ältere und alte Menschen sind demnach hierzulande noch immer gut betreut sowie sozial eingebunden.

Altersverteilung Suizidfälle in Vorarlberg 1988-2006 (n = 895)

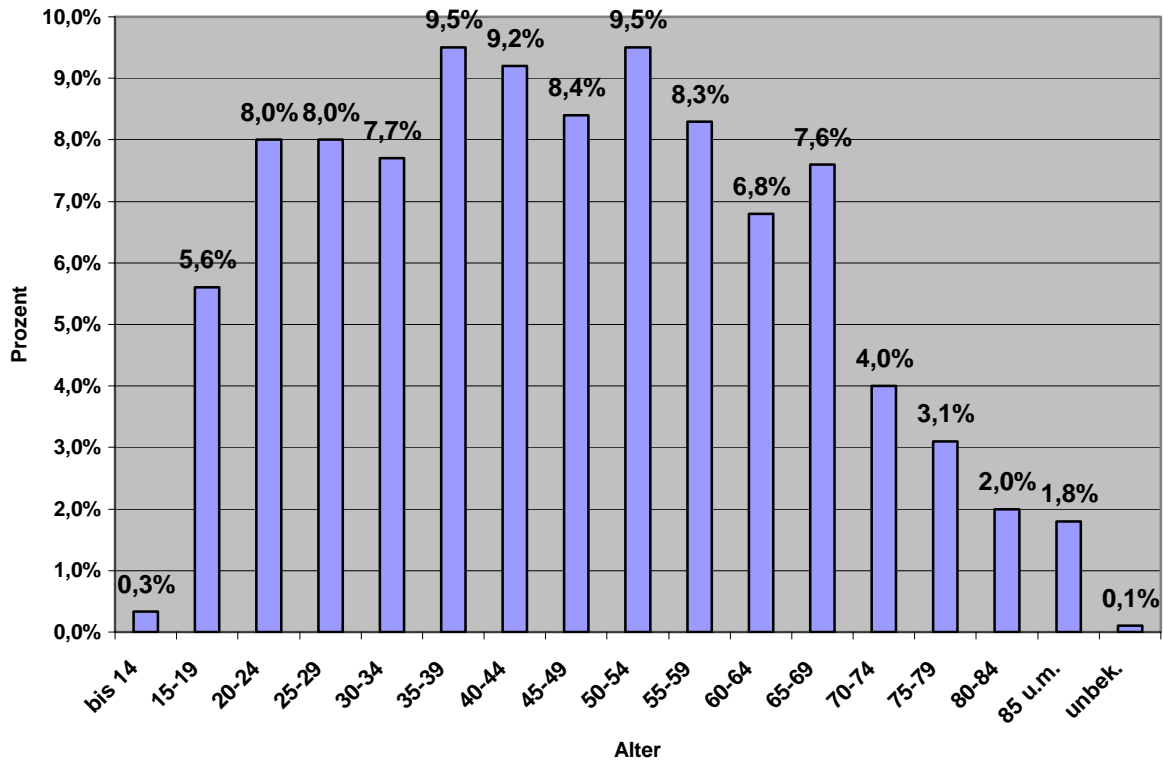


Abb 12: Quelle: aks

3.4 Berufsstand

Zum Suizid-Risiko verschiedener Berufsgruppen, früher Berentung aus Krankheitsgründen oder Arbeitslosigkeit, findet sich umfangreiche Literatur; aus unserem Archiv ist dazu aufgrund der statistisch gesehen „kleinen Zahlen“ keine Aussage möglich. Abzulesen ist allerdings, dass Suizid in allen Berufsständen und erwartet häufig bei nicht mehr berufstätigen (darunter auch die krankheitshalber früh pensionierten) Personen zu beklagen ist.

Beruf 1988-2006 (n = 895)

