



Vorarlberger Suizidbericht 2010

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 2010

aks Sozialmedizin GmbH
Rheinstraße 61
6900 Bregenz
T 055 74 / 202 - 0
office@aks.or.at
www.aks.or.at

Inhaltsverzeichnis

I.	Einleitung	1
II.	Vorarlberger Suizidzahlen 2010	3
III.	Schwerpunktthema: Suizid und maligne Erkrankung	11
IV.	Suizidprävention	17
V.	Hilfreiche Links / Termine	20

*"Ach, verehrter Freund, wie dürftig ist doch die Phantasie der Menschen!
Sie wähnen immer, man begehe Selbstmord aus einem Grund.
Aber man kann sich das Leben sehr wohl aus zwei Gründen nehmen..."
(aus „Der Fall“ v. Albert Camus)*

I. Einleitung

Nach einem kontinuierlichen Anstieg bis Mitte der 80er Jahre geht die Zahl der Selbsttötungen **in Österreich** seit 1987 zuletzt anhaltend zurück: so wurden 1986 national noch 2139 Suizide registriert, im vergangenen Jahr wurden der Statistik Austria **1.261 Suizide** in Österreich gemeldet. Damit hat sich der seit Beginn der 80er Jahre in allen Industrieländern registrierte Rückgang der Selbsttötungen (in Österreich um rund 40%!) fortgesetzt. Wenn bei vielen ein anderer Eindruck besteht und sie durch die Meldung spektakulärer oder als besonders tragisch empfundener Suizide eher eine gegenläufige Entwicklung vermuten, hat dies vor Allem auch mit einer nun offeneren Berichterstattung und tabufreieren Diskussion über das Thema Suizid zu tun.

Der erfreuliche Rückgang darf jedoch nicht vergessen lassen, dass sich hinter zahlreichen Selbsttötungen menschliche Tragödien verbergen, Hinterbliebene meist schwer an dem Verlust und der Art des Weggangs tragen, auch wir Helfer machen uns Gedanken über verpasste Chancen oder übersehene Warnsignale. Nicht jeder Suizid ist zu verhüten – nachweislich haben jedoch die Enttabuisierung des Suizidthemas, das Einrichten leichter zugänglicher Beratungs- und Behandlungsstellen, bessere Behandlungsmöglichkeiten psychischer Störungen und ein verlässlicheres soziales Auffangnetz, ein sorgsamerer Umgang der Medien mit der Thematik und eine verbesserte Notfallversorgung in den letzten Jahrzehnten zu einer Abnahme der Selbsttötungen geführt.

Der SUIZIDBERICHT VORARLBERG gibt, wie seit 1987 alljährlich gewohnt, über die Situation in Vorarlberg in unserem Land Auskunft, basierend auf den Zahlen der Statistik Austria, welcher über die Totenbeschau alle Sterbefälle des Landes gemeldet werden. Das beim aks eingerichtete Suizidregister, welches bei jedem bekannt gewordenen Suizidfall die wichtigsten Basisdaten zu erfassen versucht, wie es auch im Berichtsjahr wieder eine solche Lücke in der Erfassung auf, dass für ein einzelnes Jahr daraus keine seriösen Schlüsse zu ziehen sind. In einer Zusammenschau über eine längere Zeitstrecke sollte dies – wie schon in unserer 20 Jahres-Rückschau – wieder möglich werden.

Es werden zunächst die verfügbaren statistischen Daten für das Jahr 2010 dargestellt und analysiert. Schwerpunktthema ist diesmal der Zusammenhang zwischen Krebserkrankung und Suizid, dies auch anlässlich einer vor kurzem veröffentlichten Studie, die maßgeblich von Mitarbeitern der onkologischen Station am L-KH Rankweil (Leitung: OA Dr. A. Lang) erarbeitet wurde. Schließlich werden Pläne bzw. Vorschläge zur Verbesserung der Hilfsmaßnahmen in unserem Bundesland formuliert und auf hilfreiche Links hingewiesen.

Das vorangestellte Zitat soll auf die Grenzen der Erklär- und Verstehbarkeit suizidalen Handelns verweisen.

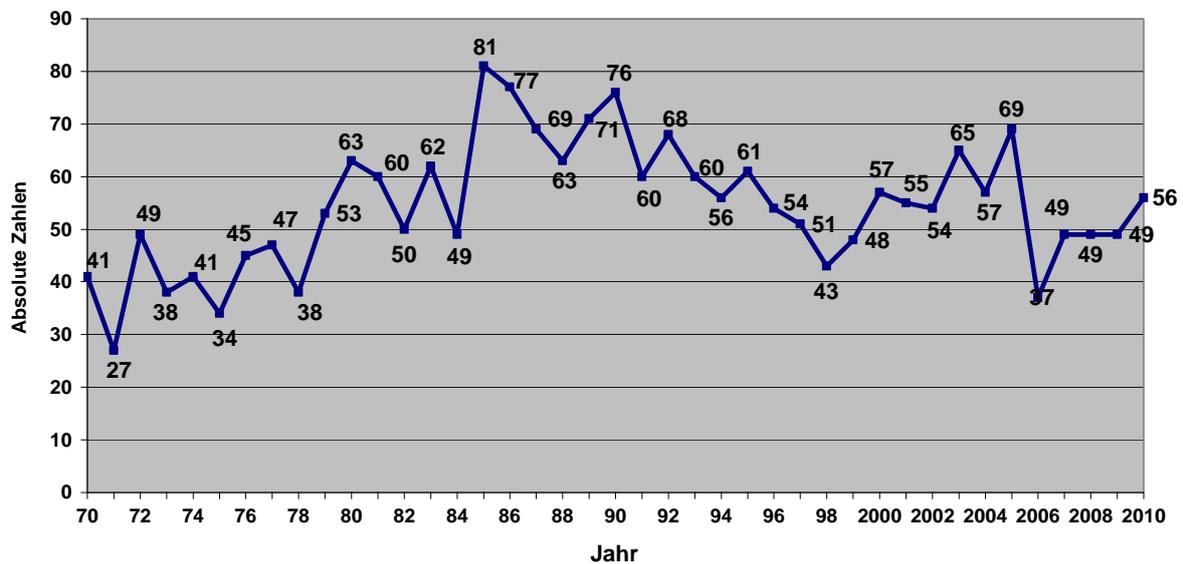
II. Vorarlberger Suizidzahlen 2010

Suizidzahlen für Vorarlberg

Im Jahre 2010 wurden in Vorarlberg **56 Suizide** registriert. Damit weist unser Bundesland erneut eine vor allem im Vergleich zu den hohen Zahlen der 80er Jahre erfreulich niedrige Zahl auf, eine Zunahme von 7 Fällen im Vergleich zum Vorjahr darf gleichwohl nicht ignoriert werden.

