

Suizid und Suizidprävention in Österreich

Bericht 2016



Impressum

Eigentümer, Herausgeber und Verleger:

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
Radetzkystraße 2, 1030 Wien
Tel. +43 1 71100-0

Für den Inhalt verantwortlich:

MRⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Magdalena Arrouas, geschäftsführende Leiterin der Sektion III des BMGF

Autorinnen und Autoren:

Alexander Grabenhofer-Eggerth
Monika Nowotny
Aida Tanios
Nestor Kapusta

Mit Beiträgen von (in alphabetischer Reihenfolge):

Martin Baumgartner, Doris Cekan, Wolfgang Grill, Joachim Hagleitner, Beatrix Haller, Christian Haring, Karl Hruby, Christoph Kabas, Thomas Kapitany, Susanna Krainz, Christoph Lagemann, Gerhard Miksch, Thomas Niederkrotenthaler, Martin Plöderl, Andreas Prenn, Katharina Purtscher-Penz, Gerlinde Rohrauer-Näf, Ulrike Schrittwieser, Regina Seibl, Gernot Sonneck, Claudius Stein, Carlos Watzka

Druck:

Kopierstraße des BMGF, 1030 Wien

Internet:

www.bmgf.gv.at

Titelbild:

Freemages.com/Alicja „Alko“ Ludwichowska

Erscheinung:

März 2017

ISBN 978-3-903099-26-5

Alle Rechte vorbehalten, jede Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Irrtümer, Druck- und Satzfehler vorbehalten.

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

der vorliegenden Bericht zu Suizid und Suizidprävention in Österreich ist die vierte umfassende Do-kumentation zu diesem Thema: Der erste Teil des Berichts bietet ein übersichtlich gestaltetes Update der wichtigsten Daten und Fakten zu Suiziden in Österreich. Dabei zeigt sich, dass die Zahl der Suizide in Österreich rückläufig ist. Die sinkende Suizidrate im Vergleich zum Vorjahr betrifft sowohl Frauen als auch Männer und ist ein Zeichen für die erfolgreiche Arbeit der Suizidprävention in Österreich.



© BKA/Andy Wenzel

Das am Weltsuizidpräventionstag 2012 gestartete SUPRA-Programm (Suizidprävention Austria) markierte den Beginn einer Reihe von Aktivitäten. Die bereits umgesetzten bzw. laufenden Maßnahmen umfassen die Einrichtung der Koordinationsstelle zur Suizidprävention, die jährliche Veröffentlichung der Suizidberichte und das Suizidpräventions-Internetportal www.suizid-praevention.gv.at.

Nun wird – im zweiten Teil des vorliegenden Berichts – das ausführliche Umsetzungskonzept zum SUPRA-Programm vorgestellt.

Zur Unterstützung der zuständigen Entscheidungsträger wurde zudem ein Startpaket zur bundesweiten Ausrollung der SUPRA-Maßnahmen entwickelt. Ziel des Startpakets, welches im letzten Kapitel des Berichtes erläutert wird, ist, die ersten Umsetzungsschritte zu erleichtern, indem schnell umsetzbare Maßnahmen empfohlen werden.

Ich möchte mich herzlich bei allen Beteiligten, insbesondere der Gruppe aus Expertinnen und Experten sowie allen Hilfseinrichtungen in Österreich, für die unermüdliche Arbeit auf dem Gebiet der Suizidprävention bedanken und gleichzeitig alle Stakeholder dazu motivieren, weiter auf allen Ebenen der Umsetzung eng zusammenzuarbeiten. Nur so kann der eingeschlagene Weg erfolgreich fortgesetzt werden.

Ihre

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'P. Rendi-Wagner', written in a cursive style.

Dr.ⁱⁿ Pamela Rendi-Wagner, MSc

Bundesministerin für Gesundheit und Frauen

Kurzfassung

Der vorliegende Bericht bietet einleitend ein **Update der wichtigsten Daten und Fakten** zu Suiziden in Österreich.

Im Jahr 2015 starben in Österreich 1.249 Personen durch Suizid. Das bedeutet, dass die **Zahl der Suizidtoten** mehr als zweieinhalb Mal so hoch ist wie beispielsweise jene der Verkehrstoten (475 Personen). Seit den 1980er Jahren ist zwar ein deutlicher Rückgang der Suizidhäufigkeit zu beobachten, mit Beginn der gegenwärtig andauernden weltweiten Wirtschaftskrise im Jahr 2008 verlangsamte sich dieser Rückgang jedoch deutlich und der Wert blieb seither nahezu konstant. Der relative Rückgang der Suizide seit 1986 ist bei den Frauen deutlich stärker ausgeprägt als bei den Männern.

Zu **Suizidversuchen** liegen keine verlässlichen Zahlen vor, da sie oft nicht als solche erkannt bzw. dokumentiert werden und nicht zwingend zu einem Kontakt mit dem Gesundheitssystem führen. Internationale Studien gehen jedoch davon aus, dass Suizidversuche die Zahl der tatsächlich durch Suizid verstorbenen Personen um das 10- bis 30-Fache übertreffen.

Im zweiten Teil des Berichtes wird das in den letzten Jahren vom SUPRA-Expertengremium erarbeitete detaillierte **Umsetzungskonzept** zum SUPRA-Programm vorgestellt. Nach diesem basiert die Suizidprävention auf sechs gleichberechtigten Säulen, sechs strategischen und 18 operativen Zielen sowie 70 Maßnahmen, zu denen jeweils Messgrößen und Zielwerte vorgegeben sind.

Im letzten Kapitel wird das **Startpaket Suizidprävention** vorgestellt. Es ist aus dem Umsetzungskonzept abgeleitet und beschreibt anhand der sechs Säulen die Schritte für die nächsten zwei Jahre, die eine qualitativ hochwertige Suizidprävention in Österreich etablieren und sicherstellen sollen.

Inhalt

Vorwort	3
Kurzfassung	5
Abkürzungsverzeichnis	9
1 Einleitung	11
2 Daten zu Suiziden in Österreich	12
2.1 Suizide in Österreich.....	12
2.2 Altersspezifische Verteilung von Suiziden.....	13
2.3 Häufigkeit der Todesursache Suizid im Vergleich zu anderen Todesursachen	14
2.4 Suizidraten im Bundesländervergleich	15
2.5 Suizidmethoden.....	15
2.6 Suizidversuche	16
3 SUPRA-Umsetzungskonzept	17
3.1 Vom SUPRA-Programm zum SUPRA-Umsetzungskonzept.....	17
3.2 Der Aufbau von SUPRA.....	18
3.2.1 Säule 1: Koordination und Organisation.....	19
3.2.2 Säule 2: Unterstützung und Behandlung	20
3.2.3 Säule 3: Restriktion der Suizidmittel.....	22
3.2.4 Säule 4: Bewusstsein und Wissen.....	24
3.2.5 Säule 5: Einbettung in Prävention und Gesundheitsförderung	27
3.2.6 Säule 6: Qualitätssicherung und Expertise.....	28
3.2.7 Fundament: Suizidpräventive Rahmenbedingungen.....	30
4 Startpaket Suizidprävention	31
4.1 Ziel und Grundidee des Startpakets	31
4.2 Maßnahmen des „Startpakets Suizidprävention“	32
5 Literatur	35

Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

Abbildung 1: Verlauf der Suizidraten in Österreich 1970–2014.....	12
Abbildung 2: Suizidraten in Österreich seit 1970 nach Altersgruppen.....	13
Abbildung 3: Todesursachen in Österreich im Jahr 2015 nach Altersgruppen (pro 100.000 EW)	14
Abbildung 4: Suizidraten in den einzelnen Bundesländern und in Gesamtösterreich (2011–2015)...	15
Abbildung 5: Angewandte Suizidmethoden im Jahr 2015 nach Geschlecht, in Prozent (n = 1.249)...	16
Abbildung 6: Das SUPRA-Säulenmodell	18

Tabellen

Tabelle 1: Maßnahmen zum strategischen Ziel 1 „Die Suizidprävention in Österreich ist organisatorisch eingebettet und wird koordiniert“.....	19
Tabelle 2: Operative Ziele und Maßnahmen zur Säule „Unterstützung und Behandlung“	20
Tabelle 3: Operative Ziele und Maßnahmen zur Säule „Restriktion der Suizidmittel“	22
Tabelle 4: Operative Ziele und Maßnahmen zur Säule „Bewusstsein und Wissen“	24
Tabelle 5: Operative Ziele und Maßnahmen zur Säule „Einbettung in Prävention und Gesundheitsförderung“	27
Tabelle 6: Operative Ziele und Maßnahmen zur Säule „Qualitätssicherung und Expertise“	29
Tabelle 7: Ziele und Maßnahmen zur Sicherung der suizidpräventiven Rahmenbedingungen, nach Säulen	30
Tabelle 8: Maßnahmen des Startpakets inklusive Zeithorizont für die Umsetzung, nach Säule und Zuständigkeit	31

Abkürzungsverzeichnis

AKS	Forum österreichischer Gesundheitsarbeitskreise
APA	Austria Presse Agentur
ARGE	Arbeitsgemeinschaft (z. B. ARGE Suchtvorbeugung)
ASFINAG	Autobahnen- und Schnellstraßen-Finanzierungs-Aktiengesellschaft
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMB	Bundesministerium für Bildung
BMEIA	Bundesministerium für Europa, Integration und Äußeres
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMI	Bundesministerium für Inneres
BMVIT	Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie
BMWFW	Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft
BPK	bereichsspezifisches Personenkennzeichen
BVB	Bezirksverwaltungsbehörden
EU	Europäische Union
EW	Einwohner/innen
FFG	Österreichische Forschungsförderungsgesellschaft
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
GFA	Gesundheitsfolgenabschätzung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HVB	Hauptverband der Sozialversicherungsträger
IASP	International Association for Suicide Prevention
ÖGS	Österreichische Gesellschaft für Suizidprävention
ÖNBGF	Österreichisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung
ONGKG	Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
SEYLA	Saving and Empowering Young Lives in Austria
SEYLE	Saving and Empowering Young Lives in Europe
SPRC	Suicide Prevention Ressource Center
stat.at	Statistik Austria
SUPRA	Suizidprävention Austria
SUPRO	Werkstatt für Suchtprävention - Vorarlberg
SV	Sozialversicherung
VIZ	Vergiftungsinformationszentrale
WHO	World Health Organization
WW	Wiener Werkstätte für Suizidforschung
YAM	Youth Aware of Mental Health Program

1 Einleitung

Anfang des Jahres 2014 erschien der Basisbericht „Suizid und Suizidprävention in Österreich“ [1], der eine Zusammenschau der wichtigsten verfügbaren Daten zu Suiziden in Österreich bietet. Darüber hinaus wurden schwerpunktmäßig alters- und geschlechtsspezifische Aspekte von Suizidalität beleuchtet, Daten der österreichischen Vergiftungsinformationszentrale (VIZ) zu intentionalen Selbstvergiftungen analysiert und Projekte der Suizidprävention in Österreich präsentiert.

Der 2015 erschienene Nachfolgebericht [2] bot ein Update der wichtigsten Daten und Fakten zu Suiziden in Österreich. Der zweite Teil des Berichtes bestand aus dem Tagungsband zur SUPRA-Ver-netzungstagung *Suizidprävention in Österreich – Status quo und Perspektiven* vom 5. 9. 2014. Die Tagung richtete sich an Personen und Organisationen, die in der Suizidprävention tätig sind bzw. tätig werden wollen, sowie an alle Interessierte. Im Zentrum der Tagung standen das SUPRA-Programm sowie die bisherigen und zukünftigen Umsetzungsschritte.

Der 2016 erschienene dritte Bericht zu Suizid und Suizidprävention in Österreich [3] präsentierte neben den aktuellsten Zahlen zum Suizidgeschehen in Österreich je ein Schwerpunktkapitel zur E-Mail-Beratung von Menschen in psychosozialen Krisen und zur Rolle von Online-Medien in der Suizidprävention.

Der nun vorliegende vierte Bericht beinhaltet – neben den aktuellsten Zahlen – das Umsetzungskonzept zum SUPRA-Programm und das Startpaket Suizidprävention als Ergebnisse der aufwändigen Arbeiten in den Arbeitsgruppen des SUPRA-Gremiums der letzten Jahre. Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) und das SUPRA-Expertengremium hoffen, damit einen zentralen Beitrag zur nachhaltigen Etablierung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Suizidprävention in Österreich zu leisten.