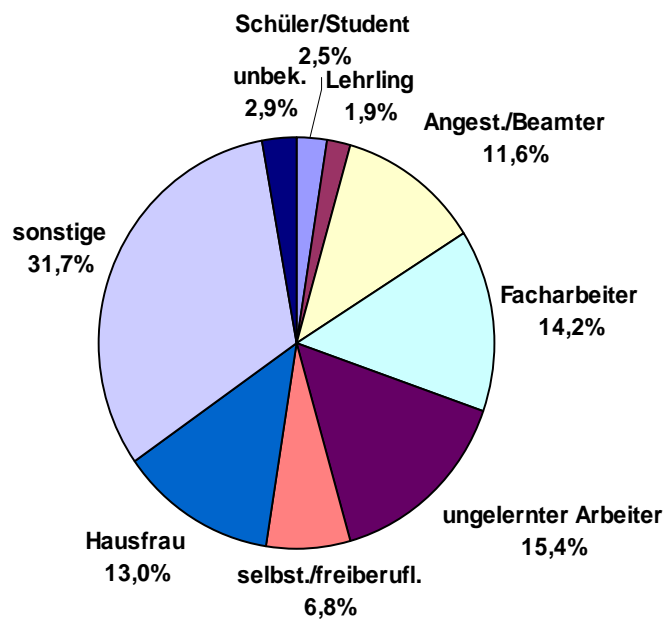


Abb 13: Suizidfälle in Vorarlberg nach Beruf, Quelle aks

Wie noch unter „Unmittelbarer Anlass“ erörtert wird, wurden berufliche oder wirtschaftliche Sorgen unter Erwartung als Auslöser genannt, was für eine doch zumeist funktionierende soziale Absicherung in Not geratener Menschen spricht.

Dass Arbeitslosigkeit im Gegensatz zur Notzeit der 30er Jahre des letzten Jahrhunderts nicht mehr oder zumindest nicht mehr in einem in der Statistik belegbaren Ausmaß zu höheren Suizidzahlen führt, geht u.a. auch aus der Darstellung der Situation in Deutschland (W. Felber, Dresden) hervor:

- In den End-20er und den 30er Jahren ist die Suizidzahl der Männer erhöht.
- Das geht parallel mit hohen Arbeitslosenzahlen einher.
- Es gab damals (kaum) eine soziale (finanzielle) Absicherung.
- Die Arbeitslosenzahlen der 80er Jahre wirken sich nicht auf die Suizidzahl aus.
- Offensichtlich ist dies auf die soziale (finanzielle) Absicherung zurück zu führen.

Suizidziffern und Arbeitslosigkeit Deutschland 1893 - 2005

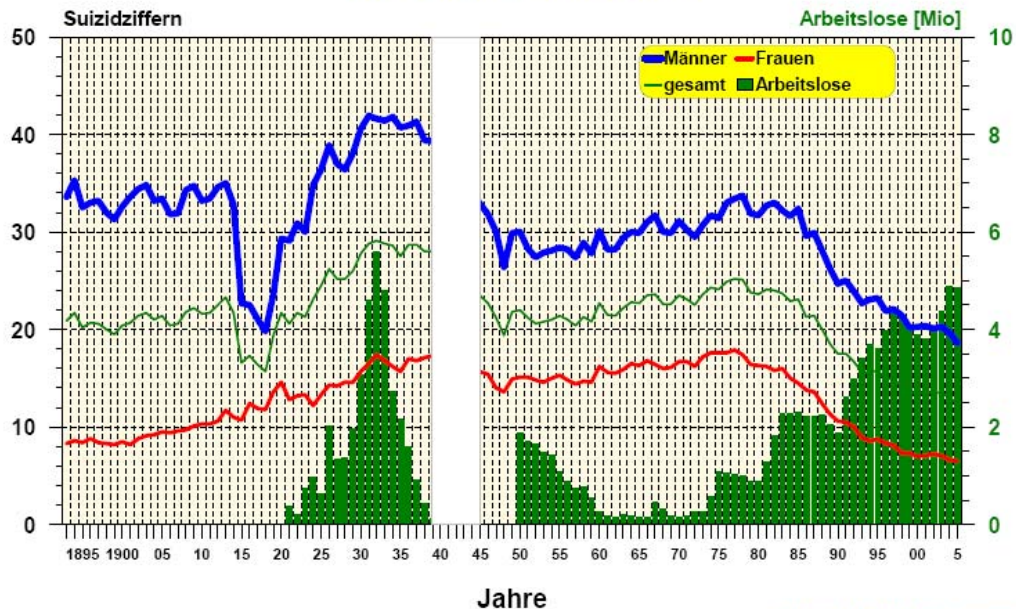


Bild 2

Abb. 14: Quelle W. Felber, Dresden

3.5 Psychische Erkrankungen

Wie schon in der „Vorarlberger Suizidstudie 1985“ wurde nun auch im längeren Beobachtungszeitraum seither registriert, dass bei etwa der Hälfte der Suizidopfer eine psychiatrische Vorbehandlung bekannt war. In den letzten 19 Jahren blieb dieser Befund also erstaunlich konstant. Fraglos finden sich unter den Opfern ohne bekannte psychische Störung nicht wenige, bei denen eine solche verdrängt oder nicht erkannt und damit auch nicht behandelt wurde. Zum anderen sind hier die sog. „Kurzschluss-Suizide“ enthalten.