Grafik 1:

Absolute Suizidzahlen für Vorarlberg 1970-2010
(Quelle: Statistik Austria)

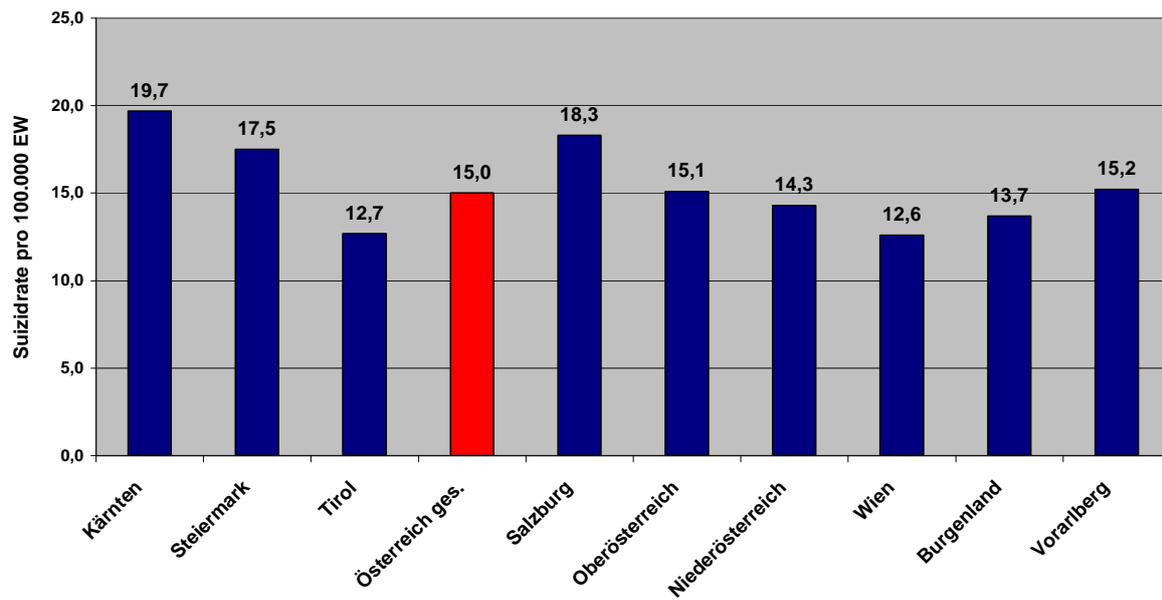


Suizidrate

Aussagekräftiger wie absolute Zahlen ist **die Suizidrate**, das heißt die Zahl der Suizide / 100.000 Einwohner. Lag die Rate Mitte der 80er Jahre noch deutlich über 20, liegt sie 2010 mit **15,2** auf dem gesamtösterreichischen Schnitt von 15,0.

Grafik 2:

Suizidraten 2010 für die einzelnen Bundesländer
(Quelle: Statistik Austria)

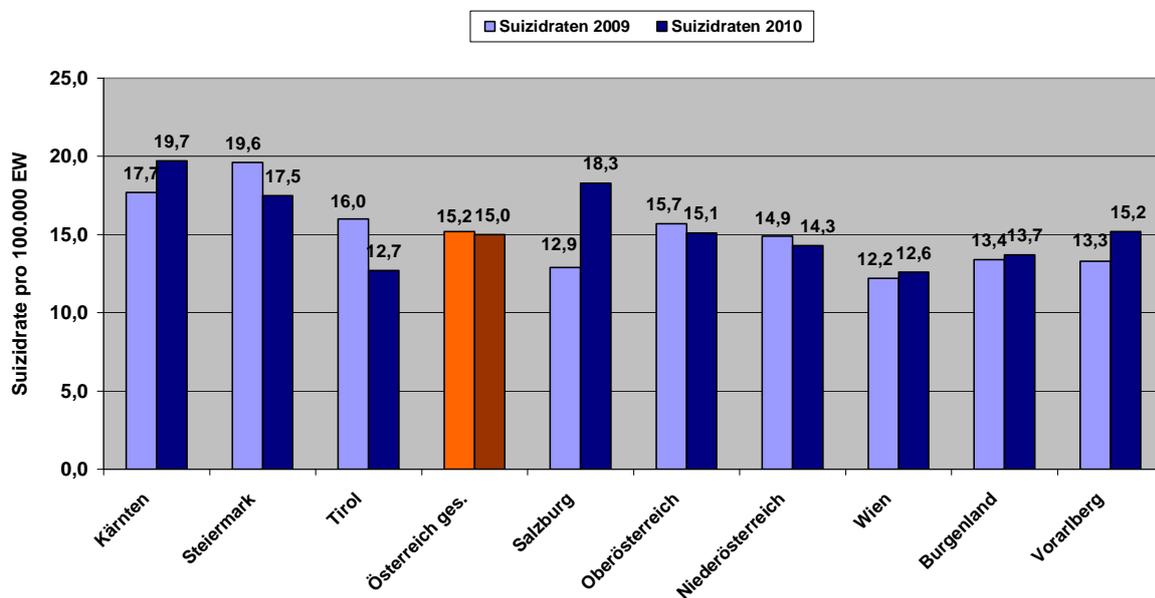


Jahresvergleich

Der Vergleich von Jahr zu Jahr weist, siehe Tirol oder Salzburg, teils unerklärliche Sprünge auf; dies mahnt uns weder Rückgänge noch Zunahmen von einem Jahr aufs andere über zu bewerten und einmal vorschnell eine Krise, dann wieder kurzschlüssig einen raschen Erfolg bestimmter Maßnahmen zu behaupten. Nur die Beobachtung über längere Perioden lässt einigermaßen sichere Schlüsse zu, wie etwa in unserer Suizidstudie 1985 und Analyse der Daten 1988-2006 im Suizidbericht Vorarlberg 2006.