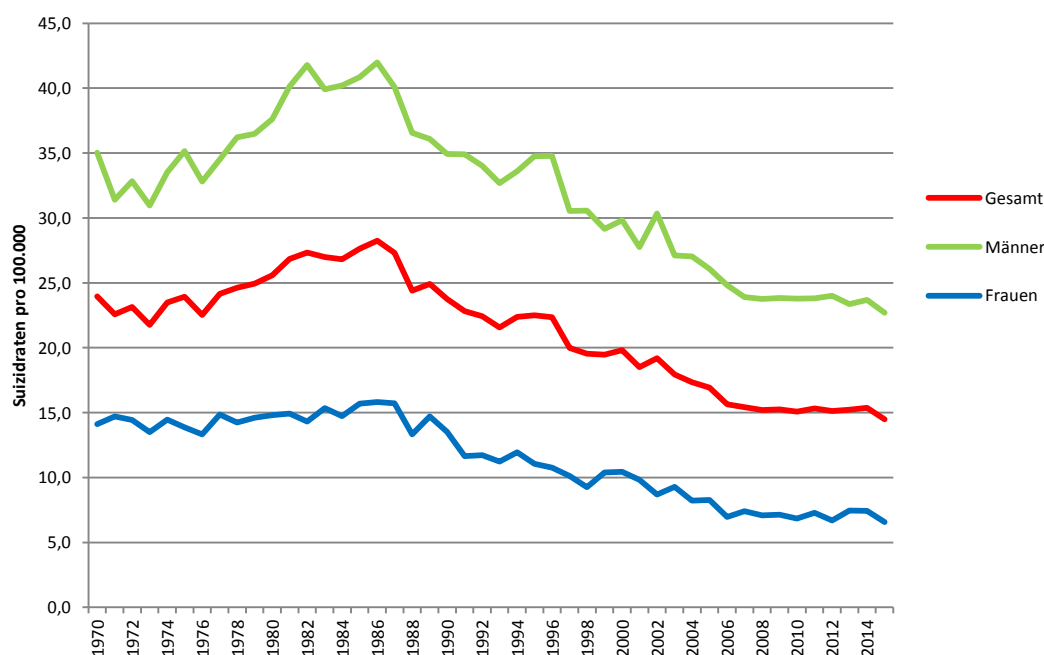
2 Daten zu Suiziden in Österreich

2.1 Suizide in Österreich

Statistiken zur Suizidsterblichkeit basieren auf den Zahlen der Todesursachenstatistik, die von der Statistik Austria geführt wird. Allgemeine Zahlen über die Anzahl der Suizide pro Jahr werden in Österreich bereits seit dem Jahr 1829 registriert, detaillierte Daten sind jedoch erst ab 1970 verfügbar. Seit 1970 werden Todesursachen in elektronischer Form erfasst, wodurch eine statistische Verarbeitung und ein Verlaufsmonitoring des Suizidgeschehens möglich sind.

Die zeitliche Entwicklung der Suizidhäufigkeit in Österreich seit 1970 zeigt einen charakteristischen Verlauf. Die Suizidhäufigkeit nahm zunächst stetig zu und erreichte mit 2.139 Personen im Jahr 1986 einen Höchststand, wie er zuletzt während des Zweiten Weltkriegs zu beobachten war [4]. Seit diesem Höchststand der allgemeinen Suizidraten in den 1980er Jahren ist ein deutlicher Rückgang zu beobachten. Mit Beginn der gegenwärtig andauernden weltweiten Wirtschaftskrise im Jahr 2008 verlangsamte sich dieser Rückgang jedoch deutlich und ging in den letzten Jahren in ein nahezu konstantes Plateau über (s. Abbildung 1). Mit insgesamt 1.249 durch Suizid verstorbenen Personen im Jahr 2015 beträgt der Rückgang gegenüber dem Jahr 1986 rund 42 Prozent. Der relative Rückgang von Suiziden zwischen 1986 und 2015 war mit rund 54 Prozent bei den Frauen deutlich stärker ausgeprägt als bei den Männern (36,5 %).

Abbildung 1: Verlauf der Suizidraten in Österreich 1970–2014



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

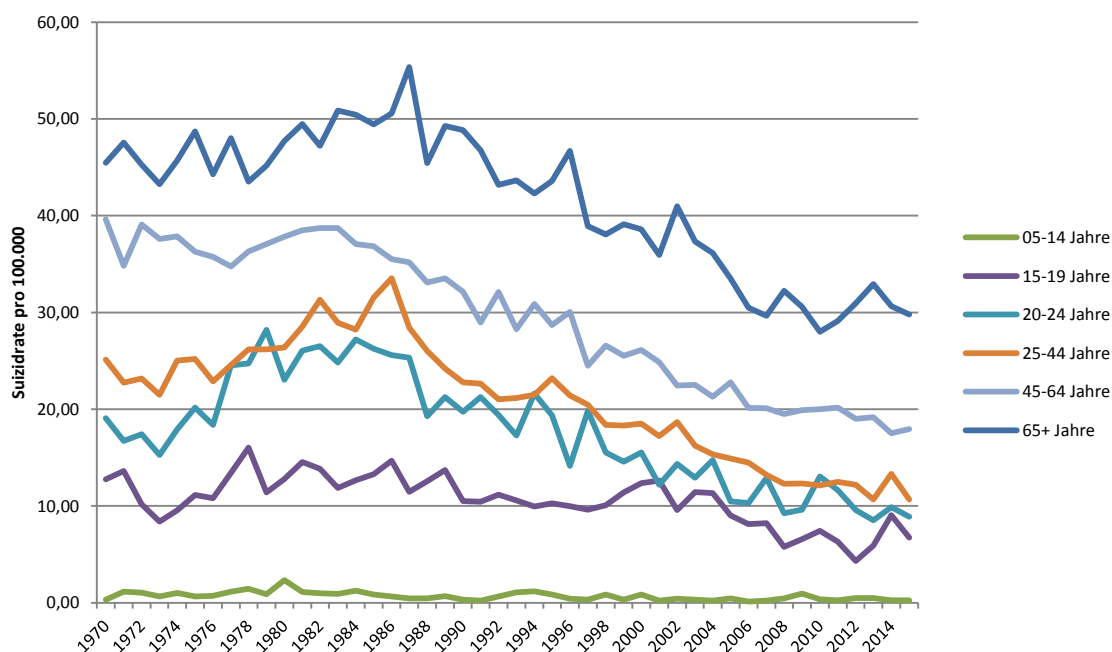
Im Jahr 2015 suizidierten sich in Österreich 960 Männer und 289 Frauen. Das entspricht einer Suizidrate für Männer von 22,7 pro 100.000 und für Frauen von 6,6 pro 100.000 und einer Gesamtsuizidrate von 14,5 pro 100.000. Für beide Geschlechter ist die Suizidrate im Vergleich zum Vorjahr leicht gesunken (s. Abbildung 1).

2.2 Altersspezifische Verteilung von Suiziden

Die Suizidrate steigt in Österreich mit dem Alter an (Durchschnitt pro Altersgruppe von jeweils 10 Jahren von 2005 bis 2015). Das Suizidrisiko ist ab dem 75. Lebensjahr etwa doppelt, ab dem 85. Lebensjahr mehr als dreimal so hoch wie das der Durchschnittsbevölkerung.

Betrachtet man die absoluten Zahlen, zeigt sich, dass die meisten Suizide im mittleren Lebensalter zu verzeichnen sind. Absolut liegt der Häufigkeitsgipfel zwischen 50 und 54 Jahren. Im Zeitraum von 1970 bis 2015 konnte – mit einigen Schwankungen – bei allen Altersgruppen ein rückläufiger Trend der Suizidhäufigkeit verzeichnet werden (s. Abbildung 2).

Abbildung 2: Suizidraten in Österreich seit 1970 nach Altersgruppen

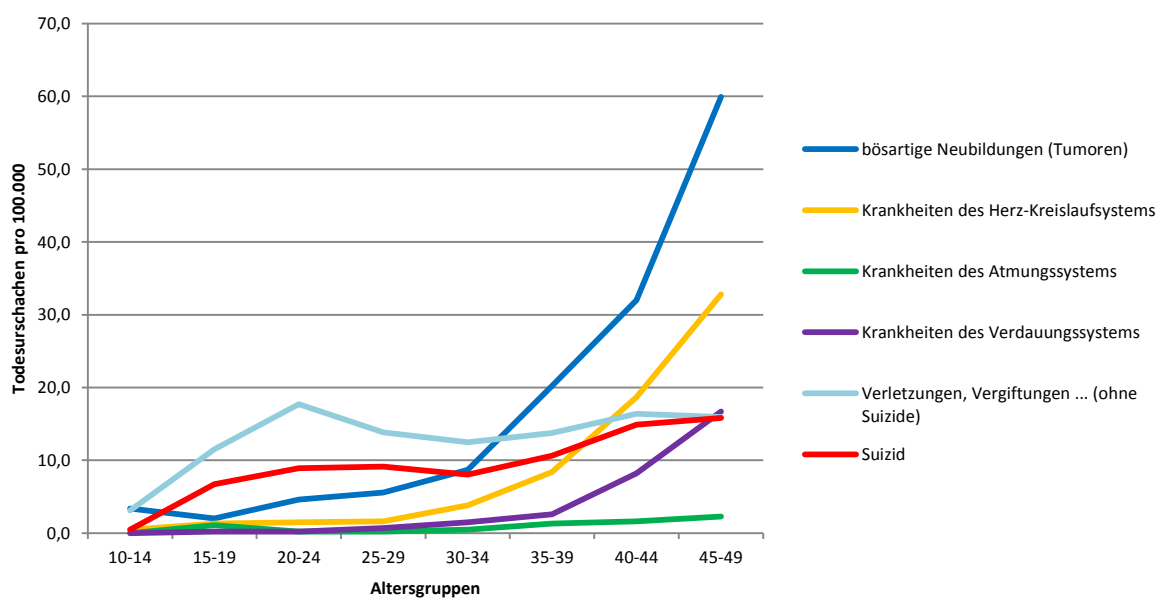


Quelle/Rohdaten: Statistik Austria; Berechnung und Darstellung: GÖG

2.3 Häufigkeit der Todesursache Suizid im Vergleich zu anderen Todesursachen

In Österreich ist Suizid sowohl bei Männern als auch bei Frauen bis zum 50. Lebensjahr eine der häufigsten Todesursachen, in den Altersgruppen 15 bis 29 Jahre sogar die zweithäufigste (s. Abbildung 3).

Abbildung 3: Todesursachen in Österreich im Jahr 2015 nach Altersgruppen (pro 100.000 EW)



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

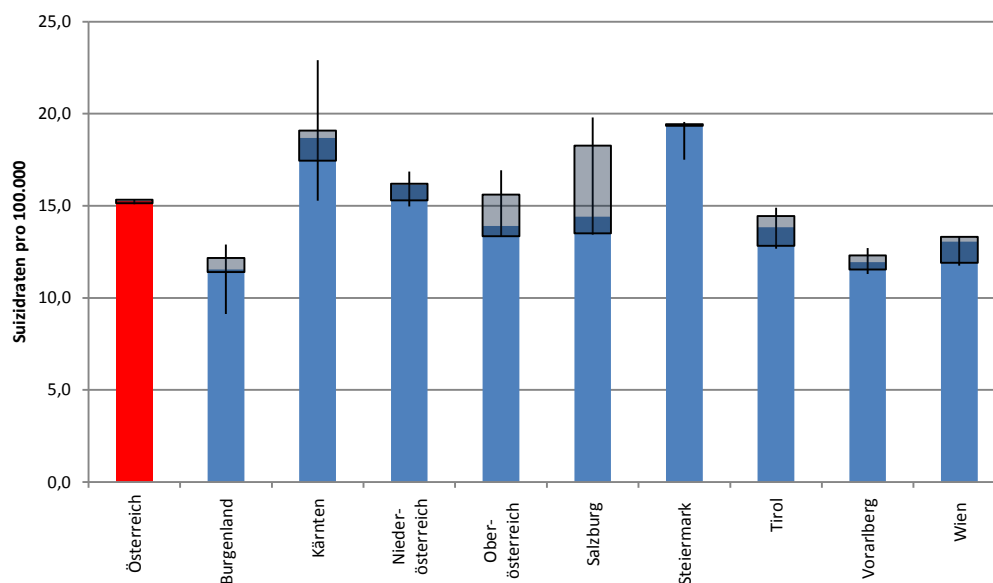
Ein interessantes Bild zeigt die Gegenüberstellung der Entwicklung der Zahl der Verkehrstoten mit jener der Toten durch Suizid. Zu Beginn der 1970er Jahre war die Zahl der Verkehrstoten mit 2.675 noch deutlich höher als jene der Suizide mit 1.789. In den darauffolgenden Jahren ist die Zahl der Verkehrstoten unter anderem durch Maßnahmen der Verkehrssicherheit beträchtlich zurückgegangen, sodass seit Mitte der 1980er Jahre die Zahl der Verkehrstoten in Österreich unter jener der Suizidtoten liegt. Im Jahr 2015 wurden mit 1.249 Suiziden mehr als zweieinhalb Mal so viele Suizidote wie Verkehrstote (475 Personen) verzeichnet.