**Vorliegen einer psychische Erkrankung
Vorarlberg gesamt (n = 895)**

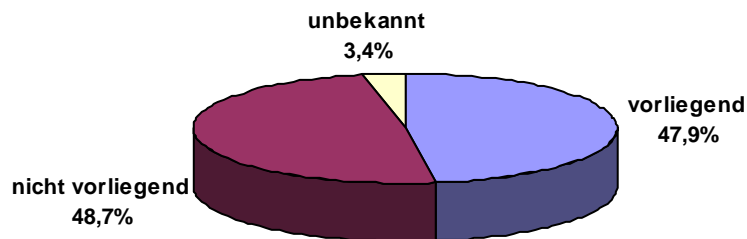


Abb 15: Quelle aks

Aufschlussreich in diesem Punkt ist der Vergleich der Geschlechter, indem bei Suizidopfern weiblichen Geschlechts in weit höherem Prozentsatz (69%) psychische Erkrankungen bekannt waren und wohl auch eine entscheidende Rolle gespielt haben dürften; bekanntlich leiden Frauen 2x häufiger unter Depressionen (höchstes Suizidrisiko) als Männer. Erfreulicherweise nahmen die Suizide bei Frauen die letzten Jahrzehnte gleichwohl deutlich ab, was auch auf die besseren Behandlungsmöglichkeiten gerade depressiver Störungen (verträglichere Antidepressiva und dadurch bessere Akzeptanz/Compliance) zurückgeführt wird.

**Psychische Erkrankung in Vorarlberg
1988-2006 Frauen (n = 226)**

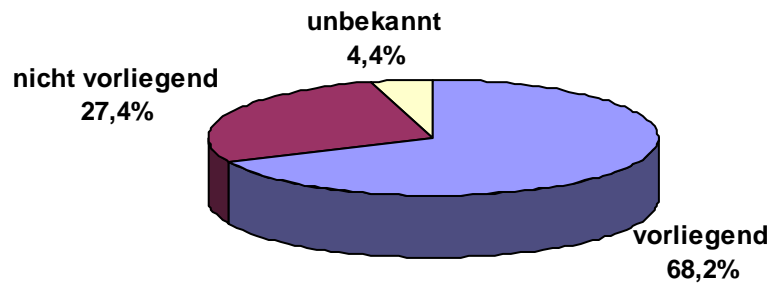


Abb 16:Quelle aks

Bei männlichen Suizidopfern dagegen war in weit geringerem Maße (41%) eine psychische Erkrankung im Vorfeld des Suizids eruierbar: anzunehmen einerseits die bekannte Verdrängungstendenz der Männer bzw. Scheu Krankheiten, Überforderungen oder Krisen zuzugeben und Hilfe anzunehmen – hier mit tödlichem Ausgang! Andererseits sind Männer in der Bewältigung von Krisen dem „schwachen Geschlecht“ bekannterweise unterlegen und reagieren ihrem Naturell nach eher „kurzschlüssig“, und zudem spielt die Enthemmung durch Alkohol bei ihnen häufiger eine Rolle.

Psychische Erkrankung in Vorarlberg 1988-2006 Männer (n = 669)

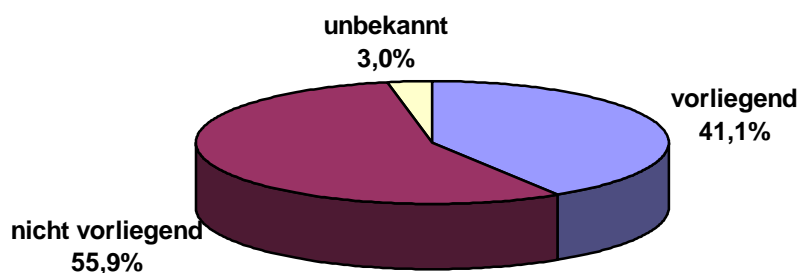


Abb 17: Quelle aks

3.6 Unmittelbarer Anlass für den Suizidtod

Der nach Meinung der befragten Hinterbliebenen Anlass oder Auslöser der Suizidhandlungen darf nicht mit dem meist komplexen Bedingungsgefüge einer Selbsttötung verwechselt werden. Gefragt wird hier nach dem „Tropfen, der das Fass zum Überlaufen bringt“, offensichtlichen äußeren Belastungsfaktoren. Wie in früheren Untersuchungen stehen weiterhin gesundheitliche Sorgen (27,1%) und familiäre bzw. Beziehungskrisen (26,8%) im Vordergrund. Demgegenüber wurden weit seltener wirtschaftliche (5,4%) oder berufliche (2,8%) Schwierigkeiten wie auch Schicksalsschläge (2,0%) vermutet. In fast 40% war kein unmittelbarer Anlass für den Suizidtod auszumachen.