Grafik 3:

Suizidraten für die einzelnen Bundesländer 2009 und 2010 im Vergleich
(Quelle: Statistik Austria)

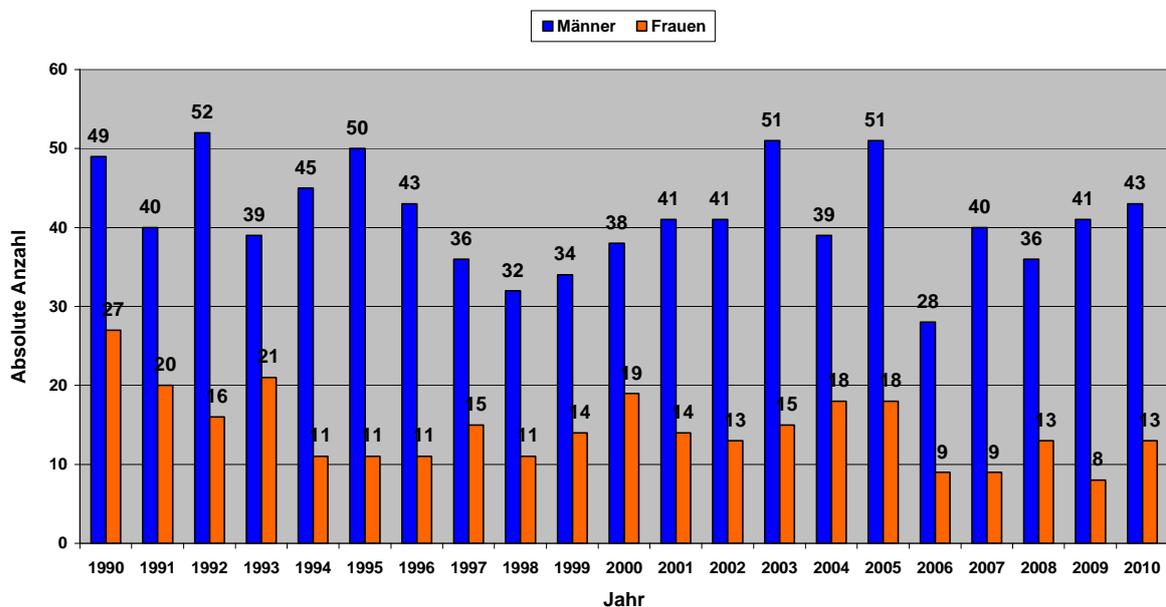


Geschlechtsverteilung

In Vorarlberg kamen – wie auch österreichweit – im Jahre 2010 **3,3 männliche auf 1 weibliches Suizidopfer**. Viele Daten aus internationalen und auch eigenen, landesbezogenen Studien belegen, dass Selbsttötungen bei Männern häufiger als Folge von Suchterkrankungen und Kurzschlussreaktionen (Kränkungen in Beziehungskrisen, am Arbeitsplatz u. ä.) auftreten, Männer häufig versäumen rechtzeitig Hilfe zu suchen und von ihrer biologischen Ausstattung und Sozialisation her ihr Aggressionspotential ungebremster ausleben, im Falle eines Suizids gegen sich selbst.

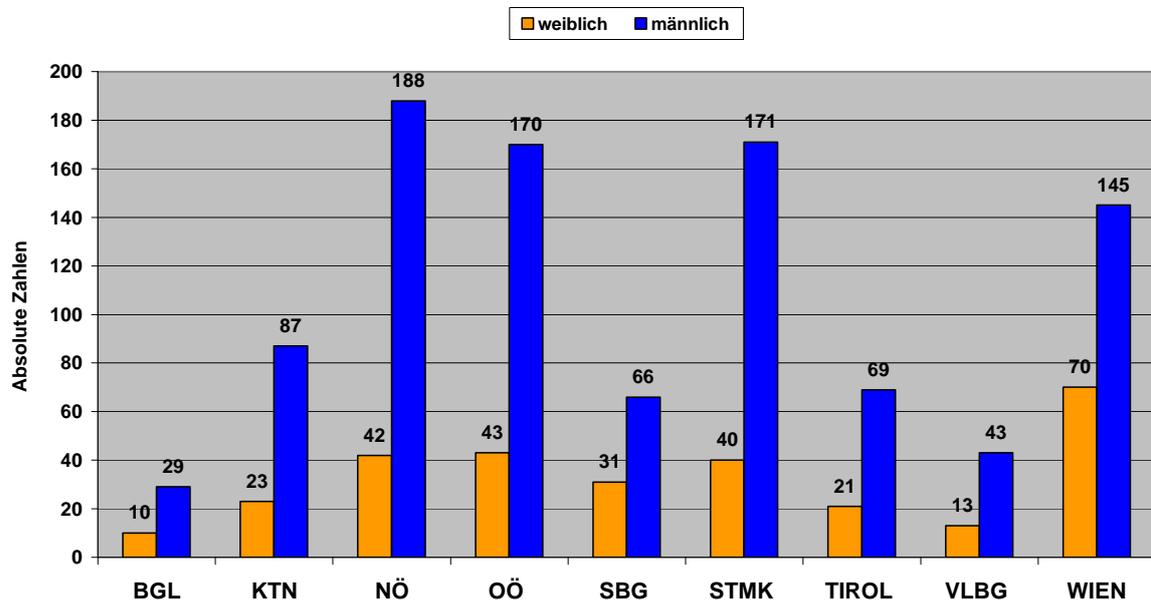
Grafik 4:

Geschlechtsverteilung Vorarlberg 1990 - 2010
(Quelle: Statistik Austria)



Grafik 5:

Geschlechtsverteilung nach den einzelnen Bundesländern 2010 (n = 1.261)
(Quelle: Statistik Austria)