Der vorbildhafte Rückgang der Anzahl der Verkehrstoten und die erfolgreichen Bemühungen der Unfallprävention liefern – trotz des Unterschieds in der Intention dieser beiden Mortalitätsgruppen – gewisse Ansatzpunkte für die Suizidprävention. Ein Beispiel dafür sind Restriktionsmaßnahmen, die die Verfügbarkeit bestimmter Mittel reduzieren oder per Gesetz einschränken, sodass der Zugang zu diesen Mitteln erschwert wird (psychologische Tests vor dem Erwerb von Schusswaffen, Entfernung von toxischen Medikamenten aus dem Handel etc.). Solche Maßnahmen müssen natürlich von einer Erweiterung entsprechender Hilfsangebote begleitet werden.

2.4 Suizidraten im Bundesländervergleich

Geographische Unterschiede in der Suizidsterblichkeit lassen sich auch innerhalb Österreichs erkennen. Im Querschnitt der letzten Jahre finden sich die höchsten Suizidraten in der Steiermark und in Kärnten. Im Burgenland, in Wien und Vorarlberg sind die Suizidraten am niedrigsten (s. Abbildung 4).

Abbildung 4: Suizidraten in den einzelnen Bundesländern und in Gesamtösterreich (2011–2015)



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

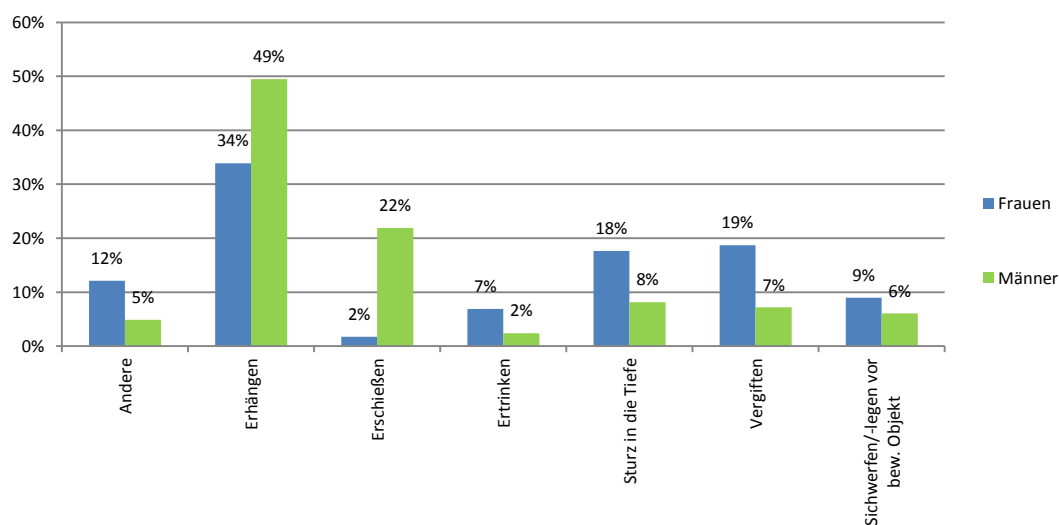
2.5 Suizidmethoden

Die aktuellsten Zahlen aus dem Jahr 2015 zeigen, dass Erhängen die in Österreich am häufigsten angewandte Suizidmethode darstellt. 573 Suizide (ca. 46 % aller Suizide) erfolgten durch Erhängen. An zweiter Stelle stand das Sich-Erschießen mit etwa 17 Prozent, gefolgt von Sturz in die Tiefe und Selbstvergiftung (jeweils etwa 10 %), das Sich-Werfen oder -Legen vor ein bewegtes Objekt (ca. 7 %) sowie Ertrinken (etwa 3 %).

Andere, nicht einzeln spezifizierte Suizidmethoden (vorsätzliches Verursachen eines Unfalls, Selbstverbrennung, Selbsttötung mit scharfem oder stumpfem Gegenstand und andere unbestimmte Methoden) machten zusammen etwa sieben Prozent aller Suizide im Jahr 2015 aus.

Auch wenn die häufigste Suizidmethode beider Geschlechter das Erhängen ist, unterscheiden sich die Methoden bei Männern und Frauen beträchtlich (s. Abbildung 5). Gegen manche Suizidmethoden bieten sich spezifische präventive Maßnahmen wie beispielsweise die Sicherung von Bahnstrecken, Brücken und Gebäuden, Veränderungen der Waffengesetzgebung oder Normen für Medikamentensicherheit an, gegen andere Methoden können eher allgemein suizidpräventive Maßnahmen gesetzt werden (s. dazu Kapitel 3 und 4).

Abbildung 5: Angewandte Suizidmethoden im Jahr 2015 nach Geschlecht, in Prozent (n = 1.249)



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

2.6 Suizidversuche

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

Internationale Studien gehen davon aus, dass die Zahl der Suizidversuche die Zahl der tatsächlich durch Suizid verstorbenen Personen um das 10- bis 30-Fache übersteigt [5-8]. Demnach kann in Österreich von etwa 12.500 bis 37.500 Suizidversuchen pro Jahr ausgegangen werden. Vergiftungen stellen dabei etwa 70 bis 75 Prozent aller Suizidversuche dar [5, 7].

3 SUPRA-Umsetzungskonzept

3.1 Vom SUPRA-Programm zum SUPRA-Umsetzungskonzept

Das Fachgebiet Suizidprävention blickt in Österreich auf eine lange Tradition zurück: Erwin Ringel war im Jahr 1960 einer der Gründerväter der *International Association for Suicide Prevention (IASP)*. Bereits in den 1970er Jahren wurde Suizidprävention erstmals explizit in einem Regierungsprogramm erwähnt, Ende der 1990er-Jahre entstand der österreichische Suizidpräventionsplan [9]. Schließlich sollte es aber bis zum Weltsuizidpräventionstag 2012 dauern, bis SUPRA (Akronym von **S**uizid-**P**rävention **A**ustria) als nationales Programm offiziell vom damaligen Gesundheitsminister Stöger aus der Taufe gehoben wurde [10]. Neben der – für ein nicht ganz einfaches Thema – breiten und positiven medialen Berichterstattung war die Präsentation auch der Startschuss für eine Reihe von Aktivitäten, die in den folgenden Jahren unter dem Dach von SUPRA gestartet oder ausgeweitet werden konnten:

- An der GÖG wurden vom BMGF bereits im Vorfeld der Veröffentlichung die Koordinationsstelle zur Suizidprävention und ein begleitendes Expertengremium eingerichtet.
- Folgende Projektanträge für Förderungen durch Dritte wurden erfolgreich eingereicht:
 - Erstellung eines Gatekeeper-Schulungskonzept
 - SEYLE/YAM-Projekt (Saving and Empowering Young Lives in Europe/Youth Aware of Mental Health Programme)
 - SEYLA-Studie (Safe and Empower Young Lives in Austria)
 - Beratungsangebot für Familienväter in Krisen
- Seit 2013 wird jährlich der Bericht „Suizid und Suizidprävention in Österreich“ veröffentlicht.
- Drei große nationale Suizidpräventionstagungen wurden mittlerweile abgehalten.
- Ein Seminarwochenende zur Vorbereitung einer SUPRA-Gatekeeper-Trainer-Zertifizierung wurde abgehalten.
- Das österreichische Suizidpräventions-Internetportal www.suizid-praevention.gv.at wurde im Rahmen von www.gesundheit.gv.at implementiert.

Neben diesen Erfolgen gab es auch Rückschläge zu verzeichnen: Für mehrere eingereichte – und internationalen Standards entsprechenden – Projekte (z. B. Schulung von Schulpsychologinnen/-psychologen) konnte keine Finanzierung gefunden werden. Im Zuge der Umsetzung von SUPRA war recht bald klar, dass das SUPRA-Programm zwar aufzeigt, welche Möglichkeiten und Ansatzpunkte der Suizidprävention in Österreich bestehen, gleichzeitig aber keine Anleitung dazu liefert, was, wann, wo und von wem genau zu tun ist.

Deshalb wurde in den letzten Jahren neben der eingangs beschriebenen Umsetzungsschiene in zahlreichen Unterarbeitsgruppen-Sitzungen des Expertengremiums und in steter Abstimmung mit dem gesamten Expertengremium ein ausführliches Umsetzungskonzept zum SUPRA-Programm erarbeitet. Zur Unterstützung der zuständigen Entscheidungsträger wurde zudem ein Startpaket zur bundesweiten Ausrollung der SUPRA-Maßnahmen entwickelt. Ziel des Startpakets ist, die ersten Umsetzungsschritte durch das Empfehlen priorisierter Maßnahmen, die rasch umsetzbar sind, zu erleichtern.

Für die Erstellung des Umsetzungskonzepts wurden neben dem SUPRA-Programm auch der Report „Preventing suicide. A global imperative“ [11] sowie die Erkenntnisse einer rezenten Übersichtsarbeit zur Effektivität von Suizidpräventionsmaßnahmen [12, 13] berücksichtigt.

3.2 Der Aufbau von SUPRA

Das Umsetzungskonzept zu SUPRA steht auf einem Fundament von suizidpräventiven Rahmenbedingungen, die für die Suizidprävention unabdingbar sind: Diese reichen von einer qualitativ hochwertigen und quantitativ ausreichenden verfügbaren psychosozialen Versorgung bis zur Entstigmatisierung des Themas psychische Gesundheit und Krankheit, von einer inklusiven Gesellschaft bis zur Förderung der Suizid(präventions)forschung.

Auf diesem Fundament stehen sechs gleichberechtigte Säulen der Suizidprävention (s. Abbildung 6), denen sechs große strategische Ziele und insgesamt 18 operative Ziele sowie 70 konkrete Maßnahmen inklusive Messgrößen und Zielwerte zuzuordnen sind. Eine Hierarchisierung der strategischen Ziele wurde bewusst unterlassen, da es in allen Zielen/Säulen Maßnahmen gibt, die von Beginn an essenziell sind.

Abbildung 6: Das SUPRA-Säulenmodell



Darstellung: BMGF

Im Folgenden werden Säulen, Ziele und Maßnahmen detailliert dargestellt. In der tabellarischen Darstellung ist auch – analog zum WHO-Report [11] – jeweils vermerkt, ob es sich dabei um Maßnahmen der universellen, selektiven oder indizierten Prävention¹ handelt oder ob die Maßnahme mehreren Präventionsarten zuzurechnen ist. Darüber hinaus wird pro Maßnahme vermerkt, ob sie Teil des in Kapitel 4 beschriebenen Startpaketes ist und ob es sich dabei um einen *quick win* handelt oder um eine *Umsetzungs-* oder *Entwicklungsarbeit*.

¹ **Universal prevention** strategies are designed to reach an entire population in an effort to maximize health and minimize suicide risk by removing barriers to care and increasing access to help, strengthening protective processes such as social support and altering the physical environment.

Selective prevention strategies target vulnerable groups within a population based on characteristics such as age, sex, occupational status or family history. While individuals may not currently express suicidal behaviours, they may be at an elevated level of biological, psychological or socioeconomic risk.

Indicated prevention strategies target specific vulnerable individuals within the population – e.g. those displaying early signs of suicide potential or who have made a suicide attempt. [11]

Unter „quick win“ wird eine schnell und mit relativ geringem Aufwand umsetzbare Maßnahme verstanden, die gleichzeitig hohe Wirkung erzielen kann. Unter einer „Umsetzungsarbeit“ wird eine Maßnahme verstanden, zu der es bereits ein fertiges Konzept gibt und die „nur noch“ umgesetzt werden muss.

