



Vorarlberger Suizidbericht 2013

Verfassende

Prim. Dr. Albert Lingg

Prim. Prof. Dr. Reinhard Haller

MMag. Dr. Isabel Bitriol-Dittrich

Bregenz, September 2014

Suizidbericht

aks gesundheit GmbH
Rheinstraße 61
6900 Bregenz
T 055 74 / 202 - 0
F 055 74 / 202 - 9
gesundheit@aks.or.at
www.aks.or.at

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	1
Internationale und nationale Suizidsituation	2
Vorarlberger Suizidzahlen	4
Absolute Zahlen	4
Suizidraten	5
Geschlechtsverteilung	7
Altersverteilung.....	8
Suizide und Verkehrstote	11
Weitere Zahlen	12
Schwerpunkt: Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen.....	13
Ausblick	18
Wichtige Links	20

Einleitung

Der jährliche Vorarlberger Suizidbericht, der nun bereits zum 26. Mal vorgelegt wird, soll einerseits Zahlen zu einer der bedrückendsten, in der öffentlichen Diskussion oft wenig diskutierten Todesarten liefern, andererseits durch Befassung mit einem Schwerpunktthema das Bewusstsein der Öffentlichkeit schärfen und Anregungen für präventive Maßnahmen geben. Das Zahlenmaterial stammt Großteils aus dem Suizidregister der aks gesundheit GmbH, welches 1988 eingerichtet wurde und nach wie vor ein in Österreich einzigartiges Erhebungs- und Dokumentationsinstrument darstellt. Die Zahlen für das gesamte Bundesgebiet basieren auf den Ergebnissen der Statistik Austria und des österreichischen Suizidberichtes.

Die Darstellung des Suizidproblems durch nüchterne Fakten verkennt keinesfalls das Schicksal, welches für Betroffene und ihre Angehörigen hinter den Suizidtragödien steht. Gerade die Betreuung der Hinterbliebenen, welche oft mit Scham- und Schuldgefühlen, mit verlängerten Trauerreaktionen und Depressionen zu kämpfen haben, war den Autoren immer ein besonderes Anliegen. Der sachliche Jahresbericht soll aber nicht nur Polemisierung und Tabuisierung entgegen wirken, das öffentliche Interesse am Thema Suizidverhinderung wach halten und auf mögliche negative Entwicklungen aufmerksam machen, sondern auch Hilfsmöglichkeiten für alle Involvierten und neue Formen der Primär- und Sekundärprävention aufzeigen.

Hinter jedem vollendeten Suizid, welcher lediglich die Spitze eines aus tiefer Verzweiflung, psychischen Problemen, seelischen Krankheiten, sozialen Belastungen oder Vereinsamung bestehenden Eisberges darstellt, stehen individuelle Schicksale und menschliche Dramen. Fast jeder Suizidversuch ist ein Appell und Hilfeschrei eines in innere Not geratene Menschen, der keinen Ausweg mehr sieht und um Verständnis und Zuwendung schreit. Bei den sogenannten Bilanzselbstmorden scheint die Entscheidung wohl überlegt, wird aber oft in depressiver Verkennung der als hoffnungslos erlebten Situation gefällt. Der Suizidbericht will trotz seiner zwangsläufigen Orientierung auf statistische Daten das Interesse vor allem auf diese Hintergründe richten und zum Kampf gegen eine der größten menschlichen Tragödien, den nur scheinbar freien Tod durch eigene Hand, motivieren.

Internationale und nationale Suizidsituation

Die Analyse der internationalen Suizidzahlen zeigt ein divergierendes Bild zwischen der westeuropäischen und der weltweiten Entwicklung. Während die Suizide besonders in den mitteleuropäischen Ländern seit Jahren zurückgehen und z. B. in Deutschland von 18.711 Fällen im Jahr 1982 auf 9.890 im Jahr 2012 (also innerhalb von 30 Jahren fast um die Hälfte) gesunken sind, wird von der WHO über einen ständigen Anstieg in den meisten Staaten berichtet. Dabei ist allerdings zu bedenken, dass die Erfassung der Suizide sehr unterschiedlich ist, die Suiziddefinitionen nicht einheitlich gehandhabt werden und regionale Besonderheiten oder aktuelle Krisen eine wichtige Rolle spielen können. So ist es in Japan, wo die Selbsttötung oft als „Ehrenrettung“ verstanden wird, nach der Banken- und Finanzkrise 2008 zu einem massiven Anstieg von Managersuiziden gekommen und so hat die Wirtschaftskrise der südosteuropäischen Länder dort zu zahlreichen Bilanz- und Verzweiflungssuiziden geführt.

Einen weltweiten Anstieg der Suizide seit den 1980er Jahren belegen aktuelle Publikationen in der britischen Wissenschaftszeitschrift „The Lancet“. In manchen Ländern, etwa Brasilien, Singapur und Litauen, ist vor allem eine deutliche Zunahme unter jungen Männern festzustellen. Bei weiblichen Jugendlichen gilt Suizid heute weltweit als häufigste Todesursache, bei männlichen stehen Suizid hinter Verkehrsunfällen und Gewaltverbrechen an dritter Stelle. In Indien soll Selbstmord demnächst bei jungen Erwachsenen zur Todesursache Nummer 1 werden, die höchste Rate gibt es dort bei jungen, weiblichen und gebildeten Bevölkerungsgruppen.

Nach einer Untersuchung der WHO weist Litauen mit 34,1 Suiziden pro 100.000 Einwohnern pro Jahr weltweit die höchste Rate auf, gefolgt von Südkorea mit 31,0 (39,9 und 22,1) und Russland mit 30,1. Es folgen Weißrussland (28,4), Kasachstan (25,6), Ungarn (24,6), Lettland (24,5) und Japan (24,4). Die Schweiz liegt mit 17,5 an 18. Stelle, Österreich mit 15,3 an 23., Deutschland mit 12,3 an 36. Stelle. China ist das einzige Land, indem die Suizidrate bei Frauen mit 14,8 höher liegt als bei Männern mit 13,0.

Die Forschung ist sich aber einig, dass die Zahl der Suizide generell unterschätzt wird. Als gesichert kann gelten, dass sich alle 30 Sekunden ein Mensch selbst tötet und 5 Prozent der Menschen im Lauf ihres Lebens mindestens einen ernsthaften Suizidversuch unternehmen. Etwa 1,1 Prozent aller Todesfälle (1,8 Prozent bei den Männern und 0,6 Prozent bei den Frauen) sind Suizide. Fast jeder 50igste Todesfall eines Mannes ist ein Suizid.

Durch den sogenannten Freitod sterben weit mehr Menschen als im Straßenverkehr und erheblich mehr als durch Kriege oder Morde. Nach einer weiteren Schätzung der WHO gibt es weltweit etwa 1 Million Suizide pro Jahr und 10 bis 20 Millionen Suizidversuche.