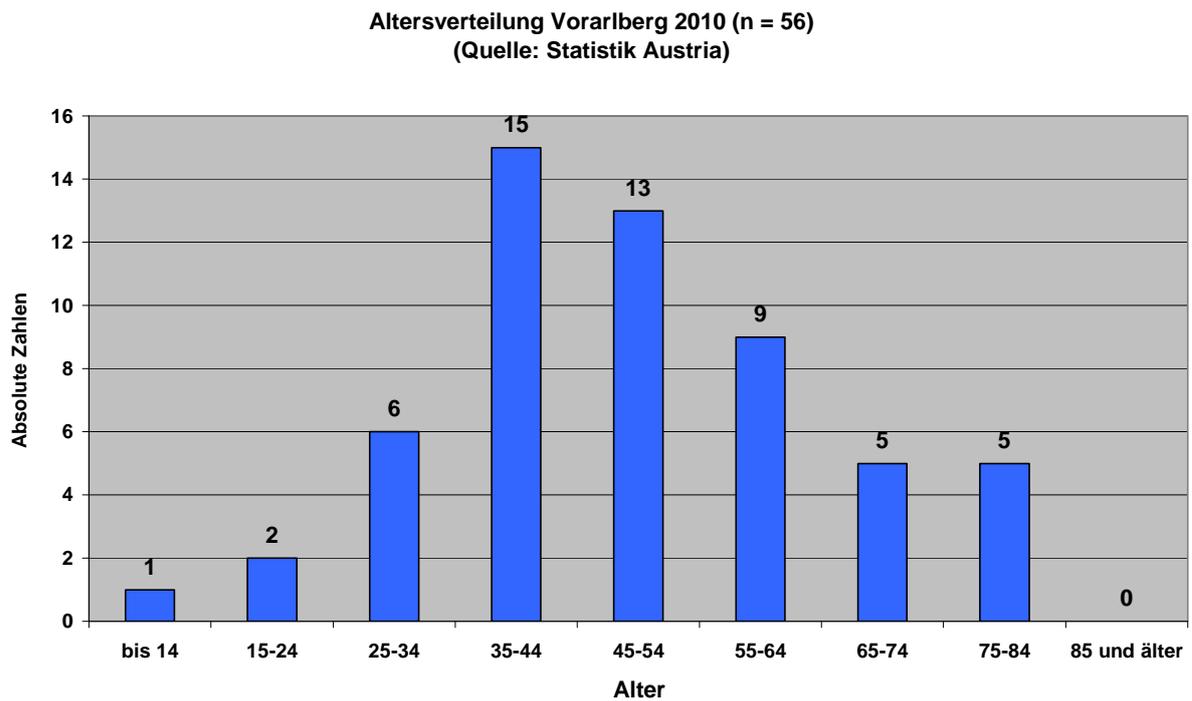


Altersverteilung

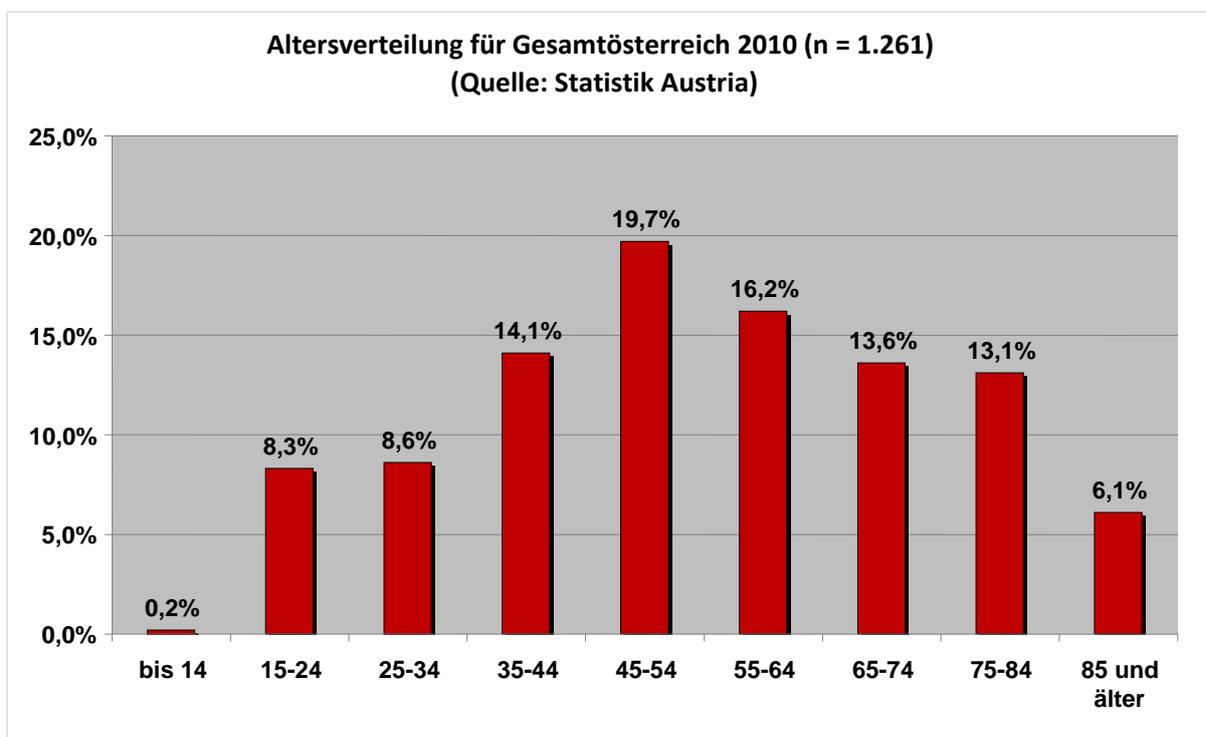
Bei Betrachtung der **Altersverteilung** in einem bestimmten Beobachtungsjahr muss bedacht werden, dass hier eine Interpretation aufgrund der (für statistische Berechnungen) kleinen Zahlen schwierig ist; es müssten die Suizidopfer nämlich in Beziehung zur jeweiligen Zahl der Jahrgänger errechnet werden, was für ein einzelnes Jahr nicht möglich ist. Leider war 2010 1 **Kindersuizid** zu beklagen, österreichweit deren 3, was auf das seltene Vorkommen dieses besonders bedrückenden Ereignisses verweist. So waren in Vorarlberg zwischen 1987 und 2006 3 Kindersuizide (unter 14jährige) registriert.

Bei den **alten und hoch betagten Mitbürgern** zeigt sich **hierzulande weiterhin eine günstige Situation**, es wurde in Vorarlberg kein Suizid in der Altersgruppe 85 und älter gemeldet, österreichweit hingegen 77. Eine vermeintlich herausragende Betroffenheit der mittleren Altersgruppen relativiert sich in Anbetracht der dort starken Jahrgänge, gleichwohl dürften – wie auch in Krisendiensten und Behandlungsstellen beobachtet – der verstärkte Druck im Berufsleben und nicht minder Beziehungskrisen und Trennungen (auch langjähriger Ehen oder Beziehungen) diese Altersgruppe besonders betreffen.