Unter „Entwicklungsarbeit“ wird eine Maßnahme verstanden, zu der erst ein entsprechendes Konzept oder ein Umsetzungsplan erarbeitet werden muss oder erst eine entsprechende politische Willensbildung vonnöten ist. In der Spalte „Umsetzung durch“ (vgl. Tabelle 1) ist verzeichnet welche Organisationen/Institutionen daran beteiligt sein sollen².

3.2.1 Säule 1: Koordination und Organisation

Strategisches Ziel 1:

Die Suizidprävention in Österreich ist organisatorisch eingebettet und wird koordiniert

Auch wenn Suizidprävention bereits 1973 explizit in einem Regierungsprogramm erwähnt ist, wurde erst im Jahr 2012 auf Bundesebene eine entsprechende Koordinationsstruktur etabliert. Zur Umsetzung eines nationalen Präventionsprogrammes ist in einem föderal strukturierten Land jedoch auch auf Länderebene eine entsprechende organisatorische Zuständigkeit notwendig.

Die bereits in mehreren Bundesländern existierenden und im ÖSG 2017 vorgesehenen psychosozialen Netzwerkkoordinationen („Psychiatriekoordination“) wären ein logischer Ort zur Verankerung der organisatorischen Zuständigkeit für SUPRA auf Länderebene. Tabelle 1 nennt die dem strategischen Ziel 1 zugeordneten Maßnahmen.

Tabelle 1: Maßnahmen zum strategischen Ziel 1 „Die Suizidprävention in Österreich ist organisatorisch eingebettet und wird koordiniert“

Nr.	Maßnahme	Umsetzung durch	Messgröße	Zielwert	Präventionsart	Art der Maßnahme
1.1.1.	Fortführen der SUPRA-Koordinationsstelle auf Bundesebene	BMGF	Fortführen der Koordinationsstelle ist gesichert	1	U, S, I	SP
1.1.2.	Einbetten der Suizidprävention in eine bestehende Organisations-/Koordinationsstruktur der Länder (z. B. Psychiatriekoordinationen, Sucht-/Drogenkoordinationen, Sozialpsychiatrische Dienste, Suizidpräventionsbeauftragte/r ...)	Länder	Suizidprävention ist in jedem Bundesland in eine bestehende Organisations-/Koordinationsstruktur integriert	9	U, S, I	SP

Legende:

U = Universelle, S = Selektive, I = Indizierte Prävention

SP = Startpaket, qw = quick win, UA = Umsetzungsarbeit, EA = Entwicklungsarbeit

² In manchen Zeilen ist „Bund“ vermerkt; dies bedeutet, dass unterschiedliche Ministerien eingebunden werden sollten, aber noch nicht abschließend geklärt ist, welche „Länder“ bezeichnet als Oberbegriff die jeweils zuständigen Verwaltungsstellen der einzelnen Bundesländer.

3.2.2 Säule 2: Unterstützung und Behandlung

Strategisches Ziel 2: Suizidgefährdete Menschen und Risikogruppen werden bedarfsge- recht unterstützt bzw. behandelt

Entsprechende Unterstützungs- und Versorgungsangebote sind wesentliche Voraussetzungen erfolgreicher Suizidprävention. Die Säule „Unterstützung und Behandlung“ und das strategische Ziel 2 reichen weit über den eigentlichen Bereich der Behandlung hinaus und setzen bei sogenannten „Gatekeepern“ an. Unter „Gatekeepern“ werden Personen verstanden, die in ihrem beruflichen bzw. ehrenamtlichen Kontext potenziell mit suizidalen Menschen zu tun haben (das reicht z. B. von AMS-Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern über Lehrpersonal, Polizei bis zu Ärztinnen/Ärzten). Neben Gatekeepern zählen die psychosozialen Versorgungsbereiche für Notfall und Stabilisierung und für Bewältigung und Prävention zu den Zielbereichen. Ein weiterer Ansatzpunkt ist die sektorenübergreifende Koordination der Unterstützung/Versorgung von Risikogruppen.

Zum strategischen Ziel 2 wurden daher vier operative Ziele formuliert:

1. Gatekeeper sind kompetent im Umgang mit suizidgefährdeten Personen und Risikogruppen
2. Es werden ausreichend psychosoziale Angebots- und Versorgungsstrukturen für Risikogruppen vorgehalten (Notfall und Stabilisierung)
3. Es werden ausreichend psychosoziale Angebots- und Versorgungsstrukturen für Risikogruppen vorgehalten (Bewältigung und Prävention)

In der Arbeit mit Risikogruppen findet eine sektorenübergreifende Kooperation statt. perativen Ziele und Maßnahmen.

Tabelle 2: Operative Ziele und Maßnahmen zur Säule „Unterstützung und Behandlung“

Tabelle 2 zeigt die dem strategischen Ziel 2 zugeordneten operativen Ziele und Maßnahmen.

Tabelle 2: Operative Ziele und Maßnahmen zur Säule „Unterstützung und Behandlung“

2.1.	Gatekeeper sind kompetent im Umgang mit suizidgefährdeten Personen und Risikogruppen	Umsetzung durch	Messgröße	Zielwert	Präventionsart	Art der Maßnahme
2.1.1.	Entwicklung eines Gatekeeper-Schulungskonzeptes (Wer soll wann von wem worin geschult werden)	Bund, SUPRA, ÖGS, Länder	Schulungskonzept liegt vor	1	S	UA
2.1.2.	Vereinheitlichte/qualitätsgesicherte Schulungsunterlagen werden von der AG „Gatekeeper-Schulungen“ ÖGS /SUPRA für SUPRA-Kooperationspartner zur Verfügung gestellt	SUPRA, ÖGS	Schulungsunterlagen liegen vor, Regeln für Zurverfügungstellung sind definiert	1	S	UA
2.1.3.	Entwicklung und Durchführung einer „Train-the-trainer“-Ausbildung	Bund, SUPRA, ÖGS, Länder	Train-the-trainer-Ausbildung wird angeboten – Anzahl der eingetragenen Trainer/innen pro Bundesland/Einwohnerzahl/Suizidrate	noch festzulegen	S	SP
2.1.4.	Flächendeckende Aus- und Weiterbildung von Gatekeepern durch eingetragene Trainer/innen (inkl. Aufnahme des Themas in die Ausbildungen/Curricula der einzelnen Gesundheits- und Sozialberufe)	Bund, Länder, ÖGS	Anzahl der ausgebildeten Gatekeeper pro Bundesland/Einwohnerzahl/Suizidrate	noch festzulegen	S	SP
2.2.	Es werden ausreichend psychosoziale Angebots- und Versorgungsstrukturen für Risikogruppen vorgehalten (Notfall und Stabilisierung)	Umsetzung durch	Messgröße	Zielwert	Präventionsart	Art der Maßnahme
2.2.1.	Einrichtung je einer bundesweit einheitlichen Krisen-Notrufnummer (0-24 Uhr) für Erwachsene und für Kinder/Jugendliche, die zu den vorhandenen (bzw. zu schaffenden) Einrichtungen	Bund, Länder, Träger	Krisen-Telefonnummern sind eingerichtet und langfristig gesichert	1	S, I	SP

	gen weiterleitet (technischer Querbezug TEWEB)					
2.2.2.	Ausbau / Vernetzung von Online-Krisenangeboten (Online-Beratung) sowohl für Erwachsene als auch für Kinder/Jugendliche	BMGF, Länder, Träger	Online-Angebote wurden ausgebaut und sind langfristig gesichert	1	S, I	UA
2.2.3.	Flächendeckende/r Sicherstellung, Einrichtung bzw. Ausbau und Koordination von (niederschwelligen, anonymen, mehrsprachigen): <ul style="list-style-type: none"> • notfallpsychiatrischen Krisendiensten (24h) • psychosozialen / psychotherapeutischen Kriseninterventionszentren • einer nachgehenden Betreuung nach Notfallkontakt • stationären und/oder teilstationären psychosozialen Kriseninterventionseinrichtungen (24h) sowohl für Erwachsene als auch für Kinder/Jugendliche 	BMGF, BMASK, Länder, SV, Träger	Notfallpsychiatrische Krisendienste, psychosoziale/ psychotherapeutische Kriseninterventionszentren, das Angebot der nachgehenden Betreuung nach Notfallkontakt und stationäre und/oder teilstationäre psychosoziale Kriseninterventionseinrichtungen sowohl für Erwachsene als auch für Kinder / Jugendliche sind flächendeckend etabliert	1	S, I	EA
2.2.4.	Flächendeckende abgestimmte Angebote nach Verlusten und Katastrophen (zentrale Hotline, Clearing, notfallpsychologische Teams) sowohl für Erwachsene als auch für Kinder/Jugendliche	BMGF, BMI, Länder, Träger	Angebote nach Verlusten und Katastrophen sind abgestimmt und flächendeckend etabliert	1	S, I	EA
2.2.5.	Ausbau und Sicherstellen von ausreichenden unterstützenden Dolmetsch-Angeboten für die Maßnahmen 1-4 (z. B. Videodolmetsch)	BMGF, BMEIA, BMI, Länder, Träger	Ausreichend Dolmetsch-Angebote für die Maßnahmen 1-4 sind bereitgestellt	1	S, I	qw
2.3.	Es werden ausreichend psychosoziale Angebots- und Versorgungsstrukturen für Risikogruppen vorgehalten (Bewältigung und Prävention)	Umsetzung durch	Messgröße	Zielwert	Präventionsart	Art der Maßnahme
2.3.1.	Ausbau/Aufbau von psychosozialen Beratungs-/Betreuungs-/Behandlungsangeboten für besonders gefährdete Zielgruppen (z. B. LGBTI, Opfer von Gewalt, Hinterbliebene nach Suizid, Strafgefangene, Haftentlassene, Sucht, Vergiftung)	Bund, Länder, SV, Träger	Angebote entwickelt/etabliert	1	S	EA
2.3.2.	Unterstützung, Förderung und Vernetzung von Selbsthilfeangeboten	Bund, Länder, SV, Träger		1	S	UA
2.3.3.	Entwickeln/Etablieren von Spezialprogrammen, u. a. von proaktiven, aufsuchenden Angeboten für „systemferne“ / schwer erreichbare Zielgruppen (z. B. vereinsamte Junge und Alte, chronisch Kranke, Menschen mit multiplen Problemlagen, Menschen in Notquartieren...)	Bund, Länder, SV, Träger	Spezialprogramme entwickelt/etabliert	1	S	EA
2.4.	In der Arbeit mit Risikogruppen findet sektorenübergreifende Kooperation statt	Umsetzung durch	Messgröße	Zielwert	Präventionsart	Art der Maßnahme
2.4.1.	Versorgungskette inkl. Nachsorge sicherstellen: <ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Kooperation und Vernetzung von stationärem/ambulatem Bereich • Case- & Care-Management, Entlassungsmanagement • Nachsorge nach Suizidversuch • Nachsorge für Hinterbliebene nach Suizid 	BMGF, BMASK, Träger	Versorgungskette inkl. Nachsorge ist sichergestellt	1	SI	UA, EA
2.4.2.	Vernetzung und regionale Koordination unterschiedlicher Träger im Bereich der Krisenhilfe	Länder, Träger	Landesweite Koordination findet statt	1	S, I	UA
2.4.3.	Bereitstellen einer zentralen Informations- und Kommunikationsplattform für Gatekeeper (Hausärzte/-ärztinnen etc.)	BMGF	Zentrale Kommunikationsplattform ist etabliert	1	S, I	qw

Legende:

U = Universelle, S = Selektive, I = Indizierte Prävention

SP = Startpaket, qw = quick win, UA = Umsetzungsarbeit, EA = Entwicklungsarbeit

3.2.3 Säule 3: Restriktion der Suizidmittel

Strategisches Ziel 3: Suizidmittel sind so schwer wie möglich erreichbar bzw. verfügbar

Ist der Zugang zu (vermeintlich) sicheren Suizidmethoden erschwert, weichen Menschen in einer suizidalen Krise nicht einfach auf andere Methoden aus. Der erschwerte Zugang zu sogenannten „Suizidmitteln“ (das reicht von Waffen bis zum Zugang zu ungesicherten Plattformen von Hochhäusern oder Brücken) ist eine wichtige und effektive Maßnahme der Suizidprävention.