3.7 Kontakt zur Drogenszene

Über die Jahre war bei 6,4% der 895 Suizidopfer ein Kontakt zur Drogenszene bekannt. Es stellt sich auch immer wieder die Frage, wie häufig sich hinter Drogentodesfällen (ebenso wie hinter Auto- und Bergunfällen) Suizide verbergen können. Wie schon in der Darstellung der Verkehrstoten ist auch aus der hier angeführten Statistik der „Suchtbezogenen Todesfälle“ belegbar, dass die deutliche Abnahme der Suizidfälle keineswegs durch ein „Verstecken“ unter den „Drogentoten“ (teilweise) erklärbar wäre, ist deren Zahl doch in den letzten Jahren in Vorarlberg (nicht Österreich!) gleichfalls stabil auf niedrigem Niveau.

Jahr	Vorarlberg	Österreich
1990	7	50
1991	10	77
1992	13	128
1993	12	162
1994	5	177
1995	11	178
1996	12	195
1997	4	141
1998	5	117
1999	5	136
2000	5	167
2001	11	139
2002	6	139
2003	5	163
2004	8	185
2005	6	191
2006	6	<i>n.v.</i>
Gesamt bis 2005	125	2.345
Mittelwert	7,81	146,56

Abb. 18: Suchtbezogene Todesfälle in Vorarlberg/Österreich 1990-2005(6) (Quelle: Land Vorarlberg)

3.8 Abschiedsbrief

Nur gut ein Viertel der Suizidanten hinterließen im Beobachtungszeitraum einen Abschiedsbrief. Die Skepsis gegenüber internationalen Vergleichen erhält etwa auch dadurch Nahrung, dass beispielsweise in einigen US-Staaten und anderen Ländern Suizide nur als solche in die Statistik eingehen, wenn ein Abschiedsbrief vorliegt!

3.9 Letzte Kontakte

Ihre letzten Kontakte hatten spätere Suizidopfer in einem großen Teil zu Ehepartnern, Lebensgefährten, Kindern oder Freunden. Wie schwierig es für die dadurch Betroffenen in der Regel wird diese „letzte Erinnerung“ zu verarbeiten ist wohl jedem einfühlbar. Hinterbliebene nach Suiziden verdienen so besonders sensible Behandlung und profitieren von Einsätzen des Kriseninterventionsteams (K.I.T.) oder im weiteren Verlauf auch von einer Selbsthilfegruppe im „Club Antenne“.

Aus präventiver Sicht ist dieser Befund auch Beleg für die Notwendigkeit allgemeiner Aufklärung über sinnvolles Verhalten bei Krisen Nahestehender.

Suizidfälle in Vorarlberg 1988-2006
Letzter Kontakt mit.... (n = 895)