Grafik 6:



Grafik 7:

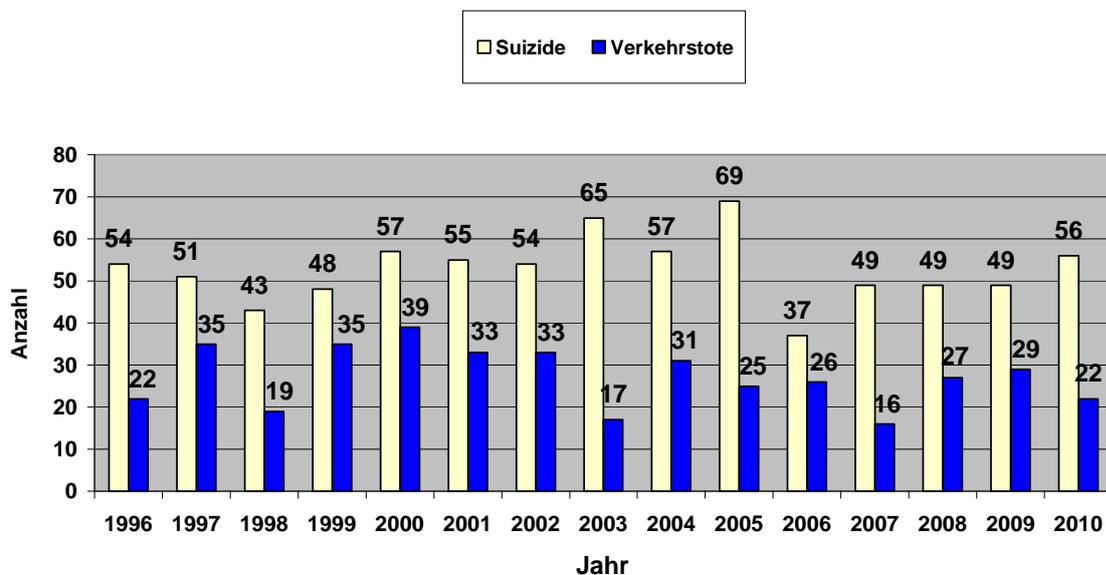


Zahl der Verkehrstoten in Österreich

Während die Zahl der **Verkehrstoten in Österreich** bis in die 70er Jahre jene der Suizidopfer weit überstieg, haben vielfältige Maßnahmen zur Verkehrssicherheit hier einen drastischen Wandel herbei geführt: so wurden im „schlechtesten“ Jahr 1972 österreichweit 2948 Verkehrstote registriert – die niedrigste Zahl nun 2010 mit 548, was fast nur noch ein Fünftel der Horrorzahl 1972 bedeutet! Auch die Zahl der Suizide nahm im letzten Vierteljahrhundert trotz Zunahme der Bevölkerungszahl um über ein Drittel ab – übersteigt jedoch Jahr um Jahr jene der Verkehrstoten.

Grafik 8:

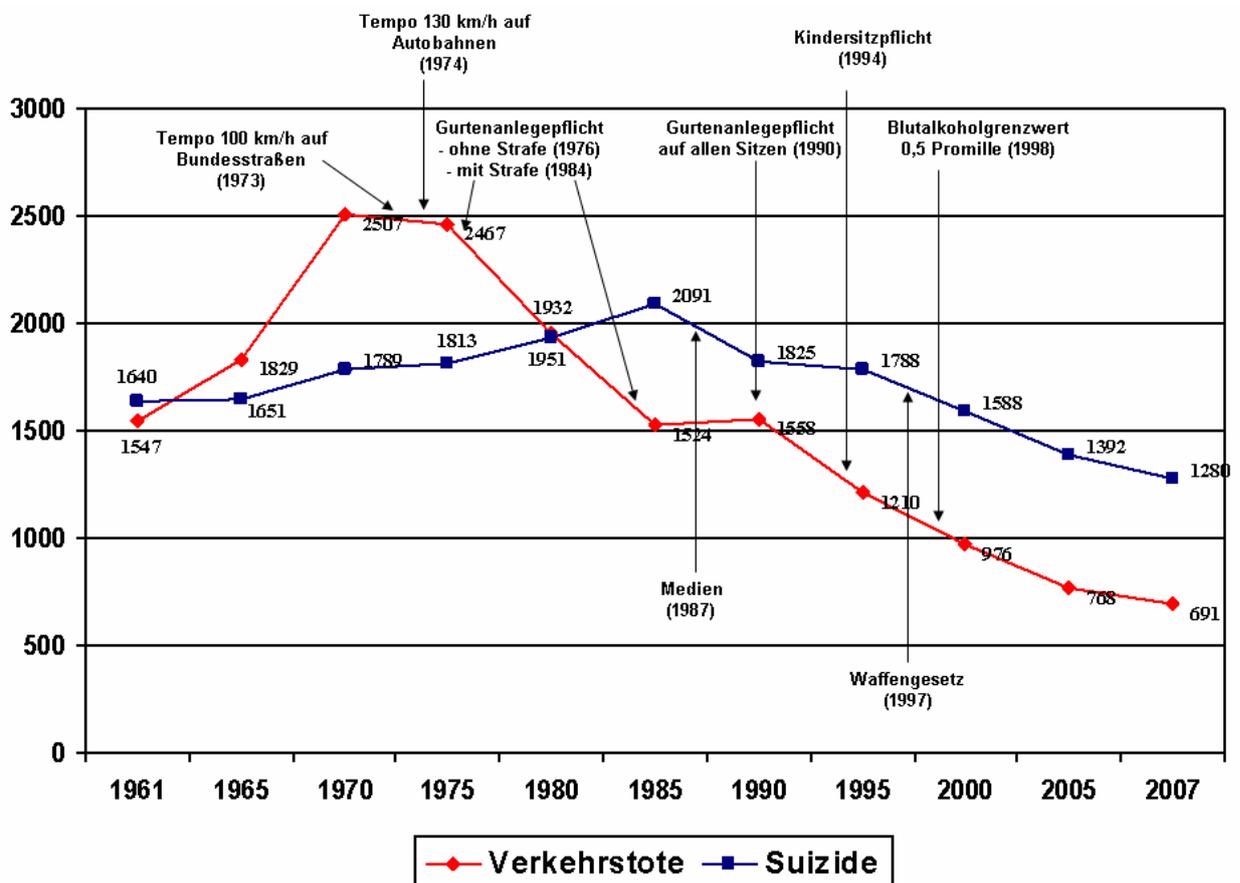
Suizide und Verkehrstote in Vorarlberg 1996-2010
(Quelle: Statistik Austria)