Der mittel- und westeuropäische Trend der fallenden Suizidzahlen ist auch in Österreich zu beobachten. Mit einer Suizidrate von etwa 15 liegt unser Land nicht mehr auf einer europäischen Spitzenposition. Sie ist zwar noch um vieles schlechter als jene der traditionell suizidarmen Mittelmeerstaaten Zypern, Griechenland, Italien und Malta (durchwegs unter 5), aber um vieles besser als der ehemaligen Ostblockländern Litauen, Ungarn und Slowenien mit weit über 20.

Laut Jahresbericht der "Suizidforschung Austria" sind hierzulande drei besondere Risikogruppen festzustellen: Männer, die Schusswaffen verwenden, Frauen, die sich mit Medikamenten selbst vergiften und die Gruppe alter Menschen beiderlei Geschlechts, die sich durch "Hinabstürzen" suizidieren. Als am höchsten gefährdete Gruppe wurden alte Männer identifiziert, deren Suizidrisiko zehnmal höher liegt als jenes der Durchschnittsbevölkerung. Hingegen ist die Suizidrate bei Kindern und Jugendlichen rückläufig, so dass in den letzten Jahren in dieser Altersgruppe die günstigsten Werte seit einem halben Jahrhundert erreicht worden sind.

Die Verschärfung des Waffengesetzes im Jahr 1997 hat neben positiven Effekten auf Waffenunfälle und -morde auch zu einem eindeutigen Rückgang der Suizide durch Schusswaffen geführt.

Die insgesamt positive Entwicklung bei den Suizidzahlen wird mit Verbesserungen der psychosozialen Versorgung sowie der frühen Diagnostik und Therapie depressiver Erkrankungen begründet. Die erheblichen regionalen Unterschiede in der Suizidhäufigkeit lasse sich nicht nur durch die Unterschiede in der medizinisch – psychotherapeutischen Versorgung, sondern durch regionale sozioökonomische Faktoren wie Arbeitslosigkeit und mittleres pro Kopf-Einkommen erklären, welche einen erheblichen Einfluss auf die Suizidraten der einzelnen Regionen haben.

Die dennoch bestehende Größe des Suizidproblems zeigt sich in einem eindrucksvollen Vergleich: In unserem von kriegerischen Auseinandersetzungen und Bandenkriminalität verschonten Land sterben durch Suizid mehr Menschen als durch Verkehrsunfälle, Mord und Totschlag sowie illegale Drogen und AIDS zusammen.

Vorarlberger Suizidzahlen

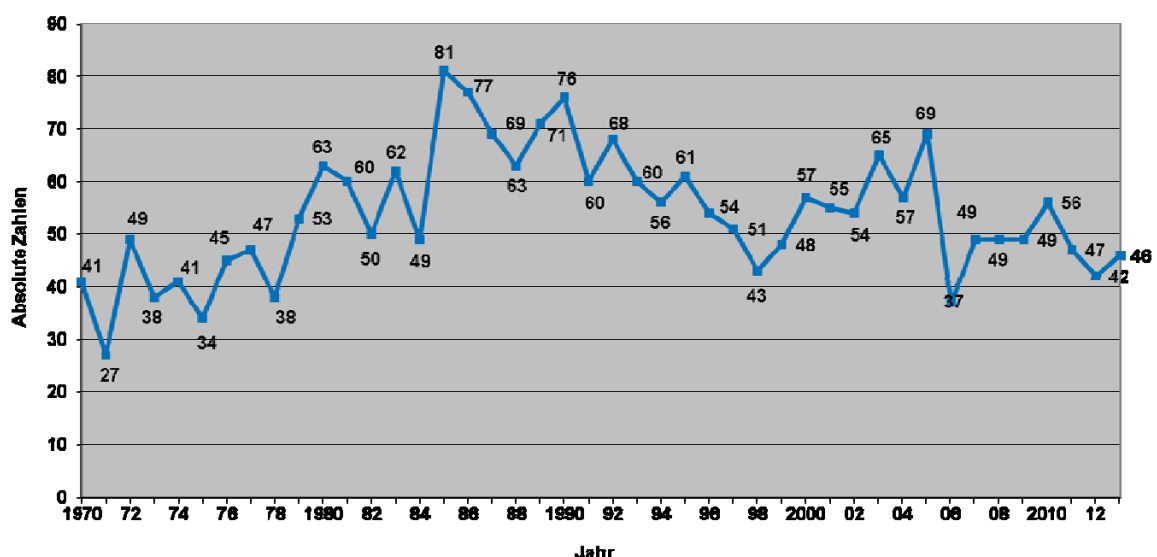
Absolute Zahlen

Die Vorarlberger Zahlen für das Jahr 2013 sind sehr aussagekräftig, da eine lückenlose Erfassung gelungen ist und zwischen den Ergebnissen der Statistik Austria und des aks gesundheits - Registers eine 100%ige Übereinstimmung besteht.

In Vorarlberg haben sich im Jahr 2013 insgesamt 46 Personen suizidiert. Damit ist die absolute Zahl im Vergleich zum Vorjahr zwar um vier Fälle angestiegen und hat das Niveau des Jahres 2011 (47 Fälle) erreicht, liegt aber im zeitlichen als auch im österreichweiten Vergleich deutlich unter dem Durchschnitt.

Aus den bis ins Jahr 1970 zurückreichenden Jahresziffern wird ersichtlich, dass sich die Zahl der Suizide in den letzten drei Jahren in unserem Bundesland bei 40 bis 50 Fällen eingependelt hat. Im Vergleich dazu hat es Mitte der 1980er Jahre einen Gipfel mit 60 bis über 80 Fällen mit dem Höhepunkt von 81 Suizidtoten im Jahr 1985 gegeben. Dabei ist zu bedenken, dass Vorarlberg im Jahr mit den höchsten Suizidtoten (1985) erst gut 300.000 Einwohner zählte, während 2013 hier bereits fast 380.000 Personen ständig gelebt haben. Der sich hier spiegelnde wellenförmige Verlauf der Suizidbewegungen, welcher auch in den internationalen Suizidstatistiken zum Ausdruck kommt, brachte weitere Phasen mit hohen Werten zu Beginn der 1990er Jahre sowie in den Jahren 2003 bis 2005. Vorarlberg folgt der in Deutschland und in der Schweiz langjährig zu beobachtenden Entwicklung insgesamt am deutlichsten innerhalb der österreichischen Bundesländer.