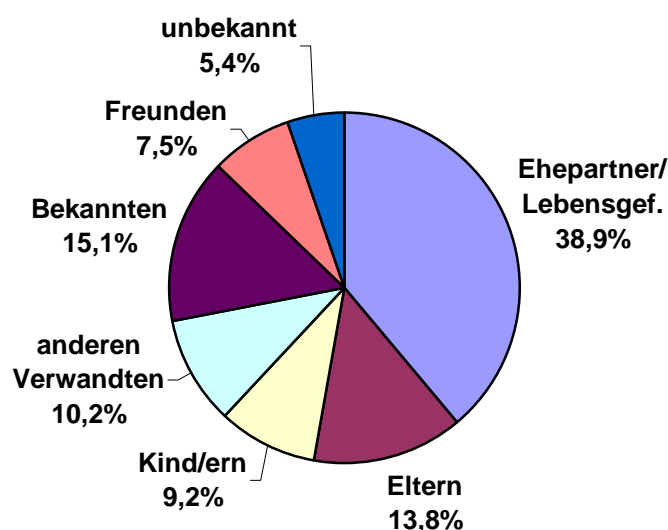


Abb 19: Quelle aks

3.10 Art/Durchführung des Suizidtod

Seit langem steht die Strangulation, also das Erhängen, mit 43% (in der Periode 1970-84 waren es 45,9%) an erster Stelle der Suizidmethoden. Seltener wurden die Selbsttötung durch Autoabgase mit nun 5,5% (gegenüber 10,6%) und durch Medikamentenvergiftung mit 5,9% gegenüber früher 8,9%. Zugenommen haben Sprünge in die Tiefe (9,3% gegenüber 6,0%) und vor allem Eisenbahnsuizide (11,3%), die nach Auskunft Verantwortlicher der ÖBB in Vorarlberg zuletzt doppelt so häufig wie in Gesamtösterreich zu beklagen waren. Diesbezüglich sind auch schon Arbeitsgruppen gebildet, die daran arbeiten sog. „hot spots“ zu entschärfen.

Eine Häufung von Suiziden und Unfällen auf der Schiene vor einiger Zeit im Lande soll nachweisbar zu einer Häufung (wohl über „Ansteckung“ durch entsprechende Medienberichte) auch im benachbarten Ausland geführt haben! Weiterhin und im Vergleich zu manchen Ländern selten wurde der Suizid durch Erschießen (12,1% gegenüber 11,1%) begangen.

Verfügbarkeit spielt hier eine wesentliche Rolle, die unmittelbare Griffnähe zu Schusswaffen – deren Zahl in Schweizer Haushalten wird mit über 3 Millionen beziffert – und dementsprechend eine Spitzenposition „des Tods durch Schusswaffe“ in der Eidgenossenschaft hat dort zum Einbringen entschärfender Gesetzesvorlagen geführt. Übrigens ist auch der niedrige Anteil der Suizide durch Medikamentenvergiftung (bei sehr häufigem Vorkommen solcher im Rahmen überlebter Suizidversuche) nicht nur auf ein gut funktionierendes Notarztsystem, sondern auch den Ersatz früher diesbezüglich gefährlicher Schlafmittel und Antidepressiva durch minder toxische zurückzuführen.

Suizidmethoden in Voralberg 1988-2006 gesamt (n = 895)