Maßnahmen zur Verhinderung von Verkehrstoten

Maßnahmen zur Verhinderung von Tod im Straßenverkehr (wie auch durch Arbeitsunfälle) sind naturgemäß leichter durchsetzbar – ihr Erfolg sollte jedoch auch ermutigen die Anstrengungen auf andern Feldern verhinderbarer Todesfälle, so zumindest eines Teils der Suizide, fortzusetzen. Beispielhaft führte ein verschärftes Waffengesetz oder der Ersatz früher häufig als Suizidmittel verwendeter Schlafmittel durch solche mit größerer therapeutischer Breite zu einer Abnahme der Suizidfälle.

Grafik 9: Auswirkungen verkehrssichernder Maßnahmen auf die Zahl der Verkehrstoten*



Grafik: Sonneck, 2008

* aus aktuelle Daten und Fakten zur Zahl der Suizide in Österreich 2009

In Kooperation mit: Wiener Werkstätte für Suizidforschung (www.suizidforschung.at), Institut für Medizinische Psychologie der Medizinischen Universität Wien, Ludwig Boltzmann-Institut für Sozialpsychiatrie, Abteilung Krisenforschung

III. Schwerpunktthema: Suizid und maligne Erkrankung

Eine vor kurzem abgeschlossene Studie zur Frage der **Häufigkeit von Selbsttötungen bei Krebspatienten in Westösterreich 1991 – 2006** * ging von der Annahme aus, dass Patienten mit malignen Erkrankungen eine außerordentlich hohe psychische Belastung haben. Ältere Studien aus den USA, Skandinavien belegen, dass Krebspatienten gegenüber der Allgemeinbevölkerung eine höhere Suizidrate aufweisen. Untersuchungen der Suizidraten bei Krebspatienten aus jüngerer Zeit aus Österreich liegen nicht vor.

Das Studienziel war die Erfassung von Suiziden bei Krebspatienten in einer definierten Region Österreichs (Bundesländer Salzburg, Tirol und Vorarlberg). Im Beobachtungszeitraum, Tirol und Vorarlberg betreffend 1991 bis 2006 und das Bundesland Salzburg 1999 bis 2006, wurden 36.316 weibliche und 41.017 männliche Krebsfälle, insgesamt 375.259 Personenjahre erfasst, alle Patienten wurden bis 2008 nach beobachtet.

Für die Beurteilung, ob Krebspatienten eine abweichende Suizid-Mortalität im Vergleich zur Bevölkerung aufweisen, wurde eine alters- und geschlechts- spezifische, standardisierte Mortalitätsrate (SMR) berechnet.

Tab. 1: Anzahl der Suizide bei Tumorpatienten im Zeitraum von 1991 - 2006

Geschlecht	Diagnosejahre	Anzahl
Frauen	1991 – 1994	7
	1995 – 1998	10
	1999 – 2002	7
	2003 – 2006	10
Gesamt		34
Männer	1991 – 1994	39
	1995 – 1998	33
	1999 – 2002	44
	2003 – 2006	29
Gesamt		145

Tab. 2: Altersverteilung der Suizide in der Gesamtbevölkerung und bei Krebspatienten (Mortalitätsstatistik) in den Jahren 1991 - 2006

Alter	Krebspatienten		Gesamtbevölkerung	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
< 49	5 (14,7%)	11 (7,6%)	471 (47,3%)	1572 (55,2%)
50 - 59	8 (23,5%)	26 (17,9%)	168 (16,9%)	470 (16,5%)
60 - 69	6 (17,6%)	33 (22,8%)	142 (14,3%)	364 (12,8%)
> 70	15 (44,1%)	75 (51,7%)	214 (21,5%)	441 (15,5%)
Summe	34	145	995	2847
Gesamt	179		3842	

3.842 Suizide in der Gesamtbevölkerung im Zeitraum 1991 bis 2006 wurden registriert. 179 Suizide bei Krebspatienten im Zeitraum 1991 – 2006, eine Nachbeobachtung erfolgte bei beiden Gruppen bis Ende 2008.

SMR: bei Frauen 1,3 (95% Konfidenzintervall 0,9-1,8)

bei Männern 1,6 (95% Konfidenzintervall 1,3-1,9)

Tab. 3: Die häufigsten Krebserkrankungen bei Suizid-Patienten

Geschlecht	Krebserkrankung	Anzahl Suizide
Frauen	Mammakarzinom	14
	Uteruskarzinom	4
	Lungenkarzinom	3
Männer	Prostatakarzinom	48
	Kolon- und Rektumkarzinom	19
	Karzinom im HNO-Bereich	13

Auffallend ist

- die Verschiebung der Suizide bei Krebspatienten ins höhere Alter.
- dass das Suizidrisiko im ersten Jahr nach Diagnosestellung am höchsten ist.
- das im Beobachtungszeitraum von 1991 – 2006 ein tendenzieller Abfall der Suizide zu beobachten ist.

Zusammenfassung

Krebspatienten in den Bundesländern Salzburg, Tirol und Vorarlberg weisen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung von 1991 – 2006 eine deutlich höhere Suizidrate auf. Besonders betroffen sind ältere Männer, die an einem Karzinom der Prostata, des Kolon oder Rektums oder des HNO-Bereichs erkrankt sind.

Schlussfolgerung

Der Ausbau der psychoonkologischen Betreuung und psychosozialer Interventionen zur Verbesserung der Lebensqualität von Krebspatienten ist bis ins hohe Alter zu forcieren.