Abb. 1 **Absolute Suizidzahlen für Vorarlberg 1970-2013**
(Quelle: Statistik Austria)

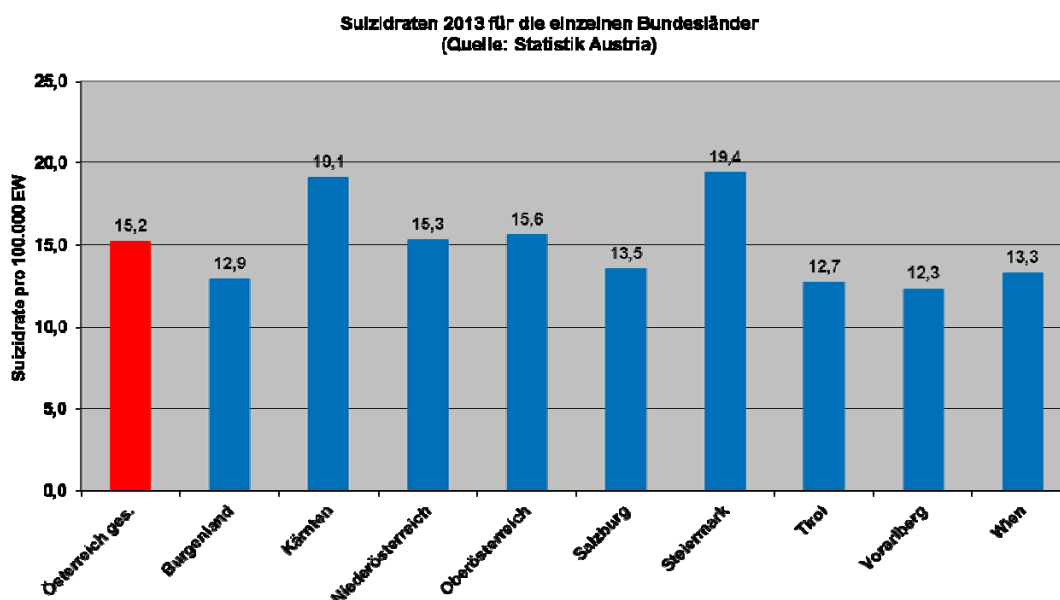


Suizidraten

Stärkere statistische Aussagekraft als die absoluten Zahlen haben die sogenannten Suizidraten, worunter die Zahl der Suizidtoten pro 100.000 Einwohner pro Jahr verstanden wird.

Diese ergibt für Vorarlberg im Jahr 2013 einen Wert von 12,3, der sich im nationalen und internationalen Vergleich recht günstig darstellt. Das von der WHO vor Jahren formulierte Ziel der Senkung der Suizidraten auf unter 15 wurde jedenfalls klar erreicht.

Abb. 2



Österreichweit starben im Jahr 2013 15,2 von 100.000 Personen durch Suizid. Damit liegt die Suizidziffer knapp über der bereits erwähnten WHO Grenze von 15,0. In Vorarlberg waren die Verhältnisse mit 12,3 Suizidtoten pro 100.000 Einwohner deutlich günstiger. Damit wurde innerhalb der neun Bundesländer, wenn auch mit knappem Abstand und ohne statistisch signifikanten Unterschied zu den 2. und 3. gereihten, der beste Wert erreicht. An zweiter Stelle folgt Tirol mit einer Suizidziffer von 12,7 vor Burgenland mit 12,9. Die höchste Zahl an Suizidopfern war in Kärnten mit 19,1 pro 100.000 Einwohner und in Steiermark mit 19,4 zu beklagen. Die Bundeshauptstadt Wien weist mit einer Suizidziffer von 13,3 im Vergleich mit anderen Großstädten einen recht guten Wert auf.

Trotz der Vorarlberger Spitzenposition hat sich der Wert gegenüber 2012 etwas verschlechtert. Schon damals hat Vorarlberg die beste Position vor dem Burgenland eingenommen.

Suizidraten 2012 und 2013 für die einzelnen Bundesländer		
Bundesländer	Suizidraten 2012	Suizidraten 2013
Österreich ges.	15,1	15,2
Burgenland	11,5	12,9
Kärnten	17,4	19,1
Niederösterreich	16,1	15,3
Oberösterreich	13,9	15,6
Salzburg	19,6	13,5
Steiermark	19,3	19,4
Tirol	14,4	12,7
Vorarlberg	11,3	12,3
Wien	11,7	13,3

pro 100.000 EW

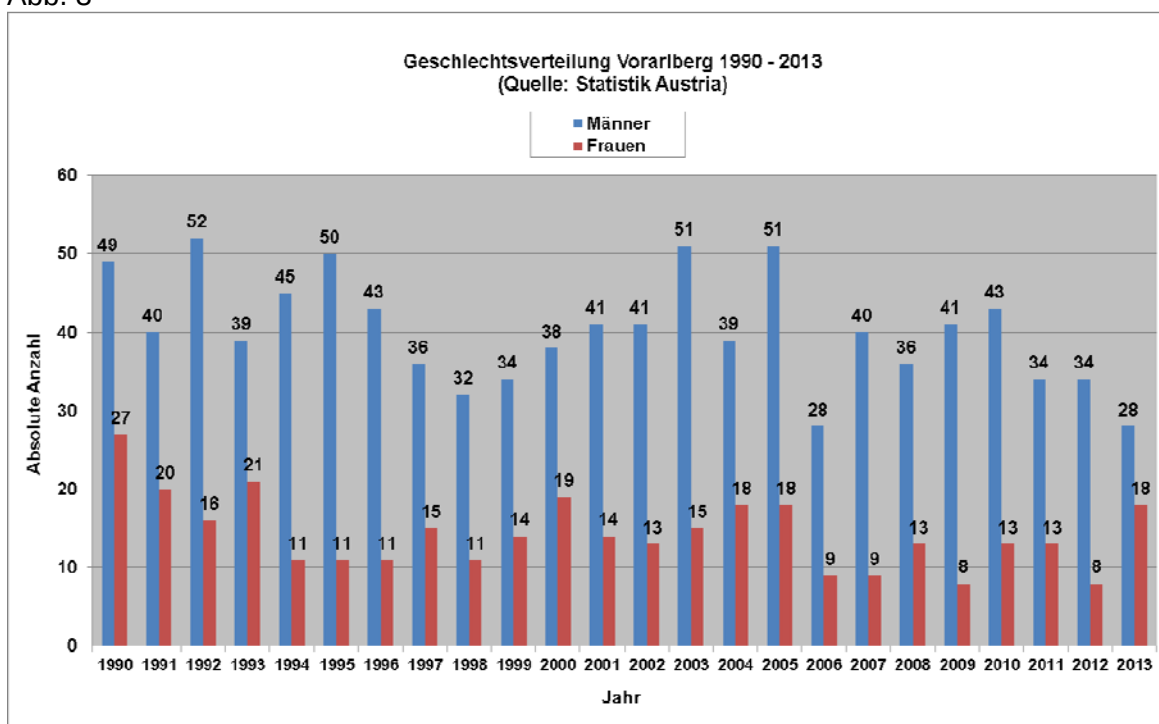
pro 100.000 EW

Quelle: Statistik Austria

Geschlechtsverteilung

Das auffallendste Ergebnis der Vorarlberger Suiziddaten für das Jahr 2013 ist die enorme Verschiebung zu (Un)Gunsten des weiblichen Geschlechtes. Während die Relation männliche zu weiblichen Suizidtoten über Jahre hinweg stets bei 3 bis 4 : 1 gelegen war, liegt dieses Verhältnis 2013 bei 1,5 : 1, d. h. 40 % der Suizidopfer waren bereits Frauen.