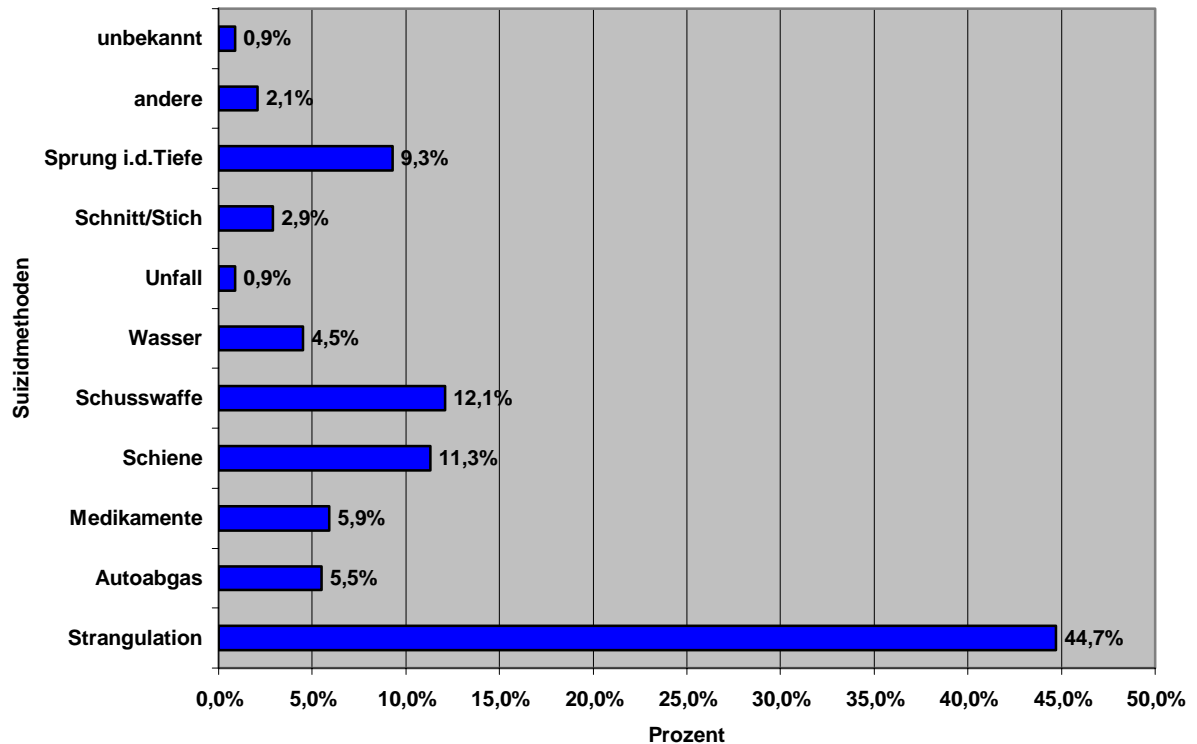


Abb 20: Quelle aks

Im Vergleich der Geschlechter hinsichtlich der gewählten Methode bestätigt sich zwar, dass Frauen sog. „weiche Methoden“ (Medikamente, Ertrinken) deutlich häufiger und für Männer „klassische“ wie Erschießen selten wählten, gleichwohl überwiegend „harte“ Suizidmittel einsetzten und hier besonders häufig den Tod auf der Schiene suchten.