Referenzen und Dank

- | | |
|-----------------------------|--|
| K. Gasser und T.Winder | <ul style="list-style-type: none">• Akademisches Lehrkrankenhaus, Feldkirch, AUT• Vorarlberg Institute for Vascular Investigation and Treatment (VIVIT), Feldkirch, AUT• Private Universität Liechtenstein, 9495 Triesen, FL |
| W. Oberaigner | <ul style="list-style-type: none">• Institut für klinische Epidemiologie der TILAK, Innsbruck, AUT |
| B. L. Hartmann | <ul style="list-style-type: none">• Akademisches Lehrkrankenhaus Feldkirch, AUT |
| B. Kohler | <ul style="list-style-type: none">• Vorarlberg Institute for Vascular Investigation and Treatment (VIVIT), Feldkirch, AUT |
| R. Greil und B. Mlineritsch | <ul style="list-style-type: none">• Universitätsklinik für Innere Medizin III, Salzburg, AUT |
| M. Fiegl | <ul style="list-style-type: none">• Universitätsklinik für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie, Innsbruck, AUT |
| A. Lingg | <ul style="list-style-type: none">• Psychiatrie LKH Rankweil, AUT |
| A. Lang | <ul style="list-style-type: none">• Akademisches Lehrkrankenhaus Feldkirch, AUT• Vorarlberg Institute for Vascular Investigation and Treatment (VIVIT), Feldkirch, AUT |
| Einen Dank | <ul style="list-style-type: none">• an das aks Krebsregister Vorarlberg, Abteilung Statistik im Amt der Vorarlberger Landesregierung. |

Suizidhäufigkeit bei Krebspatienten in den USA

In einer von Stephanie Misono, Noel S. Weiss, Jesse R. Fann, Mary Redman und Bevan Yueh 2008 publizierten Arbeit* (*J Clin Oncol* 26: 4731–4738. © 2008 by American Society of Clinical Oncology) wurden die Suizidraten bei Krebspatienten in den USA und patienten- wie tumorbezogene Charakteristika gesucht, welche mit besonderem Risiko vergesellschaftet sind. Vorangegangene Studien (zumeist aus Europa) legten ein erhöhtes Suizidrisiko bei Krebspatienten nahe. Große Kohortenstudien, die Krebspatienten mit der Allgemeinbevölkerung vergleichen, wurden in den USA bis dorthin allerdings noch nie durchgeführt.

Die eingeschlossenen Patienten, bei denen zwischen 1973 und 2002 eine Krebserkrankung diagnostiziert worden war, wohnten in jenen Regionen, die vom SEER(Surveillance, Epidemiology and End Results)-Programm abgedeckt wurden. Vergleiche mit der US-amerikanischen Allgemeinbevölkerung basierten auf Mortalitätsdaten aus dem National Center for Health Statistics. Bei dieser Untersuchung handelte es sich um eine retrospektive Kohortenstudie zur Suizidhäufigkeit bei an Krebs erkrankten Personen.

In einem Kollektiv aus 3.594.750 Patienten aus dem SEER-Register, die über insgesamt 18.604.308 Personenjahre beobachtet worden waren, wurden 5.838 Suizide identifiziert, was einer alters-, geschlechts- und ethnisch adaptierten Rate von 31,4/100.000 Personenjahre entspricht. Im Gegensatz dazu betrug die Suizidrate in der US-amerikanischen Allgemeinbevölkerung 16,7/100.000 Personenjahre.

Eine höhere Suizidinzidenz war assoziiert mit männlichem Geschlecht, weißer Rasse und höherem Alter bei Diagnosestellung. Das höchste Suizidrisiko fand sich bei Karzinomen von Lunge und Bronchien (standardisierte Mortalitätsratio [SMR]: 5,74; 95% CI 5,30–6,22), des Magens (SMR: 4,68; 95% CI 3,81–5,70), der Mundhöhle und des Pharynx (SMR: 3,66; 95% CI 3,16–4,22) und des Larynx (SMR: 2,83; 95% CI 2,31–3,44). Die SMRs waren in den ersten fünf Jahren nach der Diagnosestellung am höchsten.

Zusammenfassung

Krebspatienten in den USA weisen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung fast eine Verdoppelung der Suizidrate auf, und die Suizidinzidenz variiert je nach anatomischer Lokalisation des Karzinoms. Eine weitere Erforschung der psychologischen Erfahrungswelt von Krebspatienten, speziell bei bestimmten Karzinomarten, ist gerechtfertigt.

Auf was bereits F. Meerwein und W. Bräutigam in ihren bahnbrechenden Studien (s. ihr Lehrbuch „Einführung in die Psychoonkologie“) vor Jahrzehnten hinwiesen, haben Patienten mit malignen Erkrankungen ein deutlich erhöhtes Risiko psychischer Überforderung bis hin zu suizidalen Handlungen auf; dies vor allem auch in Abhängigkeit von (häufig falsch) mit „Krebs“ verbundenen Vorstellungen über Prognose bzw. Begleiterscheinungen der Erkrankung und deren Behandlung. Schon damals wurde von genannten Autoren auf die besondere Gefährdung in der Beginnphase der Erkrankung und die Wichtigkeit angemessener Aufklärung und psychosozialer Unterstützung Betroffener hingewiesen.

Die Deutsche Krebsgesellschaft e.V. hat eine Broschüre (Link siehe Punkt 5) über SCREENINGVERFAHREN IN DER PSYCHOONKOLOGIE / Testinstrumente zur Identifikation betreuungsbedürftiger Krebspatienten herausgegeben, welche zwischenzeitlich bewährte Kurz-Screenings enthält. Daraus ergeben sich mit wenig Aufwand Handlungsanweisungen, in welchen Bereichen Betroffene psychosoziale Unterstützung benötigen, welche allerdings dann auch auf kurzem Weg organisierbar sein sollte! Bedenkt man, mit welchem (berechtigten) Aufwand nach neuen Wegen der Krebsbehandlung geforscht wird, und auch sehr kostspielige Heilbehandlungen eingesetzt werden, muss der Einsatz psychosozialer Hilfen dagegen als meilenweit unterentwickelt angesehen werden!