Abb. 3

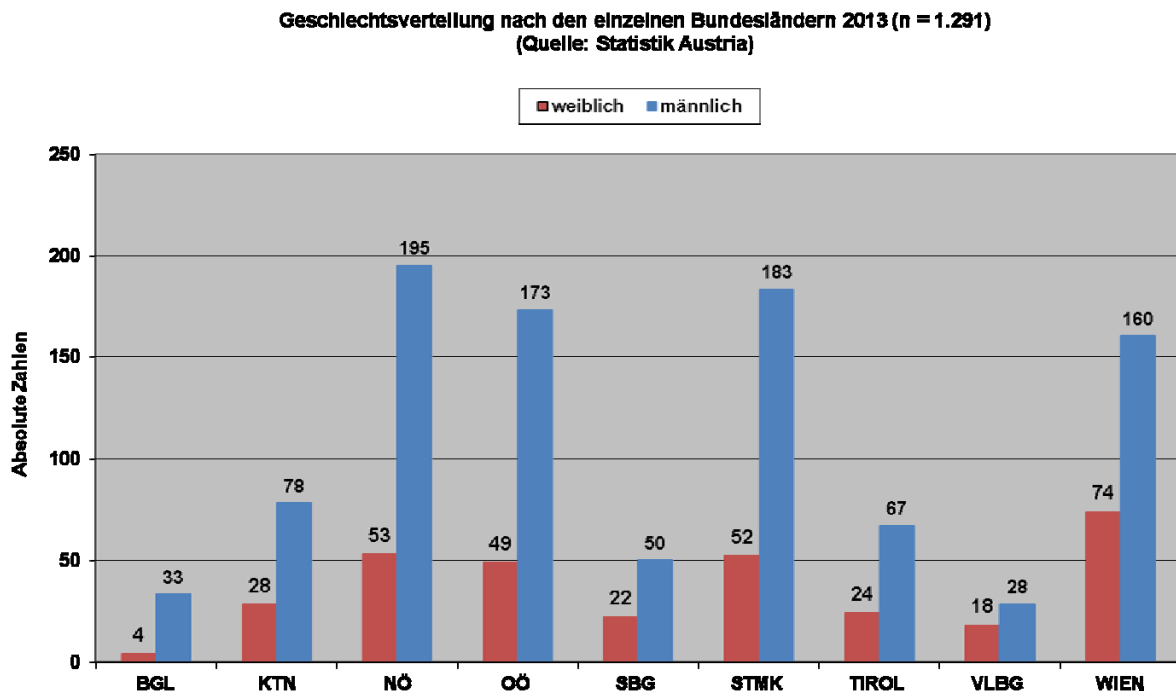


Diese auch österreichweit einzigartige Entwicklung ist schwer zu klären, lässt aber mehrere Interpretationen zu:

Es könnte sich um einen statistischen „Ausreißer“ - also einen Zufall - handeln, der in den nächsten Jahren wieder korrigiert sein müsste. Hypothetische Möglichkeiten liegen im Zusammenhang mit der hohen Scheidungsrate, der Mehrfachbelastung von Frauen, der auch in negativen Entwicklungen fortschreitenden Emanzipation und dem immer größer werdenden Anteil an Frauen, welche das Suizid-Hauptrisikoalter jenseits des 70igsten Lebensjahres erreichen.

Frauen, deren Lebenserwartung auf ca. 83 Jahre gestiegen ist, sind in dieser suizidgefährdeten Gruppe deutlich überrepräsentiert. Allerdings ist keiner dieser Erklärungsansätze wirklich befriedigend und man kann aus einem einzigen Jahresergebnis keinesfalls folgern, dass in unserem Bundesland „chinesische Verhältnisse“ eingetreten sind.

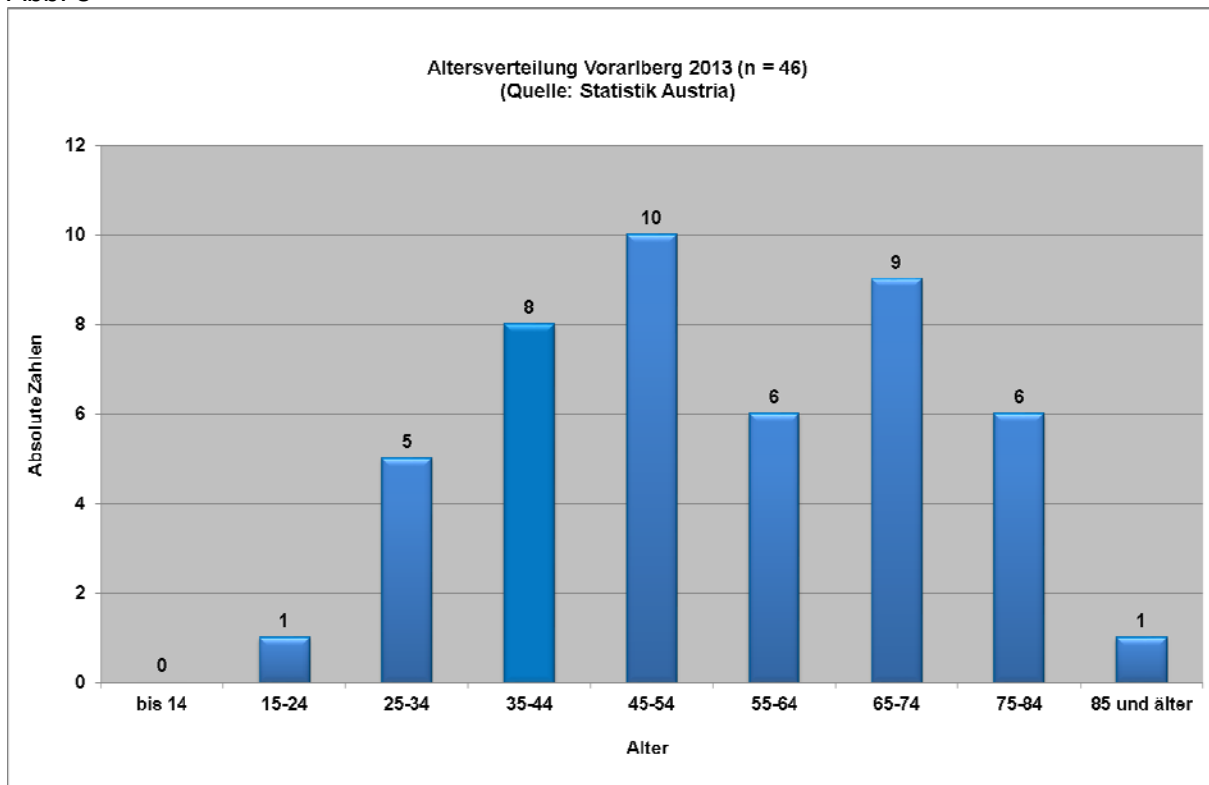
Abb. 4



Altersverteilung

Ausgehend von den absoluten Zahlen ereignen sich die meisten Suizidfälle in der Gruppe der 35 bis 55-jährigen und dann wieder bei Personen ab dem 65. Lebensjahr. Diese beiden Gipfel zeigen eine bemerkenswerte Parallelität mit jenem der depressiven Erkrankungen und der psychischen Altersprobleme. Depressionen, welche Hauptrisikogruppe für suizidales Verhalten sind und im Übrigen bis zum Jahr 2050 die wichtigste und häufigste menschliche Erkrankung überhaupt darstellen werden, erreichen im Alter von 40 bis 50 Jahren ihren Höhepunkt. Dazu kommen in dieser Lebensphase private und berufliche Probleme. Partnerschaftliche Auseinandersetzungen, familiäre Konflikte, wirtschaftliche Belastungen und berufliche Schwierigkeiten wirken sich in dieser Zeit besonders folgeschwer aus. Dadurch ist wohl erklärbar, dass gerade 40 bis 45-jährige Männer und depressive Frauen in dieser Altersgruppe gleichsam den „Prototyp des Suizidanten“ darstellen.