**Suizidmethoden in Vorarlberg
1988-2006 Frauen (n = 226)**

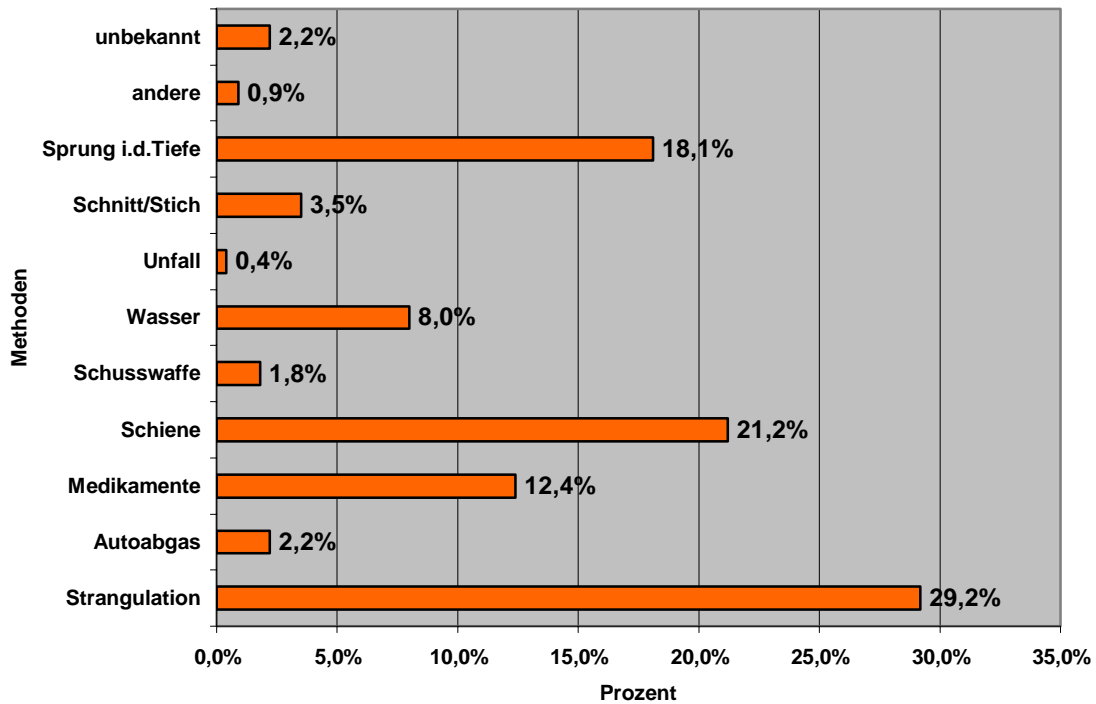


Abb 21: Quelle aks

**Suizidmethoden in Vorarlberg
Männer 1988-2006 (n = 669)**

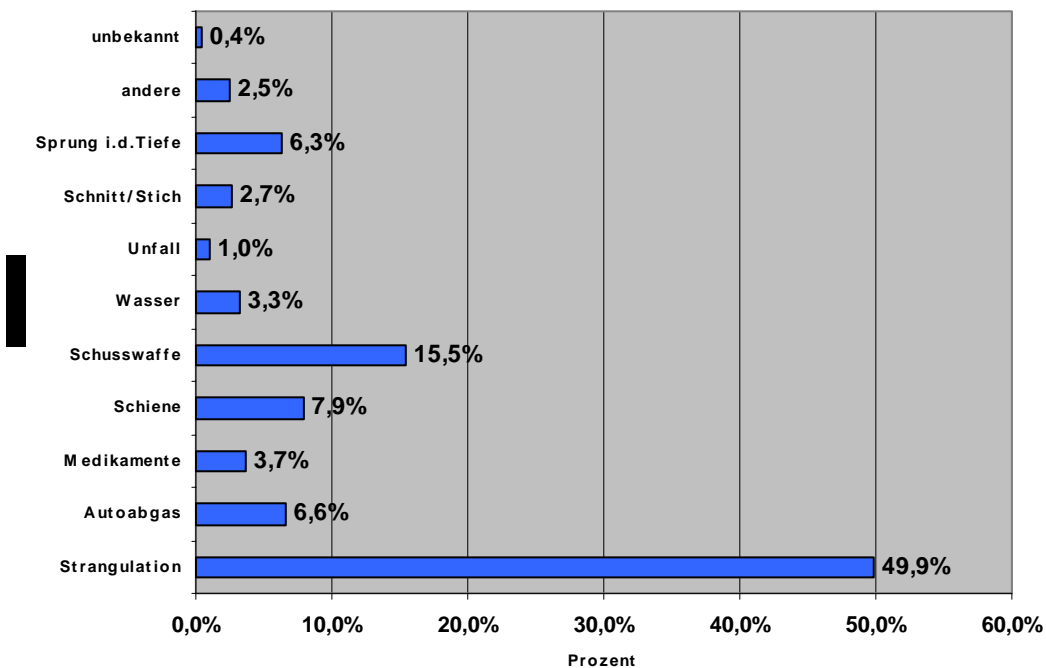


Abb 22: Quelle aks

4. Diskussion

Hatten wir im Vorjahr für das Jahr 2005 und angesichts einer sprunghaften Zunahme der Suizide in unserem Land offen gelassen, ob es sich um einen statistischen Ausreißer oder eine Trendwende handle, haben wir für 2006 und in Anbetracht einer um 42% gesunkenen Zahl an Suiziden ähnlichen Erklärungsnotstand – nur diesmal im anderen Sinne.

Statistiken und gar Suizidstatistiken gegenüber darf und muss man skeptisch sein; wir sind darauf in einigen Punkten schon eingegangen. Weder unter den „Drogen“- noch „Verkehrstoten“ können 2006 allerdings so viele unerkannte Suizide versteckt sein, dass dies die starke Abnahme erklärt. Auch ist nicht anzunehmen, dass sich die Qualität der Totenbeschau und damit Feststellung der Todesursache (die im Falle einer Selbsttötung zwangsläufig das Beiziehen der Exekutive nach sich zieht) in Österreich von einem aufs andere Jahr derart schwankt.

Verlaufsstatistiken und der Blick in andere Regionen weisen aus, dass derartige „Sprünge“ von Jahr zu Jahr immer wieder und überall zu beobachten sind – wesentlicher ist somit das Beachten längerfristiger Entwicklungen. Diese zeigen nun für Vorarlberg, Österreich und die deutschsprachigen Nachbarstaaten eine deutliche, fast Halbierung der Suizidziffern seit den 80er Jahren; dies ungeachtet der Tatsache, dass die letzten 20 Jahre auf verschiedenen Ebenen Entwicklungen eingetreten sind, die den Entschluss zum Suizid erleichtern: das zunehmend mehr in Frage gestellte Tötungstabu (in Diskussionen über aktive Euthanasie, Beihilfe zum Suizid, das Verlangen auf „Freiheit bis zuletzt“), die wachsende Zahl suchtkranker, alter und hochbetagter, depressiver oder entwurzelter Menschen. Es müssen demnach protektive Maßnahmen greifen, die dem entgegenwirken.

Mit Erstattung des Suizidsbericht und seiner Veröffentlichung verbinden wir wieder die Erwartung, der Bevölkerung ein Signal zu setzen, dass auch eine zuletzt sehr positive Entwicklung nicht dazu führen darf dem Suizidthema nun weniger Aufmerksamkeit zu schenken; sich möglichst viele Gedanken machen, welchen Beitrag sie zur Verhinderung von Selbsttötungen beitragen könnten; die in der Sekundär- und Tertiärprävention Tätigen dadurch Rückmeldung bekommen und in ihrem Engagement ermutigt werden.

Vertieft werden soll die Diskussion um weitere Verbesserungen auf verschiedenen Ebenen anlässlich einer aks-Tagung „Suizidprävention am 16.11. im Kulturhaus Dornbirn (siehe angehängtes Programm), woraus sich erfahrungsgemäß neue Ideen zur weiteren Verbesserung der Suizidprävention in unserem Lande ergeben werden.