Unter dem strategischen Ziel „Restriktion der Suizidmittel“ wurden daher die operativen Ziele für jene Bereiche formuliert, in denen einerseits die Verfügbarkeit beeinflusst werden kann (z. B. Waffenerwerb) und die andererseits relevant für bisher in Österreich vorrangig gewählten Suizidmethoden sind:

1. Normen zur Waffensicherheit sind erweitert bzw. geschaffen
2. Standards und Normen für den Verkehr sind geschaffen
3. Medikamente und andere Substanzen, die für Suizide bzw. Suizidversuche verwendet werden/wurden, sind so schwer wie möglich zugänglich
4. Bauliche Maßnahmen zur Suizidprävention sind umgesetzt

Die entwickelten Maßnahmen sind vor allem der universellen Prävention zuzuordnen (s. Tabelle 3).

Tabelle 3: Operative Ziele und Maßnahmen zur Säule „Restriktion der Suizidmittel“

3.1.	Normen zur Waffensicherheit sind erweitert bzw. geschaffen	Umsetzung durch	Messgröße	Zielwert	Präventionsart	Art der Maßnahme
3.1.1.	Der Schusswaffenerwerb und -besitz in der Jägerschaft und für Sportschützinnen/-schützen soll gesetzlich ausführlich geregelt werden (v. a. Schusswaffen der Kategorie D)	Bund, BMI, Länder	Gesetzliche Regelung für Schusswaffenerwerb und -besitz in der Sportschützen-/Jägerschaft liegt vor	1	U, S	EA
3.1.2.	Verbessern der Regelung der Antragsstellung für waffenrechtliche Dokumente (Zentralregister; Limitierung des Gutachtertourismus; verbesserte und erweiterte Diagnostik)	Bund, BMI, Länder, BVB, Kuratorium f. Verkehrssicherheit	a) Zentralregister für Anträge zur Ausstellung von waffenrechtlichen Dokumenten liegt vor b) Regelung zur Begrenzung der Zahl der psycholog. Gutachten pro Person inkl. Sperrzeiten liegt vor c) Einheitliche Qualitätskriterien für die psychologische Diagnostik sind implementiert	1	U	EA
3.1.3.	Verbessern der Kontrollen (ohne Vorankündigung Verwahrkontrolle von Waffen; Munitionskontrollen im Bundesheer, bei Polizei und privaten Sicherheitsdiensten; Nachlassregelung für Waffenbesitzer/innen?)	Bund, BMI, BMLVS, Länder, BVB	a) Verwahrungskontrollen sind verbessert b) Munitionskontrollen beim Bundesheer, bei Polizei und privaten Sicherheitsdiensten sind verschärft (standardisiert?)	1	U	EA
3.1.4.	Verlängerte cool-off-Periode (14 Tage) für Erstkäufer/innen	Bund, Länder	Cool-off-Periode ist auf 14 Tage verlängert	1	U	UA
3.1.5.	Evaluation der Möglichkeiten zur Einschränkung des illegalen Waffenbesitzes	Bund, BMI, Länder	Evaluationsergebnisse liegen vor	1	U	EA

3.2.	Standards und Normen für den Verkehr sind geschaffen	Umsetzung durch	Messgröße	Zielwert	Präventionsart	Art der Maßnahme
3.2.1.	Maßnahmenpaket für Bahn (hot spots identifizieren, bauliche Maßnahmen setzen)	Bund	Maßnahmenpaket für Bahn liegt vor	1	U	SP
3.2.2.	Maßnahmenpaket für U-Bahn-Stationen (hot spots sind bekannt, Schulung der Stationsaufsicht und HelpU-Mitarbeiter/innen, Aufrechterhalten der verantwortungsvollen Berichterstattung)	Wien	Maßnahmenpaket für U-Bahn-Stationen liegt vor	1	U	qw
3.2.3.	Maßnahmenpaket für Auto-Industrie (Einführung von Alkoblocks, Einbinden von ASFINAG, Forschung und Industrie [z. B. DGS] für weitere technische Präventionsmöglichkeiten)	Bund, BMVIT, EU, Industrie, ASFINAG	Maßnahmenpaket für Auto-Industrie liegt vor	1	U	UA
3.3.	Medikamente und andere Substanzen, die für Suizide bzw. Suizidversuche verwendet werden/wurden, sind so schwer zugänglich wie möglich	Umsetzung durch	Messgröße	Zielwert	Präventionsart	Art der Maßnahme
3.3.1.	Evaluieren der Verschreibungspraxis von Medikamenten, die für Suizide bzw. Suizidversuche verwendet werden/wurden (v. a. bei Frauen i. d. Altersgruppe 10-24 Jahre)	HVB	Evaluierung der Verschreibungspraxis von Medikamenten liegt vor	1	U	qw
3.3.2.	Regelung der Verschreibungspraxis einführen für Medikamente, die für Suizide bzw. Suizidversuche verwendet werden/wurden	Bund, HVB	Regelung zur Verschreibungspraxis liegt vor	1	U	UA
3.3.3.	Konzept zur Kontrolle des Arzneimittelflusses erstellen (Möglichkeiten des Hortens verhindern)	Bund	Konzept zur Kontrolle des Arzneimittelflusses ist erstellt	1	U	EA
3.3.4.	Leitlinien erstellen/aktualisieren: Medikamente mit höherem Toxizitätsindex nur in geringen Mengen verordnen und ggf. von engmaschigerem Monitoring bzw. von höherfrequenten Therapieangeboten begleiten	Bund, HVB	Leitlinien zu Medikamenten mit höherem Toxizitätsindex sind erstellt/aktualisiert	1	U	SP
3.3.5.	Thema Suizidprävention in der Arbeitsgruppe zur Arzneimittelsicherheit etablieren	Bund	Thema in der AG etabliert	1	U	qw
3.3.3.	Angebote und Nutzung von Online-Apotheken evaluieren	Bund			U	EA
3.3.4.	Online-Angeboten und deren Nutzung evaluieren				U	EA
3.4.	Bauliche Maßnahmen zur Suizidprävention sind umgesetzt	Umsetzung durch	Messgröße	Zielwert	Präventionsart	Art der Maßnahme
3.4.1.	Hot spots identifizieren	Bund, Länder, BVB	Hot spots sind definiert und identifiziert	1	U	UA
3.4.2.	Standards und Normen für Bauwerke/Naturorte (Hot Spots; Brücken, Hochhäuser, Klippen...) entwickeln	Bund, Länder, BVB	Standards und Normen für Bauwerke/Naturorte sind entwickelt	1	U	qw
3.4.3.	Standards und Normen im Bereich Gebäudesicherheit bei klinischen Einrichtungen entwickeln	Bund, Länder	Standards und Normen im Bereich Gebäudesicherheit bei klinischen Einrichtungen sind entwickelt	1	U	UA
3.4.4.	Bauliche Maßnahmen zur Suizidprävention umsetzen	Bund, Länder, BVB	Maßnahmen sind umgesetzt	1	U	SP

Legende:

U = Universelle, S = Selektive, I = Indizierte Prävention

SP = Startpaket, qw = quick win, UA = Umsetzungsarbeit, EA = Entwicklungsarbeit

3.2.4 Säule 4: Bewusstsein und Wissen

Strategisches Ziel 4: Bewusstsein und Wissen über Suizidalität und über die Bewältigung von psychosozialen Krisen sind in der Bevölkerung verbreitet

Die Verbreitung und Anwendung der Richtlinien zur medialen Berichterstattung über Suizide ist national wie international eine Erfolgsgeschichte der Suizidprävention. Mittlerweile konnte auch nachgewiesen werden, dass eine bestimmte Form der Berichterstattung nicht nur Imitationssuizide („Werther-Effekt“) verhindert, sondern generell suizidpräventiv wirken kann („Papageno-Effekt“). Dieser Erfolgsweg sollte weiter beschritten werden.

Suizidalität und Suizid gelten in der Gesellschaft nach wie vor als Tabuthema und sind mit Stigma behaftet. Für Menschen in einer suizidalen Krise ist es jedoch wesentlich, über die zur Krise führenden Probleme und ihre Suizidalität sprechen zu können. Gleiches gilt auch für Angehörige, die einen Menschen durch Suizid verloren haben und mit einer besonders schwierigen Facette der Trauerbewältigung konfrontiert sind. Daher soll das Wissen um Suizidphänomene durch Information und Aufklärung in der Bevölkerung verbessert und das Thema durch Fördern der diskursiven Auseinandersetzung mit den Themen Sterben, Tod und Suizid entmythisiert und enttabuisiert werden.

Ebenso sollen Wissen und Bewusstsein für die Themenbereiche psychische Gesundheit, psychische Erkrankungen und Bewältigung von Lebenskrisen in unterschiedlichen Lebenszyklen und Lebenslagen durch vermehrte Thematisierung und Berichterstattung gestärkt werden. Hierdurch soll die Sensibilität für Anzeichen einer Krise erhöht, die Krisenkompetenz der Bevölkerung verbessert und das Hilfe-suchverhalten in Krisensituationen – durch einen höheren Bekanntheitsgrad psychosozialer Hilfsangebote – gefördert werden.

Darüber hinaus bietet das Internet die Möglichkeit, Informationen über Suizidalität und Hilfsangebote für die Allgemeinbevölkerung und für besondere Zielgruppen bereitzustellen.

Zum strategischen Ziel 4 wurden folgende operative Ziele formuliert:

1. Die österreichischen Medien unterstützen durch die Art ihrer Berichterstattung aktiv die Suizidprävention (unter Berücksichtigung der drei Ansätze: Verhüten von Nachahmungssuiziden, Medienberichterstattung über Suizidprävention, suizidpräventiv wirksame Medienberichterstattung)
2. Positive Beispiele zum Umgang mit Krisen, Suizidalität und Verlust sind im Bewusstsein der Menschen verankert
3. Die Allgemeinbevölkerung, Gatekeeper, Risikogruppen und deren Angehörige finden leicht Informationen zu Suizidalität und Hilfsangeboten

Tabelle 4: Operative Ziele und Maßnahmen zur Säule „Bewusstsein und Wissen“

4.1.	Die österreichischen Medien unterstützen durch die Art ihrer Berichterstattung aktiv die Suizidprävention (unter Berücksichtigung der 3 Ansätze: Verhüten von Nachahmungssuiziden, Medienberichterstattung über Suizidprävention, suizidpräventiv wirksame Medienberichterstattung)	Umsetzung durch	Messgröße	Zielwert	Präventionsart	Art der Maßnahme
4.1.1.	Aufbau eines Expertennetzwerks (Team) für die Medienarbeit national und regional	Bund, Länder	Expertennetzwerk (Team) wurde etabliert	Pro Bundesland mind. 1 Person	U	qw

4.1.2.	Verbreiten der Medienempfehlungen zur Berichterstattung über Suizid; laufende Information der Medien über suizidpräventive Formen der Berichterstattung • Factsheets (Bsp. Institut Suchtprävention Linz), • Broschüre • Symposien etc.	Team, Hilfsorganisationen, Presserat, Werberat, APA	Anteil der über die Medienempfehlungen informierten Journalistinnen und Journalisten	80 % der Journalistinnen und Journalisten	U	qw
4.1.3.	Laufendes Screening der Medienberichterstattung und Medienarbeit. Anlassbezogenes Kontaktieren des entsprechenden Mediums	Team, Presserat, Werberat, APA	Laufendes Screening der Medienberichterstattung findet statt	100 % der Medienberichte zu Suizid wurden gescreent	U	qw
4.1.4.	Schaffen einheitlicher Standards für Schulung zu Medienberichterstattung	Team	Standards liegen vor	1	U	qw
4.1.5.	Schulungen zur Medienberichterstattung über Suizidprävention und suizidpräventiv wirksame Berichterstattung bereits in der Ausbildung von Journalistinnen und Journalisten verankern	Bund, Länder, Team	Schulungen sind im Curriculum verankert	1	U	qw
4.1.6.	Entwickeln eines Konzeptes für neue Medien (social media, Suchmaschinen, Präventionswebseiten)	Team	Konzept liegt vor	1	U	EA
4.1.7.	Homepage / zentrale Informationsstelle / Vernetzungsplattform auch als Anlaufstelle für Journalistinnen und Journalisten	Bund, Team	Vernetzungsplattform liegt vor	1	U	EA
4.1.8.	Schaffen des „Papageno-Awards“ für vorbildliche suizidpräventive Medienbeiträge für Medienschaffende	Wiener Werkstätte, österr. Presserat, Bund	Papageno-Award ist etabliert	1	U	SP
4.2.	Positive Beispiele zum Umgang mit Krisen, Suizidalität und Verlust sind im Bewusstsein der Menschen verankert	Umsetzung durch	Messgröße	Zielwert	Präventionsart	Art der Maßnahme
4.2.1.	Beiträge zur Bewältigung von Suizidalität und zum Umgang von Hinterbliebenen mit Verlust durch Suizid	Medien, Hilfsorganisationen, Team	Beiträge zu den Themen wurden veröffentlicht	Steigerung der Beiträge um 10 % (im Vergleich zum Vorjahr)	U, S	qw
4.2.2.	Beiträge über die Bewältigung von Lebenskrisen in unterschiedlichen Lebenszyklen und Lebenslagen und Enttabuisierung (z. B. geschlechts- und kulturspezifische Aspekte, Erwachsen werden, Bullying, Arbeitslosigkeit, Probleme im familiären Bereich, Depression, psych. Erkrankungen, Probleme des Älterwerdens, Krankheit, Autonomieverlust, Sterben, Tod, Trauer, Sterbehilfe, Suizid ...)	Medien, Hilfsorganisationen, Team	Beiträge zu den Themen wurden veröffentlicht	Steigerung der Beiträge um 10 % (im Vergleich zum Vorjahr)	U, S	qw
4.2.3.	Konzept zum verantwortungsvollen Aufgreifen und Umgehen mit Suizidalität in der Öffentlichkeitsarbeit entwickeln	Team	Konzept liegt vor	1	U, S	EA
4.3.	Die Allgemeinbevölkerung, Gatekeeper, Risikogruppen und deren Angehörige finden leicht Informationen zu Suizidalität und Hilfsangeboten	Umsetzung durch	Messgröße	Zielwert	Präventionsart	Art der Maßnahme
4.3.1.	Einrichten und Bewerbung des SUPRA-Webportals (inkl. Subportale f. Medienexper-	Bund	SUPRA-Webportal ist online (visits)	1 (Anzahl der visits – noch festzulegen)	U, S, I	qw