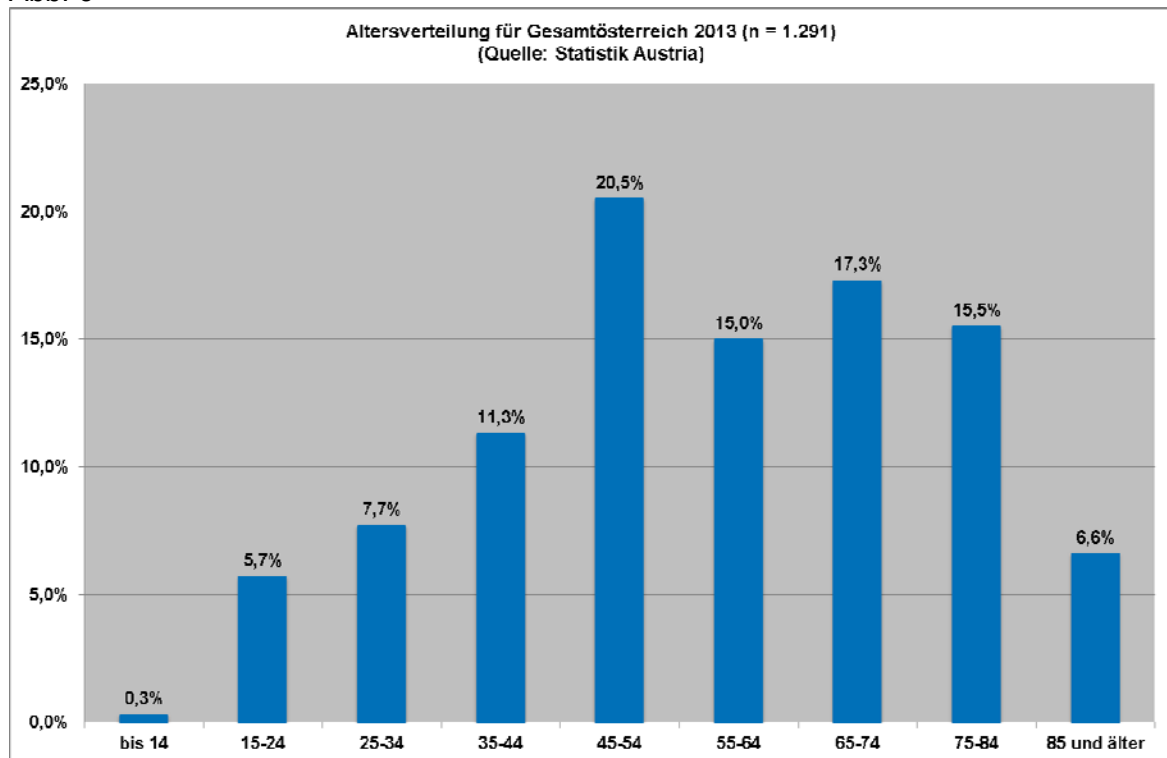
Abb. 5



Obwohl Suizidalität als Gesamtphänomen (= Suizidversuche bzw. parasuizidale Handlungen und vollendete Suizide zusammen) eine Domäne der jungen Menschen ist, ist der Suizidtod bei der Gruppe der unter 14-jährigen ein seltenes Ereignis. In Vorarlberg war in der Gruppe der unter 14-jährigen im Jahr 2013 kein Fall zu vermerken, in jener der Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist ein Opfer zu beklagen. Dies darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass sich junge Menschen sehr häufig mit Suizidgedanken tragen und sehr oft Suizidversuche verüben, welche in vielen Fällen durch die bei Jugendlichen oft fehlende letzte Entschlossenheit und den zum Teil experimentierenden und appellativen Charakter der Suizidhandlungen nicht tödlich enden.

Die recht günstige Situation der Alterssuizide in Vorarlberg, die auch 2013 gegeben war, kann im Vergleich mit anderen Bundesländern gesehen werden.

Abb. 6



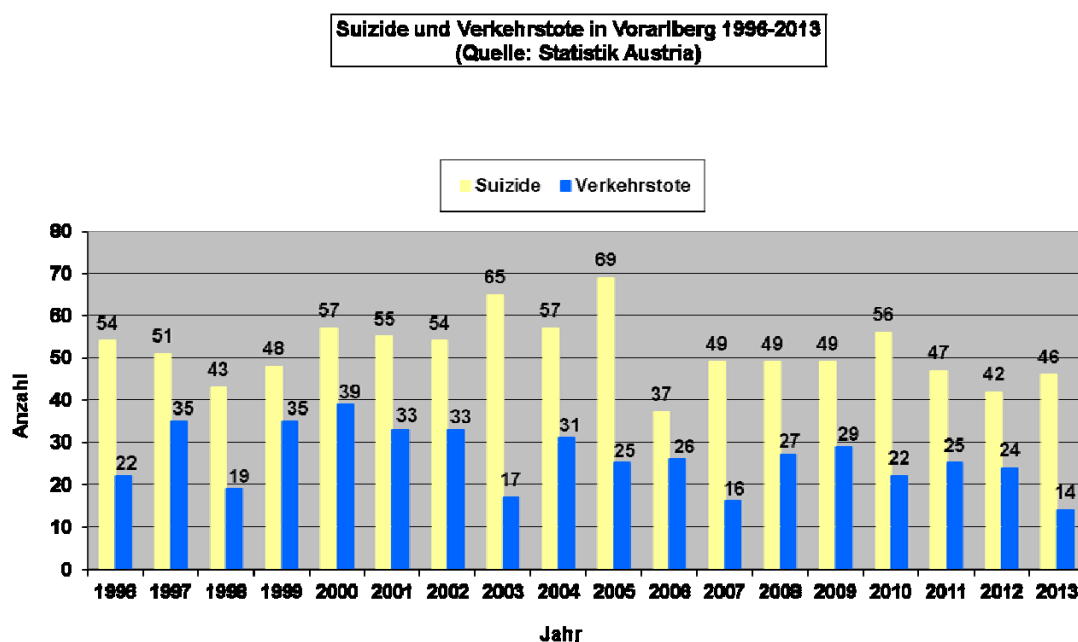
Die absoluten Zahlen dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass das Alter die Risikophase Nummer 1 für vollendete Selbsttötungen ist, ganz im Gegensatz zu den Suizidversuchen, die sich als Domäne der Jugend darstellt: „Je älter, desto entschlossener wird der Suizidplan durchgezogen“. Faktoren wie Vereinsamung, Verlust an Lebensqualität, mangelnde Zukunftsperspektiven, Überhandnehmen von körperlichen Erkrankungen, aber auch Altersdepressivität und beginnender Leistungsnachlass des Gehirns spielen hier eine bedeutende Rolle. Wenn in Vorarlberg „nur“ 15,2 Prozent der Fälle auf die über 75-jährigen fallen und somit signifikant unter dem österreichischen Wert von 22,1 Prozent liegen, hat dies sicher mit den noch besser erhaltenen familiären Strukturen, der gut ausgebauten Pflege zu Hause und dem Geborgenheit vermittelnden Charakter der relativ kleinen Pflegeinstitutionen zu tun.