IV. Suizidprävention

Folgende **Risikogruppen/Situationen** für suizidale Gefährdung haben sich in zahlreichen Studien herauskristallisiert:

Tab. 8:

- Affektive Störungen (4% -15%) einer Kohorte sterben durch Suizid, bei etwa 70% der Suiziden sollen affektive Störungen vorliegen)
- Alte und Vereinsamte („Ungarisches Muster“)
- Chronisch Kranke (mit Schmerzen und fehlender Heilungsaussicht)
- Alkoholabhängige (bis 14%, besonderes Risiko nach 8-10 Jahren)
- Drogenabhängige (bis 30% der „Drogentoten“ sind sicher Suizide)
- Patienten mit Essstörungen
- Personen mit Suiziddrohungen
- Personen nach Suizidversuch (10% Wiederholungen in den ersten 12 Monaten)
- An Schizophrenie Erkrankte (14% einer Kohorte; besonders gefährdet junge Männer, höheres Bildungsniveau)
- Personen mit Persönlichkeitsstörungen (z. B. emotional instabile Persönlichkeitsstörung 7-10%)
- Personen in Haft (besonders in der ersten Zeit, U-Haft).
- Kurzschluss-Suizide (nach Unfällen, Trennungen, Arbeitsplatzverlust, Diagnostizierung einer bedrohlichen Erkrankung)

Die so unterschiedlichen Gründe und Auslöser sowie Wege zum Suizid bringen mit sich, dass dem Problem auf verschiedenen Ebenen begegnet werden muss, was in der Unterscheidung von Primär-, Sekundär- und Tertiärprophylaxe Ausdruck findet. Darüber wurde im Suizidbericht 2009 ausführlich referiert. Neben der ÖGS engagieren sich weitere Institute und Initiativen in verschiedenen Bundesländern um eine bessere Koordination und Vernetzung suizidpräventiver Maßnahmen, ein Nationales Programm wurde in Österreich allerdings nach wie vor nicht beschlossen.

Im **Österreichischen Aktionsplan** (Gernot Sonneck, Th. Niederkrotenthaler) etwa wurden 10 Arbeitsgebiete identifiziert. Jedes hat spezifische Aufgaben, die jeweils von unterschiedlichen Personen, Personengruppen, Interessensgemeinschaften und Institutionen übernommen werden sollten. Dazu gehören:

Tab. 9:

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

Einige Punkte werden seit nunmehr über 25 Jahren seit Erstellung der SUIZIDSTUDIE VORARLBERG 1985 und durch die JÄHRLICHEN SUIZIDBERICHTE auf unser Bundesland bezogen beleuchtet.

So soll(en) mit der Veröffentlichung und Diskussion des jährlichen SUIZIDBERICHTEs VORARLBERG:

- die Öffentlichkeit sowie Schlüsselpersonen **sachlich über die Situation in unserem Land** informiert und auf jeweils aktuelle Entwicklungen und Anlaufstellen hingewiesen werden.
- die Bedeutung der für die Suizidverhütung niederschwelliger **Beratungs- und Krisendienste** (IFS, Telefonseelsorge, K.I.T.) wie auch **gemeindenaher und stationärer Behandlungsstellen** für psychisch kranke und süchtige Menschen hervorgehoben werden.
- der **seit langem bestehenden Forderung** einer zeitlichen Ausweitung angebotener ambulanter Krisendienste und nach kurzfristigen Terminen bei Fachärzten Nachdruck verliehen werden.

- den sich **stets rascher verändernden Anforderungen** an die stationären wie gemeindenahen Diensten Rechnung getragen werden: so werden beide in den letzten Jahren häufiger von Menschen mit psychotraumatischen Störungen, Beziehungs- oder Orientierungskrisen, Alkoholexzessen und Toxikomanie beansprucht; all dies, wenn nicht rechtzeitig und fachgerecht behandelt, bekannte Risiken für suizidales Entgleisen.
- den **Medien in unserm Land**, für die auch im vergangenen Jahr eingehaltene Zurückhaltung in Berichten über Suizidhandlungen und den Verzicht auf reißerische Darstellungen gedankt werden. Dies verhindert nachweislich Nachfolge-Suizide, wie andererseits sachliche Berichterstattung mit gleichzeitigem Hinweis auf Anlaufstellen für Menschen in suizidalen Krisen maßgeblich zur Enttabuisierung beiträgt.
- in den **Curricula der Ausbildungsstätten** für psychosoziale und Gesundheitsberufe die Thematik „Umgang mit Suizidgefahr“ etabliert und ständig auf neue Brennpunkte (Beispiel Internet-Suizidforen, die Ausweitung der „Sterbehilfe“-Propaganda auch auf psychisch Kranke u. ä.) ausgerichtet werden.
- am 10. September, der von der WHO ausgerufene **Welt-Suizid- Präventionstag**, auch bei uns Beachtung finden.

V. Hilfreiche Links / Termine

http://www.suizidforschung.at/statistik_suizide_oesterreich.pdf

Ursachen für den Rückgang der Suizidraten 2010 sieht Dr. Nestor Kapusta unter dem Einfluss vieler Faktoren. Unter anderem dürfte die verbesserte psychosoziale Versorgung, insbesondere die Diagnostik und Behandlung depressiver Erkrankungen, für den Rückgang der Suizidinzidenz verantwortlich sein. Personen mit Symptomen einer Depression oder anderen psychischen Erkrankungen finden ein zunehmend besseres Versorgungsnetz vor. Darüber hinaus wurden Richtlinien zur Medienberichterstattung über Suizid etabliert um Imitationssuizide zu reduzieren (s. u.).

http://www.krebsgesellschaft.de/download/pso_broschuere.pdf

P.Herschbach, J. Weis (Hsg.) / Verlag / Ort / 2008

Broschüre über Screeningverfahren der Psychoonkologie

<http://www.suizidpraevention.at/pdf/suizidpraeventionsplan.pdf>

Univ.-Prof. Dr. Gernot Sonneck, Dr. Thomas Niederkrotenthale, Institut für Medizinische Psychologie, Zentrum für Public Health, Medizinische Universität Wien; Ludwig Boltzmann Institut für Sozialpsychiatrie

<http://www.suizidpraevention.at>

Österreichische Gesellschaft für Suizidprävention

<http://www.jugend.ktn.gv.at/de-1062-fileDownload.pdf>

Broschüre zum Jugend-Suizid, Bundesministerium für Gesundheit Familie und Jugend

http://www.kriseninterventionszentrum.at/dokumente/pdf3_Leitfaden_Medien.pdf

Leitfaden zur Berichterstattung über Suizid, Kriseninterventionszentrum Wien

<http://www.suizidprophylaxe.de/>

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention

Herbsttagung 2011 zum Thema „Wie sprechen wir über Suizidalität?“

Gesprächsführung und die Rolle der Beziehung in der Suizidprävention.

Termin: Fr, 7. – So, 9. Oktober 2011

Ort: Rathaus Stuttgart, Marktplatz 1, 70173 Stuttgart, Deutschland