	ten/Expertinnen, Gatekeeper)					
4.3.2.	Verlinkung zum Webportal forcieren	Bund, Länder, Hilfsorganisationen, APA, Presserat, Werberat	Verlinkungen sind eingerichtet	Alle psychosozialen Hilfsangebote verlinken zum Portal	U, S, I	qw

Legende:

U = Universelle, **S** = Selektive, **I** = Indizierte Prävention

SP = Startpaket, **qw** = quick win, **UA** = Umsetzungsarbeit, **EA** = Entwicklungsarbeit

3.2.5 Säule 5: Einbettung in Prävention und Gesundheitsförderung

Strategisches Ziel 5: Das Thema Suizid ist in bestehende Maßnahmen der Gesundheitsförderung sowie der Sucht- und Gewaltprävention integriert

Suizidprävention wird in Österreich teilweise in bestehende sucht- und gewaltpräventive Angebote aber auch in Angebote der Gesundheitsförderung eingebaut. Dies hat einerseits damit zu tun, dass es hier – ermöglicht durch verschiedene Organisationen und Initiativen – ein Angebot gibt, das dem Anspruch auf flächendeckende Verfügbarkeit am ehesten gerecht wird. Andererseits liegen den Anliegen der Sucht- und Suizidprävention sowie der Gesundheitsförderung teilweise ähnliche Konzepte zugrunde. Daher wurde die bestehende Infrastruktur in der Ziel- und Maßnahmenformulierung berücksichtigt, um Doppelgleisigkeiten zu vermeiden. Die operativen Ziele folgen einem bildungsorientierten (Prävention) sowie setting- und zielgruppenorientierten Ansatz (Gesundheitsförderung):

1. Krisenbewältigung und Suizidprävention werden in bestehenden Sucht- und Gewaltpräventionsprogrammen für Kinder und Jugendliche thematisiert, einschlägige Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen werden angeboten
2. Suizidprävention ist in den setting- und zielgruppenspezifischen Angeboten der Gesundheitsförderung integriert

Tabelle 5: Operative Ziele und Maßnahmen zur Säule „Einbettung in Prävention und Gesundheitsförderung“

5.1.	Krisenbewältigung und Suizidprävention werden in bestehenden Sucht- und Gewaltpräventionsprogrammen für Kinder und Jugendliche thematisiert, einschlägige Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen werden angeboten	Umsetzung durch	Messgröße	Zielwert	Präventionsart	Art der Maßnahme
5.1.1.	Einbetten von Inhalten bzw. Modulen zu Krisenbewältigung und Suizidprävention in Programme: <ul style="list-style-type: none"> • der schulischen Suchtprävention (und in Schulentwicklungsplänen berücksichtigen) • der schulischen Gewaltprävention (und in Schulentwicklungsplänen berücksichtigen) • im Setting der außerschulischen Jugendarbeit 	nach Setting: <ul style="list-style-type: none"> • SUPRA, Bund, BMB, BMGF, Länder, ARGE • SUPRA, BMB, BMGF, Länder, ARGE • SUPRA, Bund, Länder, BOJA, ARGE, BMFJ 	Inhalte bzw. Module zu Krisenbewältigung und Suizidprävention sind in Programme der schulischen Suchtprävention/Gewaltprävention, in Schulentwicklungspläne und in Programme der außerschulischen Jugendarbeit eingebettet	1	U	SP
5.1.2.	Einbetten des Themas Krisenbewältigung und Suizidprävention in gemeinsame Aus-, Fort- und Weiterbildung (für Pädagoginnen/Pädagogen und schulische Stützsysteme) zu psychischer Gesundheit, Gewaltprävention, Suchtprävention	BMB, BMASK SUPRA, ARGE, Länder	Thema Krisenbewältigung und Suizidprävention ist in gemeinsame Aus-, Fort- und Weiterbildung (für Pädagoginnen/Pädagogen und schulische Stützsysteme) zu psychischer Gesundheit, Gewaltprävention und Suchtprävention eingebettet	1	U	EA
5.1.3.	Laufende und neue Krisenbewältigungs- und Suizidpräventionsmodule bei Entscheidungsträgerinnen/-trägern für den Bereich Kinder und Jugendliche bundesweit bekanntmachen	SUPRA, ÖGS, Programme	Laufende und neue Suizidpräventionsmodule wurden bundesweit bei den genannten Entscheidungsträgerinnen/-trägern bekannt gemacht	1	U	EA
5.1.4.	Nutzung von Synergieeffekten in den Bereichen Suizidprävention, Gewaltprävention, Suchtprävention, Gesundheitsförderung	SUPRA, FGÖ, ARGE	Koordination und Nutzung von Synergieeffekten wurde eingefordert	1	U	EA
5.1.5.	Aufzeigen des Nutzens von Gesundheitsförderung für die Suizidprävention bei den Akteurinnen/Akteuren in GF/Gesundheitswesen und bei Entscheidungsträgerinnen/-trägern	SUPRA	Nutzen von GF für die Suizidprävention wurde den Akteurinnen/Akteuren in GF/Gesundheitswesen und den Entscheidungs-	1	U	EA

			gerinnen/-trägern aufgezeigt			
5.2.	Suizidprävention ist in den setting- und zielgruppenspezifischen Angeboten der Gesundheitsförderung integriert	Umsetzung durch	Messgröße	Zielwert	Präventionsart	Art der Maßnahme
5.2.1.	Identifizieren der Integrationsmöglichkeiten des Themas in den Settings: <ul style="list-style-type: none"> • Gemeinde (z. B. Gesunde Gemeinde, Netzwerk Gesunde Städte, Gesunde Nachbarschaft) • Schule (z. B. Gesunde Schule) • Betrieb (z. B. Alkoholvereinbarung in Mittelbetrieben erweitern um Burnout) • Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen • Bundesheer - speziell hinsichtlich der Risikogruppen "junger Männer" und "bewaffnete Einsatzkräfte" • Programme für ältere Menschen (inklusive Wohn- und Pflegeeinrichtungen) 	nach Setting: <ul style="list-style-type: none"> • SUPRA, AKS, FGÖ, ÖGS • SUPRA, AKS, BMB, FGÖ, ÖGS • SUPRA, FGÖ, ÖGS, ÖNBGF, AKS? • SUPRA, AKS?, FGÖ, ONGKG, ÖGS • SUPRA, BMLVS, ÖGS • SUPRA, AKS, FGÖ, ÖGS 	Integrationsmöglichkeiten wurden geprüft	1	U	EA
5.2.2.	Aufnahmen des Themas Suizidprävention in politische Grundsatzpapiere zu Prävention und GF gemäß der identifizierten Möglichkeiten	SUPRA, Bund, Länder, ÖGS	Thema Suizidprävention wurde in politische Grundsatzpapiere aufgenommen	1	U	EA
5.2.3.	Integration der Suizidprävention gemäß der identifizierten Möglichkeiten	SUPRA, AKS, FGÖ, ÖGS...	Suizidprävention wurde integriert	1	U	EA
5.2.4.	Nutzen von GF für die Suizidprävention den Akteurinnen/Akteuren in GF/Gesundheitswesen und Entscheidungsträgerinnen/-trägern bewusst machen	SUPRA, ÖGS	Nutzen von GF für die Suizidprävention wurde den Akteurinnen/Akteuren in GF/Gesundheitswesen und Entscheidungsträgerinnen/-trägern aufgezeigt	1	U	EA

Legende:

U = Universelle, S = Selektive, I = Indizierte Prävention

SP = Startpaket, qw = quick win, UA = Umsetzungsarbeit, EA = Entwicklungsarbeit

3.2.6 Säule 6: Qualitätssicherung und Expertise

Strategisches Ziel 6:

Die Suizidprävention erfolgt qualitätsgesichert auf Basis wissenschaftlicher Expertise

Zur Weiterentwicklung von wissenschaftlicher Expertise zu und Qualitätssicherung von Präventionskonzepten soll die Suizidforschung gefördert und ausgebaut werden.

Um das komplexe Phänomen Suizidalität und dessen Größenordnung besser zu verstehen, werden eine solide Datenbasis und Forschungskonzepte benötigt, anhand derer Einflüsse und Wirkungszusammenhänge untersucht und aufgezeigt werden können. Basierend auf diesen Forschungsergebnissen sollen suizidpräventive Interventionen und Ausbildungen ausgebaut, Standards nach internationalen Vorbildern entwickelt und eine Qualitätssicherungsebene eingezogen werden.

In Österreich bestehen mittlerweile einige Forschungszentren und -gruppen, die mit Suizid- und Suizidpräventionsforschung befasst sind. Eine Bündelung dieser Expertisen durch regelmäßigen Austausch, Zusammenarbeit und Nutzung von Synergien soll durch die Entwicklung eines Kooperationsplans und einer Kooperationsvereinbarung zwischen den Forschungsgruppen forciert werden.

Zum strategischen Ziel 6 wurden folgende vier operative Ziele formuliert:

1. Die Datenbasis für Suizidforschung ist aufgebaut bzw. erweitert
2. Suizidforschung wird gefördert (strukturell, ideell, finanziell)
3. Qualitätsstandards für die Suizidprävention sind entwickelt
4. Qualitätssicherung findet statt

Tabelle 6: Operative Ziele und Maßnahmen zur Säule „Qualitätssicherung und Expertise“