Suizide und Verkehrstote

Die Zahl der Suizide wird, auch in internationalen Analysen, immer wieder mit jener der Verkehrstoten verglichen. Die Gegenüberstellung ist deshalb so eindrucksvoll, weil es sich um zwei große Gruppen von Todesursachen handelt, die durch „man made disaster“ zu Stande kommen und als verhinderbar gelten. Zudem stellt sich bei diesen im öffentlichen Bewusstsein so unterschiedlich verankerten Todesarten die Frage der Präventionsmöglichkeiten, die ja im Straßenverkehr sehr erfolgreich sind.

In Vorarlberg sterben schon seit Beginn der Aufzeichnungen mehr Menschen durch Suizid als im Straßenverkehr. Die Verkehrstoten gehen seit den 1970er Jahren kontinuierlich zurück und haben im Jahr 2013 mit 14 Fällen einen Tiefpunkt erreicht. Bei den Suizidzahlen ist die Entwicklung trotz der genannten Stabilisierung nicht so positiv, weshalb überlegt werden sollte, welche Präventionsmaßnahmen sich im Verkehr bewährt haben und welche möglicherweise in adaptierter Form auch in der Suizidprophylaxe eingesetzt werden könnten.

Abb. 7



Nach wie vor stehen wir vor der Situation und das wird durch die jeweiligen Zahlen aus dem Jahr 2013 erneut in beeindruckender Weise belegt, dass der um vieles mehr verschwiegene und tabuisierte Suizid mehr als die doppelte Anzahl an Menschenleben (im Jahr 2013 waren es 3,3 Mal so viel) fordert wie der Straßenverkehr.

Weitere Zahlen

Eine einzelne Jahresbilanz lässt in einem kleinen Bundesland keine statistisch verlässlichen Aussagen zu verschiedenen, ebenfalls erhobenen Subgruppen zu. Im Suizidbericht 2012 wurden deshalb die Zahlen von 25 Jahren zu sozialen Daten, Suizidmethoden, psychischen Erkrankungen und letzten Kontakten zusammengefasst. Der grobe (statistisch nicht abgesicherte) Vergleich der Jahreszahlen 2013 zeigt keine einschneidenden Veränderungen: Nur zirka 40 Prozent der Suizidopfer haben in festen partnerschaftlichen Verbindungen gelebt, etwa 35 Prozent waren ledig und über 20 Prozent geschieden. Circa 25 Prozent waren ohne Arbeit, der Anteil von gut ausgebildeten Fachkräften, Handwerkern und Freiberuflern ist niedrig.

Psychische Erkrankungen waren in knapp 50 Prozent zu beobachten, mehr bei Frauen als bei Männern. Dabei dominieren depressive Störungen, welche mit den Gefühlen der Verzweiflung, der Aussichts- und Hoffnungslosigkeit verbunden sind und in 15 Prozent tödlich enden. Bei Männern kommt es eher in Krisensituationen zu suizidalen Reaktionen, so dass deren Suizide eher als bei Frauen als Kurzschlusshandlungen zu verstehen sind.

Unter den Suizidmethoden dominiert mit Abstand die Strangulation, gefolgt von Sturz vor Zug oder Auto, von Erschießen und Sprung in die Tiefe. Die auch im Jahr 2013 in nur einzelnen Fällen tödlich endenden Medikamentenüberdosierungen sprechen für hervorragend funktionierende Notfall- und Intensivversorgungen.

Schwerpunkt: Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen

Das jedes Jahr im Vorarlberger Suizidbericht abgehandelte Schwerpunktkapitel befasst sich diesmal mit dem Thema „Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen“. Obwohl im Berichtsjahr 2013 in unserem Bundesland kein Suizid-Todesfall bei unter 18-jährigen zu verzeichnen war, handelt es sich um eine besonders wichtige Problematik. Suizide von jungen Menschen gehören zu den tragischsten Lebensereignissen überhaupt, sie rufen mehr Betroffenheit und Entsetzen als andere Todesfälle hervor und sind für Angehörige und Mitmenschen eine der größten vorstellbaren Belastungen überhaupt.

Wenngleich durchgeführte Suizidhandlungen bei uns glücklicherweise seltene Ereignisse sind, spielt das Thema Suizidalität im Kindes- und Jugendalter eine ausnehmend wichtige Rolle. Nach verschiedenen Untersuchungen stellt Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen neben Alkohol- und Drogenmissbrauch das größte Gesundheitsrisiko dar. 57 Prozent der Schüler gaben in einer repräsentativen Studie an, schon einmal Todeswünsche verspürt zu haben. Bis zu 30 Prozent der jungen Menschen werden als leicht bis schwer depressiv und damit suizidgefährdet klassifiziert.

In Europa sind pro Jahr in der Altersgruppe der 10 bis 24-jährigen 13.500 vollzogene Suizide bzw. absolut ernstgemeinte Suizidversuche zu verzeichnen. In Österreich sind laut Suizidstatistik jährlich etwa 30 bis 40 Suizide bei jungen Menschen zu beklagen, womit vollendete Suizide zur häufigsten Todesursache bei den 10 bis 14-jährigen und zur zweithäufigsten bei den 15 bis 19-jährigen aufgestiegen sind.

Folgende Punkte sind für suizidales Verhalten im Kindes- und Jugendalter von Relevanz

(Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie: Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter, Deutscher Ärzteverlag, 3. überarbeitete Auflage 2007).

- » Unter dem Alter von 12 Jahren sind Suizidversuche und vor allem Suizide sehr selten, wohingegen Unfälle bei Kindern, die sich ungewollt verletzen, recht häufig sind und ähnlich imponieren wie suizidale Handlungen.
- » Die interaktive und appellative Funktion des suizidalen Verhaltens führt zu Empathie, Trauer oder Ärger im psychosozialen Umfeld, kann aber auch imitatives Verhalten induzieren („Werther-Effekt“).