5. Exkurs – Suizidprävention

Das Bedingungsgefüge von Suizidalität ist komplex, mit W. FELBER können 3 Ebenen unterschieden werden, die sich mehr oder weniger überlagern, im Einzelfall unterschiedlich bedeutsam werden und in der Vorsorge, Krisenintervention und Behandlung Beachtung verdienen:

KAUSALITÄTSGEFÜGE VON SUIZIDALITÄT

Individuell-real: mehr oder weniger Überlagerung aller 3 Ebenen

Ebene 1: Basale Suizidalität

Innere Variable; relativ überdauernd:

Psychische Erkrankungen (inklusive Sucht)

Alterungsprozess

Geschlechtsvariablen

= genetisches Potential

Ebene 2: Personale Suizidalität

Gemischte Variable; kurzzeitig veränderbar

Existenziell bedrohliche Erlebnisse

Körperliche Erkrankungen

Persönlichkeit, Charakter(störungen)

Werther-Effekt (Modellnachahmung)

= reagibles Potential

Ebene 3: Epiphänomenale Suizidalität

Äußere Variable; relativ überdauernd

Gesellschaftliche Strukturen

Religiöse Traditionen

Methodenverfügbarkeit

Suizidkohorten

= tradiertes Potential

Demnach hat Suizidprävention auch auf verschiedenen Ebenen anzusetzen, lässt sich nicht nur an „Helfer“ delegieren sondern kann nur durch das Zusammenwirken vieler Elemente erfolgreich sein.

Unterschieden werden verschiedene Ebenen der Prophylaxe:

- Tertiärprophylaxe für Menschen, die einen Suizidversuch hinter sich haben oder in einer suizidalen Einengung stecken. Hier ist professionelle Betreuung angesagt.
- Sekundärprophylaxe für Menschen, die unter Krisen oder Krankheiten leiden, welche erfahrungsgemäß auch zum Suizid führen können. Hier ist vor allem der Abbau von Schwellenängsten vor psychosozialen Behandlungs- und Beratungsstellen und frühzeitige Vermittlung dorthin wichtig.
- Primärprophylaxe setzt auf der Ebene „gesellschaftliches Klima“ an, kümmert sich um ein möglichst solidarisches Zusammenleben der Menschen, die eine Sensibilität füreinander bewahren, Kranke und Behinderte sowie Außenseiter in ihrer Gemeinschaft halten.

Dazu gehört der Bevölkerung zu vermitteln, dass wir Suizide nicht einfach als Komplikationen psychischer Krisen oder Krankheiten schicksalhaft hinnehmen, sondern vielmehr in Rat und Tat beweisen, dass Menschen in Krisen und Krankheiten jene Hilfe bekommen, die sie vor der letzten Verzweiflung bewahrt. Dies schafft am verlässlichsten ein antisuizidales Klima.

aks - Tagung
SUIZIDPRÄVENTION
am 16.11.07
im Kulturhaus Dornbirn

Programm

- Moderation:** R. Haller
- 9.00 **Begrüßung** L.Sth. M. Wallner
- 9.15 **Suizidbericht Vorarlberg 2007 - 20 Jahre Rückblick**
A. Lingg, Rankweil
- 9.45 **Suizidprophylaxe in Österreich – Aktivitäten der ÖGS**
R. Fartacek, Salzburg
- Kaffeepause
- 11.00 **Bausteine einer (Selbst- und Fremd)erziehung, die das Suizidrisiko vermindern**
M. Striebel
- 11.30 **Kann man mit Medikamenten Leben retten?**
P. König, Rankweil
- Mittagsbuffet
- Moderation:** A. Lingg
- 14.00 **Aggressionsstau und mögliche Folgen** R. Haller, Frastanz
- 14.30 **Internet und Suizid** Ch. Eichenberg, Köln
- 15.00 **Suizidalität nach traumatischen Ereignissen**
G. Brauchle, Innsbruck
- 15.30 **Podium „Erfahrungen und Pläne regionaler Dienste“**
- 17.00 Ende der Tagung

Für den Veranstalter: Prim. Prof. Dr. R. Haller und Prim. Dr. A. Lingg
Anfragen: albert.lingg@lkh.at

Die Veranstaltung ist für das DFP der ÖÄK für das Fach Psychiatrie mit 6 Fortbildungspunkten approbiert.