6.1.	Die Datenbasis für Suizidforschung ist aufgebaut bzw. erweitert	Umsetzung durch	Messgröße	Zielwert	Präventionsart	Art der Maßnahme
6.1.1.	Aufbau/Wartung einer Suiziddatenbank (inkl. Erweiterung der Variablen – insbesondere Verknüpfung mit BPK – und Sicherung der Datenqualität) analog zu Schweden	BMGF, BMI, SUPRA, stat.at; Landesstatistik	Suiziddatenbank ist aufgebaut und wird laufend gewartet	1	U, S, I	EA
6.1.2.	Aufbau/Wartung einer umfassenden Datenbank zu externen Todesursachen nach Vorbild des NVDRS (National Violent Death Reporting System, USA)	BMGF, BMI, SUPRA, GÖG, stat.at	Datenbank zu externen Todesursachen ist aufgebaut und wird laufend gewartet	1	U, S, I	EA
6.1.3.	Aufbau/Wartung einer nationalen Projektdatenbank zu Prävention und Behandlung in Anlehnung an SPRC (Suicide Prevention Resource Center, USA)	GÖG, ÖGS	Projektdatenbank ist aufgebaut und wird laufend gewartet	1	U, S, I	EA
6.1.4.	Sicherstellen der Datenverfügbarkeit durch die Statistik Austria	stat.at			U, S, I	qw
6.1.5.	Entwickeln eines Konzepts für die Analyse der Auswirkungen einzelner Gesetze auf Suizidalität	Suizidforschung, SUPRA	Konzept ist entwickelt	1	U, S, I	EA
6.2.	Suizidforschung wird gefördert (strukturell, ideell, finanziell)	Umsetzung durch	Messgröße	Zielwert	Präventionsart	Art der Maßnahme
6.2.1.	Förderung der Kooperation und Entwicklung eines Kooperationsplans zwischen bestehenden Forschungsgruppen für Suizidforschung und Suizidpräventionsforschung (Koordination, Evaluation, Qualitätssicherung, Lehrgänge)	Universitäten, BMWFW, BMGF, Wiener Werkstätte	Ein Kooperationsplan liegt vor	1	U, S, I	EA
6.2.2.	Finanzielle Förderung der Forschung und Evaluation zu Themen der Suizidprävention anregen, z. B. durch: <ul style="list-style-type: none"> Ideelle Förderung der Suizidforschung durch das BMG Bewusstseinsbildung bei potenziellen Fördergebern Einreichen gemeinsamer Forschungsanträge Kooperation mit Wirtschaft (z. B. FFG) Hervorheben der Notwendigkeit von Forschung in der Aussendung zum Weltsuizidpräventionstag 	SUPRA, BMGF, Forschungsförderungsinstitute, BMWFW, forschende Institutionen, ÖGS, stat.at	a) Finanzielle Förderung von Suizidforschung wird laufend angeregt b) Anträge sind gestellt c) Kooperation findet statt d) Entsprechende Aussendung ist erfolgt	1	U, S, I	EA
6.3.	Qualitätsstandards für die Suizidprävention sind entwickelt	Umsetzung durch	Messgröße	Zielwert	Präventionsart	Art der Maßnahme
6.3.1.	Einrichten einer Arbeitsgruppe, die sich mit der Etablierung der Maßnahmen 2 und 3 befasst	SUPRA/GÖG	Arbeitsgruppe ist etabliert	1	U, S, I	SP
6.3.2.	Schaffen von Qualitätsstandards für Aus-/Fortbildungen (insbesondere Gatekeeper-Trainings) nach internationalen Vorbildern (z. B. SPRC)	Bund, ÖGS, SUPRA, Institutionen der Suizidprävention	Qualitätsstandards sind angepasst und in Österreich verfügbar gemacht	1	U, S, I	UA
6.3.3.	Schaffen von Qualitätsstandards für die Suizidprävention (Bereiche Forschung, Versorgung, Medien, Suizidmittel ...) nach internationalen Vorbildern (z. B. SPRC)	Bund, ÖGS, SUPRA, Institutionen der Suizidprävention	Qualitätsstandards sind angepasst und in Österreich verfügbar gemacht	1	U, S, I	UA
6.4.	Qualitätssicherung findet statt	Umsetzung durch	Messgröße	Zielwert	Präventionsart	Art der Maßnahme
6.4.1.	Bundesweite Vernetzung und Koordination im Bereich Krisenhilfe	Länder, Träger, ÖGS/SUPRA	Vernetzung und Koordination erfolgen laufend	1	U, S, I	EA

6.4.2.	Schaffen von Qualitätszirkeln (Intervision, Vernetzung, Austausch, Qualitätskontrolle, Innovation ...)	ÖGS, Institutionen der Suizidprävention	Qualitätszirkel werden regelmäßig abgehalten	1	U, S, I	EA
--------	--	---	--	---	---------	----

Legende:

U = Universelle, S = Selektive, I = Indizierte Prävention

SP = Startpaket, qw = quick win, UA = Umsetzungsarbeit, EA = Entwicklungsarbeit

3.2.7 Fundament: Suizidpräventive Rahmenbedingungen

Das Säulenmodell der Suizidprävention fußt auf einem Fundament von Rahmenbedingungen. Diese Rahmenbedingungen haben allesamt suizidpräventive (Neben-)Wirkungen und sind unabdingbare Voraussetzungen für eine funktionierende und nachhaltige Suizidprävention in Österreich.

Die einzelnen Maßnahmen gehen aber über die eigentliche Suizidprävention hinaus, weshalb sie nicht als explizite Suizidpräventionsmaßnahmen in das Säulenmodell aufgenommen wurden. Sie sollten in Abstimmung mit denselben Bereichen umgesetzt werden, die die zentralen Akteure der vorgeschlagenen Maßnahmen (vgl. Tabelle 2 bis Tabelle 7) darstellen.

Tabelle 7: Ziele und Maßnahmen zur Sicherung der suizidpräventiven Rahmenbedingungen, nach Säulen

ad Säule 4: Bewusstsein und Wissen
Nationale Antistigma-Strategien für Risikogruppen (unter Berücksichtigung möglicher Synergien mit Demenzstrategie, Antistigma-Maßnahmen im Zusammenhang mit Gesundheitsziel 9, Aktionsplan Frauengesundheit, Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie, Männergesundheit etc.)
Bewusstseinsbildende Angebote für das GFA-Netzwerk (auch "mental health in health policies") und andere vergleichbare Gatekeeper schaffen
ad Säule 2: Unterstützung und Versorgung (inkl. Palliativ und chron. Krankheiten)
Ausbauen und Sicherstellen von wartezeitfreien, kontinuierlichen, kassenfinanzierten ambulanten therapeutischen Angeboten für Erwachsene, Kinder/Jugendliche* und Familien für die Bereiche: <ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapie • Klinische Psychologie • Psychiatrie • Soziotherapeutische Angebote
Ausbau der stationären Kinder und Jugendpsychiatrie
Ausbau der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgungsangebote
Ausbauen bzw. Schaffen von Angeboten für chronisch kranke Menschen (z. B. Schmerzpatientinnen/-patienten)
ad Säule 2: Unterstützung und Versorgung: Angebote zur Erhaltung von Kommunikation, Sinn, Selbstbestimmung, Autonomie, sozialer Teilhabe/Teilnahme und Förderung von Ressourcen für Risikogruppen sind geschaffen/ausgebaut (Wohnen, Arbeit/Ausbildung, Freizeit)
(Weiter-)Entwicklung neuer Wohnkonzepte für Menschen, die von sozialer Isolation bedroht sind (z. B. Mehrgenerationen-Häuser, Alters-Wohngemeinschaften, Besuchsdienste, Integrationsinitiativen ...)
Neue/alternative Wohnkonzepte für Menschen mit Betreuungsbedarf mit Fokus auf die oben genannten Punkte (weiter-)entwickeln (aufsuchende multiprofessionelle Teams, auch psychosoziales Personal), um selbstständiges Wohnen zu unterstützen/erhalten; Besuchsdienste (auch in Alters-/Pflegeheimen), mehr Autonomie in Heimen, psychosoziale Versorgung
(Weiter-)Entwicklung/Unterstützung von zielgruppenspezifischen „Freizeiträumen“ und Kommunikationsangeboten (Jugendzentren, Peer-Telefondienste für alte Menschen, "Neue Medien", Schulungen für alte Menschen in der Nutzung neuer Medien, Väter ...)
Entwicklung/Umsetzung von Konzepten für jugendliche Schul-/Ausbildungs-Drop-outs („späte Frühintervention“) z. B. Jugendcoaches
Entwicklung/Umsetzung von sinnstiftenden, abgestuften Arbeitsmöglichkeiten abseits des Ersten Arbeitsmarktes
ad Säule 6: Qualitätssicherung und Expertise: Suizidforschung wird gefördert (strukturell, ideell, finanziell)
Schaffen eines funktionalen Zentrums (inklusive Austausch von Studierenden) für Suizidforschung und -prävention (Koordination, Evaluation, Qualitätssicherung, Lehrgänge)

4 Startpaket Suizidprävention

4.1 Ziel und Grundidee des Startpakets

Das Umsetzungskonzept zum SUPRA-Programm besteht aus sechs gleichberechtigten Säulen, die den sechs strategischen Zielen entsprechen, 18 operativen Zielen sowie 70 konkreten Maßnahmen (vgl. Kapitel 3). Für Entscheidungsträger/innen stellt sich bei dieser Vielzahl von Zielen und Maßnahmen die Frage, welche der Maßnahmen die wichtigsten oder dringlichsten sind. Um eine qualitativ hochwertige Suizidprävention in Österreich nachhaltig sicherzustellen, ist es jedoch wichtig, nicht auf Einzelmaßnahmen zu setzen, sondern die Umsetzung eines Pakets von miteinander in Wechselwirkung stehenden Maßnahmen in Angriff zu nehmen.

Vom SUPRA-Expertengremium wurde daher in Kooperation mit GÖG und BMGF das sogenannte „Startpaket Suizidprävention“ entwickelt (s. Tabelle 8). Es enthält zentrale Maßnahmen zu jeder der sechs Säulen, entspricht der föderalen Zuständigkeitsstruktur des Landes und ist mit überschaubarem Aufwand innerhalb von zwei Jahren umsetzbar. Das Startpaket stellt die Basis für Erhaltung bzw. Aufbau einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Suizidprävention dar.

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

Säule	Länderebene	Bundesebene	Implementierung innerhalb von
1	Organisatorische Einbettung der Suizidprävention in eine bestehende Organisations-/Koordinationsstruktur der Länder (z. B. Psychatriekoordination)	Ausbau der SUPRA-Koordinationsstelle auf Bundesebene	1 Jahr
2	Aufbauend auf bestehenden Angeboten: Eine überkonfessionellen 7-Tage/ 24-Stunden-Krisentelefonnummer pro Bundesland	Nationale Hotline, die automatisch zu den Krisentelefonnummern der Länder weiterleitet	1 Jahr
2	Finanzierung/Umsetzung der SUPRA/ÖGS-Gatekeeper-Schulungen	Startfinanzierung für SUPRA/ÖGS-Train-the-Trainer-Programm	2 Jahren
3	Identifizieren und Sichern von Hot Spots	Diskussionsprozess zu gesetzlichen Maßnahmen / Leitlinien starten: Waffen, Medikamente, Bau- und Verkehrsnormen	2 Jahren
4	Informationsveranstaltungen/Seminare für regionale Medien zur Verbreitung der Medienrichtlinien / Beauftragung eines Medienverantwortlichen pro Bundesland	Papageno-Award (inkl. Verbreitung der Medienrichtlinien) – BMGF, SUPRA, ÖGS, WW, Presserat	1 Jahr
5	Implementieren schulischer Suizidprävention YAM / Vorarlberger Modell (Integration in die Programme <i>Eigenständig Werden, Plus, Klartext</i>)	Unterstützung durch BMB und BMGF	2 Jahren
6	Beitrag zum Aufbau von Expertise/Datenbasis seitens der Länder (z. B. in Bezug auf Hot Spots) in Kooperation mit SUPRA/ÖGS-AG-Qualität	Etablieren einer SUPRA/ÖGS-AG-Qualität	1 Jahr

4.2 Maßnahmen des „Startpakets Suizidprävention“

Im Folgenden werden die einzelnen Maßnahmen des Pakets für jede Säule genauer beschrieben.

Säule 1: Koordination und Organisation

Für die Umsetzung des SUPRA-Programmes ist eine formelle Zuständigkeit auf Verwaltungsebene von zentraler Bedeutung. Auf Bundesebene wurde bereits 2012 durch das BMGF die **SUPRA-Koordinationsstelle** eingerichtet, ein Ausbau dieser Stelle ist für die Umsetzung von SUPRA von zentraler Bedeutung.

Auf der **Verwaltungsebene der Länder** ist die Zuständigkeit in der Steiermark und in Vorarlberg über die Psychiatriekoordinationsstellen der beiden Länder zumindest informell geregelt. Die Zuständigkeit auf Verwaltungsebene sollte in allen Bundesländern sichergestellt werden. Die im ÖSG 2017 vorgesehene „Netzwerkkoordination im psychosozialen Bereich“, die unter dem – nicht ganz passenden – Namen „Psychiatriekoordination“ in bereits sechs Bundesländern eingerichtet ist, wäre ein naheliegender Ort zur Anbindung von SUPRA, andere Lösungen wären aber ebenso denkbar.

Dadurch, dass die Koordinationsstelle auf Bundesebene bereits besteht und Netzwerk- bzw. Psychiatriekoordinationsstellen entweder bereits vorhanden oder im Entstehen sind, ist diese Maßnahme relativ rasch (innerhalb eines Jahres) umsetzbar. Die Koordinationsstelle auf Bundesebene sowie die Verantwortlichen auf Länderebene sollten die Umsetzung der Maßnahmen auf ihrer jeweiligen Ebene forcieren.