- » Chronische familiäre Kommunikationsstörungen sind unspezifische, aber wichtige Belastungsfaktoren für erhöhte Suizidalität.
- » Eine besondere Risikogruppe sind die Kinder von depressiven Eltern. Unter jenen finden sich gehäuft depressive und suizidale Symptome.
- » Begünstigend und für die Auswahl oft bestimmend ist die Verfügbarkeit von Mitteln und Methoden, die zu Suizidversuchen und Suiziden verwendet werden (z. B. Schusswaffen, Bahnlinien).
- » Von zunehmender, noch nicht abschätzbarer Bedeutung für die „Szene“ wird das Internet unter dem Stichwort „Cyber-Suizid“. In speziellen Chat-Rooms nehmen suizidgefährdete (Suizidinteressierte?) Jugendliche anonym Kontakt miteinander auf. Dabei kann Suizidalität ausagiert und reduziert, aber auch angestachelt und aufrechterhalten werden.
- » Wie bei vielen anderen Störungen ist oft nicht allein das Ausmaß einer psychosozialen Belastung ausschlaggebend, sondern das Zusammentreffen mit mangelnden individuellen Verarbeitungs- und Problemlösungsfähigkeiten und mit der ungenügenden Nutzung familiärer Ressourcen
- » Eine zentrale Rolle, auch hinsichtlich Präventionsmöglichkeiten, kommt der Schule zu.

Fast jedem Suizid gehen auch bei jungen Menschen **Signale** voraus, welche gerade bei Kindern und pubertierenden Jugendlichen oft nicht leicht zu erkennen sind. Alarmzeichen sind Verhaltensänderungen, Rückzug, Verschlussenheit, Kränkungsreaktionen und Selbstwertzweifel.

Als **typische Alarmzeichen** gelten folgende auffällige Verhaltensweisen:

Weglaufen (um gesucht zu werden), Schwänzen (als milde Form des Weglaufens), selbstzugefügte Verletzungen, Rückzug, Veränderungen der Essgewohnheit, Grenzüberschreitungen, überforciertes philosophisches Interesse, äußere Veränderungen (Vernachlässigung, starke Gewichtsab- oder zunahme, schriftliche Äußerungen, Abschiedsbrief), symbolische Handlungen (Sammeln von Todesanzeigen).

Zeichen von Kindern und Jugendlichen in Not bzw. mit Suizidalität

Endogen, handlungsunabhängige Zeichen:

- » Freudlosigkeit
- » Tiefe Traurigkeit / Verzweiflung
- » Selbstentwertung
- » Schlaflosigkeit
- » Konzentrationsstörungen
- » Psychosomatische Beschwerden

Extravertiert, reaktive Zeichen:

- » Rückzug und Energieverlust
- » Plötzliche Leistungseinbruch/Leistungsverweigerung in der Schule
- » Schulschwänzen
- » Von Daheim weglaufen (stärkstes Zeichen – Parasuizid)
- » Abwendung von Eltern, Freunden
- » Fehlende Gesprächsbereitschaft mit Lehrern, Betreuer (Vereine), Freunden
- » Verlust des Interesses an Familiendingen, Bücher, Hobbies, Freundschaften
- » Äußerlich sichtbare Verwahrlosung

Appellative Zeichen

- » Gedichte, Zeichnungen, Briefe, die sich mit dem Tod / Verabschiedung beschäftigen
- » Verschenken persönlicher Gegenstände
- » Aussagen oft zu Freunden / Schulkolleginnen bzw. -kollegen wie
 - ... „Alles ist sinnlos“
 - ... „Bald werde ich viel Zeit haben“
 - ... „Ich mach Schluss“

Bei suizidalen Entwicklungen junger Menschen muss unterschieden werden zwischen Ursache (z. B. Prädisposition, Minderwertigkeitsgefühle), Motiv (z. B. Mobbing, Schulversagen) und Auslöser, welche oft als Bagatelle erscheinen (z. B. ein Streit). Für den Suizid liegt immer eine länger bestehende Ursache vor, welche sich dann bei einem (meist schulischen) Anlass entlädt, der von außen gesehen nicht extrem sein kann. Kinder und Jugendliche, welche einen Suizid begehen wollen nicht sterben, sie können nur so nicht mehr leben.

Für die Entwicklung suizidalen Verhaltens sind diverse Störungen und Verhaltensweisen bekannt. Der Suizid an sich ist keine psychische Erkrankung, er ist ein Symptom. Depressionen sind nicht zwingend mit Suizidalität verbunden, stellen aber ebenso wie Alkohol- und Drogenmissbrauch ein hohes Risiko dar.

Risikogruppen:

- » Alkohol und Drogenabusus
- » Psychische Erkrankungen
- » Broken-home oder mangelnde Anerkennung bzw. zu hoher Leistungsdruck in der Familie
- » Kontinuierliche daily hassels
- » Verlust eines Familienangehörigen oder Freundes durch Suizid
- » Früherer Suizidversuch

Neben emotionalen, neurotischen und Belastungsstörungen sind Entwicklungsschwierigkeiten, Versagensängste und Überforderung in Zusammenhang mit der Schule sowie Liebeskummer als Hauptursachen depressiver Entwicklungen und suizidalen Verhaltens zu betrachten. Die Suizidintervention bei Kindern und Jugendlichen muss deshalb den Grundsätzen folgen, Risikopersonen und -situationen zu identifiziert und früh zu erkenne und die Interventionen auf schnelle Hilfe und Behandlung der Basisstörungen bzw. -probleme zu zentrieren.

Wichtige Präventionsprogramme sind Lehrerinnen- und Lehrerschulungen zur Identifikation gefährdeter Schülerinnen und Schüler (QPR Training), Schülerinnen- und Schülertraining zur Stärkung der Selbstachtsamkeit (Awareness), Aufklärung der Schülerinnen und Schüler durch Poster und Visitenkarten (als Minimal-Intervention), professionelles Screening gefährdeter Schülerinnen und Schüler durch Ärztinnen und Ärzte oder Psychologinnen und Psychologen und Weitervermittlung belasteter Jugendliche an psychologische Beratungsstellen oder niedergelassene Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten.

Als beispielhaft kann das Projekt „Gesundheitsförderung durch Prävention von riskanten und selbstschädigenden Verhaltensweisen“ der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Heidelberg gelten. Im Ergebnisbericht dieses unter der Bezeichnung SEYLE (= Saving and Empowering Young Lives in Europe) bekannt gewordenen Projektes wurde nachgewiesen, dass die Schülerinnen und Schüler von speziellen Präventionsmaßnahmen im Bereich der psychischen Gesundheit profitieren konnten, vor allem in den Bereichen Depressivität und Suizidalität.

Die Maßnahmen setzten sowohl auf der Schülerinnen- und Schüler- als auch auf der Lehrerinnen- und Lehrerebene an. Im Schülertraining ging es um Sensibilisierung gegenüber eigenen Gefühlen, Problemverhaltensweisen und Schwierigkeiten anderer Mitschülerinnen und Mitschüler sowie um Stärkung der Selbstwirksamkeit.

Dabei wurden die Schülerinnen und Schüler in drei Tageseinheiten in folgende Themen eingeführt: Bewusstsein für seelische Gesundheit, Hilfe zur Selbsthilfe, Stress und Krise, Depression und Selbstmordgedanken, Mobbing, Freundinnen und Freunden helfen sowie Informationen, wo und wie man professionelle Hilfe erfährt. Das parallel durchgeführte Lehrerinnen- und Lehrertraining QPR (Question, Persuade, Refer) vermittelt Kenntnisse und Fertigkeiten zur Identifikation und Weitervermittlung gefährdeter Schülerinnen und Schüler.