Säule 2: Unterstützung und Behandlung

Menschen in psychosozialen Krisen und/oder suizidaler Einengung brauchen einen einfachen, schnellen und niederschweligen Zugang zu ersten Hilfsangeboten. Im Zuge der Entwicklung des SUPRA-Webportals wurde klar, dass in Österreich eine **zentrale Kriseninterventionstelefonnummer**, wie sie in vielen anderen Ländern längst existiert, noch fehlt. Im Zuge der Arbeiten zum österreichischen Gesundheitsziel 9 („Psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen fördern“) ist daher die Implementierung einer bundesweit einheitlichen Telefonnummer angedacht, die – ähnlich wie andere Notrufnummern – direkt an eine **lokale Kriseninterventionseinrichtung** weiterleitet.

Es geht hier vorrangig um eine technische Lösung, denn entsprechende Telefonnummern existieren bereits in den meisten Bundesländern. In jenen Bundesländern, in denen solche Nummern noch nicht bestehen, sollen entsprechende Angebote geschaffen werden, wobei die Kombination mehrerer bestehender Angebote möglich ist (z. B. eine Stelle ist tagsüber erreichbar, eine andere während der Nacht). Die regionale Anbindung dieser Hotlines ist deshalb wichtig, da das Service-Personal sowohl die unterschiedlichen regionalen Angebote als auch die geografischen Gegebenheiten kennen muss, was durch eine zentrale Stelle nicht gewährleistet werden kann.

Da entsprechende Telefon-Hotlines bereits in den meisten Bundesländern existieren und es vorrangig um eine technische Lösung geht, erscheint die Umsetzung innerhalb eines Jahres möglich.

Neben der Möglichkeit der raschen telefonischen Hilfe ist es besonders wichtig, dass sogenannte **„Gatekeeper“** – das sind Personen- und Berufsgruppen, die mit Menschen in suizidalen Krisen in Kontakt kommen (z. B. AMS-Mitarbeiter/innen, Lehrpersonal, Polizei, Ärztinnen/Ärzte, ehrenamtlichen Helfer/innen) – im Umgang mit gefährdeten Menschen entsprechend geschult werden, um Suizidalität erkennen und helfen bzw. effektiv weitervermitteln zu können. Im Rahmen der SUPRA-Arbeiten wurden bereits qualitätsgesicherte Schulungsunterlagen und Broschüren erstellt. Um die flächendeckende Schulung von Gatekeepern sicherzustellen, sind ausreichend viele qualifizierte Trainer/innen erforderlich.

In einer gemeinsamen Arbeitsgruppe der Österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention (ÖGS) und des Expertengremiums von SUPRA wurden mittlerweile Kriterien für die Zertifizierung von Gatekeeper-Trainern/-Trainerinnen erarbeitet und ein Rohkonzept für ein **Train-The-Trainer-Programm** erstellt. Als zweite Maßnahme zur Säule „Unterstützung und Behandlung“ ist daher die Finanzierung der Entwicklung des Train-The-Trainer-Programms sowie die Umsetzung der Gatekeeper-Trainings in den einzelnen Bundesländern vorzusehen. Da hier die Vorarbeiten schon weit gediehen sind, erscheint der Start dieser Maßnahme innerhalb von zwei Jahren als realistisch.

Säule 3: Restriktion der Suizidmittel

Ist der Zugang zu (vermeintlich) sicheren Suizidmethoden erschwert, weichen Menschen in suizidalen Krisen nicht einfach auf andere Methoden aus. Der erschwerte Zugang zu sogenannten „Suizidmitteln“ (diese reichen von Waffen bis zum Zugang zu ungesicherten Plattform von Hochhäusern oder Brücken) ist eine wichtige und effektive Maßnahme der Suizidprävention. International gibt es zahlreiche erfolgreiche Beispiele für das Absichern sogenannter „**hot spots**“. Unter hot spots werden Stellen – wie Brücken, Hochhäuser oder Bahnstrecken – bezeichnet, an denen gehäuft Suizide aufgetreten sind. Die internationalen Beispiele zeigen, dass oft schon relativ simple bauliche Maßnahmen wie Zäune oder höhere Geländer Suizide verhindern.

In der Steiermark gibt es aktuell (auch im Zusammenhang mit dem steirischen Suizidpräventionsprojekt GO-ON) eine Initiative, hot spots zu sichern. Da dank der Suizidforschung viele der noch ungesicherten hot spots in Österreich bekannt sind und ihre Zahl überschaubar ist, ist – neben dem weiteren Identifizieren von hot spots – die Maßnahme, diese hot spots in den einzelnen Ländern zu sichern, mit relativ wenig Aufwand verbunden und rasch umsetzbar.

Neben der Sicherung von hot spots ist es von zentraler Bedeutung, durch entsprechende **rechtliche Rahmenbedingungen** den Zugang zu Suizidmitteln zu erschweren. In der Vergangenheit ist zum Beispiel im Bereich Arzneimittelsicherheit bereits viel passiert. Manche Wirkstoffe wurden vom Markt genommen oder Packungsgrößen verringert. In anderen Bereichen wie Gebäudesicherheit, Verkehr oder Waffengesetzgebung gäbe es noch Möglichkeiten, suizidpräventive Aspekte zu integrieren. Eine auf 14 Tage verlängerte „Cool off“-Frist für Erstkäufer/innen von Waffen wäre beispielsweise eine solche Möglichkeit.

Als Maßnahme zur Säule „Restriktion der Suizidmittel“ sollte vom BMGF ein Diskussionsprozess mit den jeweils zuständigen Ministerien innerhalb eines Jahres in Gang gesetzt werden.

Säule 4: Bewusstsein und Wissen

Die Verbreitung und Anwendung der Richtlinien zur medialen Berichterstattung über Suizide ist national wie international eine Erfolgsgeschichte der Suizidprävention. Mittlerweile konnte auch nachgewiesen werden, dass eine bestimmte Form der Berichterstattung nicht nur Imitationssuizide verhindert („Werther-Effekt“), sondern generell suizidpräventiv wirken kann („Papageno-Effekt“).

Im Jahr 2012 verankerte der österreichische Presserat die suizidpräventive Berichterstattung in seinem Ehrenkodex. Zur weiteren Verbreitung der Medienrichtlinien und zur Förderung einer suizidpräventiven Berichterstattung sollte vom BMGF in Kooperation mit dem österreichischen Presserat, der Wiener Werkstätte für Suizidforschung und der österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention der jährlich zu vergebende sogenannte „**Papageno-Award**“ für die beste suizidpräventive journalistische Tätigkeit ausgelobt werden. Der Preis sollte im Rahmen der jährlichen Preisverleihung zum Journalisten / zur Journalistin des Jahres vergeben werden. Da es vor allem um eine ideelle Anerkennung geht und der Preis im Rahmen einer bereits existierenden Veranstaltung vergeben werden soll, ist die Umsetzung innerhalb eines Jahres realistisch. Zur

weiteren Verbreitung der Medienrichtlinien sollen in den Bundesländern **Informationsveranstaltungen oder Seminare** für die lokalen Medien abgehalten werden.

Säule 5: Einbettung in Prävention und Gesundheitsförderung

Im Zuge der SEYLE-Studie (Saving and Empowering Young Lives in Europe) konnte die suizidpräventive Wirkung des YAM-Programmes (Youth Aware of Mental Health) eindrucksvoll bewiesen werden, die Ergebnisse wurden im renommierten Journal „The Lancet“ publiziert [14]. In Tirol wird das Programm bereits breiter ausgerollt. Auch in Vorarlberg baut die auch mit Suizidprävention betraute Fachstelle für Suchtprävention (SUPRO) die Erkenntnisse aus der SEYLE-Studie in Suizidpräventionsmodule von bereits erfolgreich laufenden und qualitätsgesicherten Suchtpräventionsprogrammen (Eigenständig Werden, Plus, Klartext) ein.

Da die Suchtprävention über Fachstellen in jedem Bundesland und mit der *ARGE Suchtvorbeugung* über eine Dachorganisation verfügt und da Programme wie *Eigenständig Werden* oder *Plus* bundesweit zur Verfügung stehen, wäre die Integration der Suizidpräventionsmodule und damit der Ausbau der schulischen Suizid- und Suchtprävention mit relativ geringem Aufwand innerhalb von zwei Jahren möglich. Die Implementierung der **schulischen Suizidprävention** soll durch das Bundesministerium für Bildung und das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen unterstützt werden.

Säule 6: Qualitätssicherung und Expertise

Eines der Hauptziele von SUPRA ist, die qualitativ hochwertige Suizidprävention in Österreich sicherzustellen. Im Rahmen des bereits seit 2012 existierenden Expertengremiums soll in Kooperation mit der Österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention (ÖGS) eine eigene **Arbeitsgruppe** eingerichtet werden, die sich mit **Qualitätsstandards** für die diversen Aus- und Weiterbildungen sowie für die anderen Bereiche der Suizidprävention (Forschung, Versorgung, Medien, Suizidmittel ...) befasst. Die Bundesländer müssen dafür sorgen, dass die für Forschung und Qualitätssicherung notwendige **Datenbasis** geschaffen und gesichert wird (z. B. für die Identifikation von Hot spots). Die Umsetzung dieser Maßnahme ist innerhalb eines Jahres möglich.

5 Literatur

- [1] Kapusta N, Grabenhofer-Eggerth A, Blüml V, Klein J, Baus N, Huemer J. **Suizid und Suizidprävention in Österreich. Basisbericht 2013.** Wien: Bundesministerium für Gesundheit, 2014. Available online: www.bmg.gv.at.
- [2] Grabenhofer-Eggerth K, Nestor. **Suizid und Suizidprävention in Österreich.** Wien: Bundesministerium für Gesundheit, 2015. Available online: www.bmg.gv.at.
- [3] Grabenhofer-Eggerth A, Kapusta N. **Suizid und Suizidprävention in Österreich.** Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2016.
- [4] Sonneck G, Hirnsperger H, Mundschutz R. **Suizid und Suizidprävention 1938-1945 in Wien.** Neuropsychiatr, 2012; 26/(3):-111-120.
- [5] Flavio M, Martin E, Pascal B, Stephanie C, Gabriela S, Merle K, Anita RR. **Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour.** SWISS MED WKLY, 2013: 143/-w13759.
- [6] Kolves K, Kolves KE, De Leo D. **Natural disasters and suicidal behaviours: a systematic literature review.** J Affect Disord, 2013: 146/(1):-1-14.
- [7] Spittal MJ, Pirkis J, Miller M, Studdert DM. **Declines in the lethality of suicide attempts explain the decline in suicide deaths in Australia.** PLoS One, 2012: 7/(9):-e44565.
- [8] De Munck S, Portzky G, Van Heeringen K. **Epidemiological trends in attempted suicide in adolescents and young adults between 1996 and 2004.** Crisis, 2009: 30/(3):-115-119.
- [9] Sonneck G. **Österreichischer Suizidpräventionsplan SPA. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales.** 2000.
- [10] BMG. **SUPRA - Suizidprävention Austria.** Wien: Bundesministerium für Gesundheit, 2011.
- [11] WHO. **Preventing suicide. A global imperative A global imperative.** Luxembourg: World Health Organization, 2014.
- [12] Krysinska K, Batterham PJ, Tye M, Shand F, Cleave AL, Cockayne N, Christensen H. **Best strategies for reducing the suicide rate in Australia.** The Australian and New Zealand journal of psychiatry, 2016: 50/(2):-115-118.
- [13] Christensen H, Cuijpers P, Reynolds CF, 3rd. **Changing the Direction of Suicide Prevention Research: A Necessity for True Population Impact.** JAMA Psychiatry, 2016: 73/(5):-435-436.
- [14] Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G, Kelleher I, Sarchiapone M, Apter A, Balazs J, Bobes J, Brunner R, Corcoran P, Cosman D, Guillemin F, Haring C, Iosue M, Kaess M, Kahn JP, Keeley H, Musa GJ, Nemes B, Postuvan V, Saiz P, Reiter-Theil S, Varnik A, Varnik P, Carli V. **School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial.** Lancet, 2015: 385/(9977):-1536-1544.

www.bmgf.gv.at

Dieser mittlerweile vierte Bericht aus der Reihe der Suizidberichte liefert abermals ein Update zu den wichtigsten Zahlen, Daten und Fakten zu Suiziden in Österreich. Die diesjährigen Schwerpunkte stellen das umfassende Umsetzungskonzept des SUPRA-Programms sowie das dazugehörige Startpaket zur Umsetzung erster Maßnahmen auf der gesamten Bundesebene vor.