Nach einem Jahr zeigten rund 25 Prozent der Jugendlichen eine geringere Suizidalität und eine Verbesserung der psychischen Verfassung auf. Damit erwiesen sich die Maßnahmen in der direkten Suizidprävention wirksamer als jene in den Bereichen Risikoverhalten und Substanzmissbrauch. Präventionsmaßnahmen müssen Geschlechter angepasst sein.

Eine besonders schwierige Aufgabe im Fall eines Suizides von Kindern oder Jugendlichen liegt im Problem, wie dies den Geschwistern, Freundinnen und Freunden sowie Mitschülerinnen und Mitschülern erklärt werden kann. Erfahrungen mit dem Tod gewinnen Kinder ja meist aus sicherer Distanz, d. h., sie erleben ihn unpersönlich über Fernseh- und Zeitungsberichte. Weil er „draußen in der Welt“ geschieht, ist er wenig beeindruckend. Bei einem Todesfall im unmittelbaren Verwandten- und Bekanntenkreis ist aber das „sichere Nest“ bedroht und die „Illusion der Unversehrtheit“ wird tief erschüttert.

In dieser Situation höchster Verunsicherung konzentrieren sich Kinder unbewusst auf die Reaktion ihrer wichtigsten Bezugspersonen, d. h., der Eltern und älteren Geschwister sowie der Lehrerinnen und Lehrer sowie Pädagoginnen und Pädagogen. Sofern es diesen gelingt, mit der Krisensituation kontrolliert umzugehen, werden auch die Kinder an innerer Sicherheit gewinnen. Sie brauchen in dieser Phase aber besondere Zuwendung, viel Aufmerksamkeit und gemeinsame Zeit. Allerdings soll der gewohnte Tagesablauf nicht zu sehr unterbrochen werden, da dies zu einer weiteren Verunsicherung führen würde.

Von jugendpsychologischer Seite wurden konkrete Vorschläge ausgearbeitet, wie man Kinder auf den (Suizid-)Tod eines nahestehenden Mitmenschen vorbereitet und damit konfrontiert. Vorbildliche Richtlinien zum Thema „Umgang mit Tod und Trauer bei Kindern“ wurden etwa von der Schulpsychologie Tirol heraus gegeben.

Ausblick

Der Kampf gegen den Suizidtod ist eine permanente Aufgabe, die sich so lange stellen wird, wie die Menschheit existiert. Spezielle Bemühungen müssen sich gegen gesellschaftliche Bedingungen und Entwicklungen richten, welche ein suizidbegünstigendes Klima bewirken.

Weiters gilt es, Menschen mit psychischen Störungen und Krankheiten, die mit erhöhtem Suizidrisiko verbunden sind, frühzeitig zu erfassen und optimal zu behandeln. Besonderes Augenmerk ist auf Menschen, die bereits einen Suizidversuch verübt haben, zu legen. Schließlich sind die spezifischen antisuizidalen Maßnahmen fortlaufend zu optimieren und den aktuellen Entwicklungen anzupassen.

Zusammenfassend ist es also erforderlich, im Arbeitsgebiet der Suizidprävention nicht nachzulassen und trotz der relativ günstigen Zahlen immer die alte Weisheit im Auge zu behalten, dass jeder Suizidtote einer zu viel ist. Im Einzelnen gilt es, die zentralen Bereiche der Suizidprävention weiter zu bearbeiten: Schaffung von erhöhtem Bewusstsein und Wissen, Unterstützung und Behandlung Betroffener, Zielgruppenarbeit für Kinder, Erwachsene, alte Menschen und Gruppen mit erhöhtem Risiko, Schulung von kontaktierten Personen, Reduzierung der Griffnähe von Suizidmitteln, Verfolgung einer nationalen Strategie und nötigenfalls Änderung der gesetzlichen Voraussetzungen (z. B. im Unterbringungsbereich).

In Vorarlberg sollen neben diesen Bereichen auch die speziellen Bemühungen der Suizidprävention (Austria Supra), welche sich auf Vorschläge der UNO beziehen, mitgetragen werden. Als besonderer Schwerpunkt für die nächsten zwei Jahre soll ein Projekt zur Suizidprävention im Kinder- und Jugendbereich durchgeführt werden. Verfolgt wird dabei ein integrativer Ansatz mit Information, Schulung, Erkennen, Standardisierung der Abläufe, Vernetzung und Umsetzung aller mit Kindern und Jugendlichen befassten Gruppen, von der betroffenen Familie bis zum Verein. Eine zentrale Rolle kommt dabei der Schule zu.

Auf Privatinitiative sollen in Zusammenarbeit mit dem Kinder- und Jugendanwalt und der Präventionsstelle „Supro“ folgende Maßnahmen geplant werden: Kinder und Jugendliche mit Risikoverhalten sollen erkannt und einer professionellen Hilfe zugeführt werden. In der Schule soll ein positives Klima der Prävention erzeugt werden.

Im Einzelnen sollen Flyer, welche Verhaltensweisen und psychische Änderungen bei akuter Suizidgefahr und konkrete Vorgehens- und Hilfsmöglichkeiten zeigen, verbreitet werden.

Um Alarmzeichen, welche von suizidgefährdeten Schülerinnen und Schülern gesetzt werden zu erkennen, sollen Alarmsysteme ausgearbeitet und implementiert werden.

Unterrichtsmodule für Schülerinnen und Schüler, die auf Stärkung des Selbstvertrauens und Verbesserung der Problemlösungskompetenz zielen, sollen drei Unterrichtsstunden umfassen.

Für Lehrerinnen und Lehrer werden Fortbildungsmodule geschaffen, in welchen sie Risikoverhalten und Suizidalität bei Schülerinnen und Schülern zu erkennen und richtig zu reagieren lernen.

Noch wenig bearbeitete Aufgabenfelder ergeben sich in der Betreuung der Hinterbliebenen, besonders der nächsten Angehörigen und der Mitschülerinnen und Mitschüler und in der Erfassung und Nachsorge von Personen mit Suizidversuchen. Auch soll die Kooperation mit nationalen und internationalen Arbeitsgruppen und Institutionen, welche sich der Suizidprophylaxe widmen, intensiviert werden. Schließlich soll auch der jährliche Suizidbericht zur Bewusstmachung, Sensibilisierung und Initiierung neuer Projekte fortgeführt werden.

Wichtige Links

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

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

<http://www.suizidpraevention.at>

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

http://www.kriseninterventionszentrum.at/dokumentelpdf3_Leitfaden_Medien.pdf

<http://www.suizidprophylaxe.de>

<http://www.seelischegesundheits.net>

<http://suizidpraevention.wordpress.com>

<http://www.gesundheits.gv.at>

<http://www.psychosoziale-gesundheits.net>

<http://www.schulpsychologie.at>

http://krisenintervention.tsn.at/sites/krisenintervention.tsn.at/files/upload/suizid-erklaren-kind_8.pdf

<http://www.jehli.ch/suizid/>