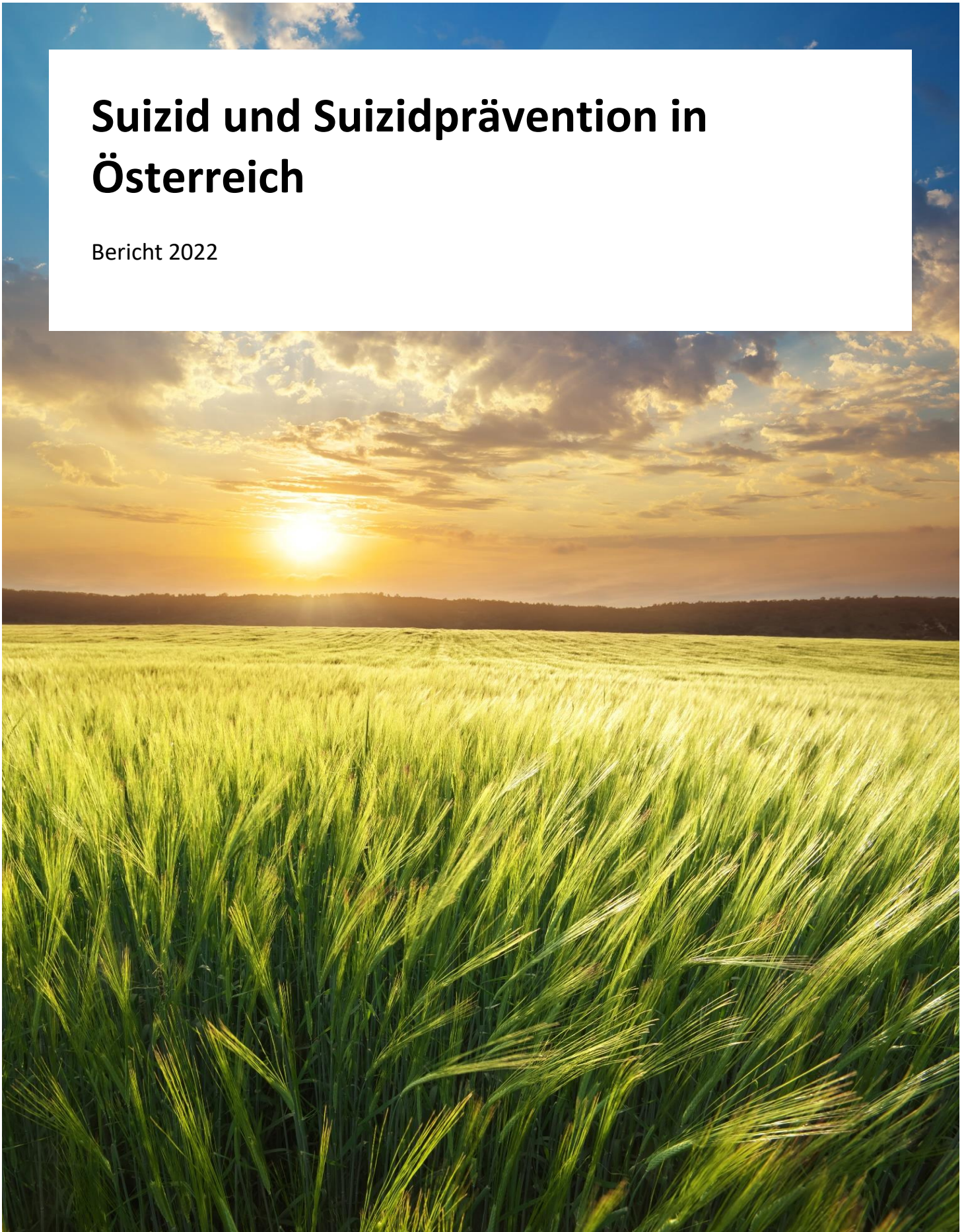


Suizid und Suizidprävention in Österreich

Bericht 2022



SUPRA-Expert:innengremium: Jörg Auer, Raphaela Banzer, Martin Baumgartner, Silvia Breitwieser, Lisa Brunner, Florian Buchmayer, Hans Burgstaller, Eberhard Deisenhammer, Kanita Dervic, Christina Dietscher, Gudrun Egger, Wolfgang Grill, Brigitte Hackenberg, Beatrix Haller, Christian Haring, Karl Hruby, Christoph Kabas, Thomas Kapitany, Nestor Kapusta, Susanna Krainz, Sigrid Krisper, Ewald Lochner, Golli Marboe, Gerhard Miksch, Sigrid Moser, Silvi Muehringer, Thomas Niederkrotenthaler, Paul Plener, Martin Plöderl, Andreas Prenn, Katharina Purtscher-Penz, Gerlinde Rohrauer-Näf, Dan Rujescu, Susanne Schmiedhuber, Ulrike Schrittwieser, Regina Seibl, Gernot Sonneck, Claudius Stein, Konrad Tamegger, Carlos Watzka, Mara Wiesbauer, Constantin Zieger

Impressum

Medieninhaber und Herausgeber: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) Stubenring 1, 1010 Wien

Verlags- und Herstellungsort: Wien

Redaktion: Alexander Grabenhofer-Eggerth, Beate Gruber, Michaela Pichler, Nestor Kapusta

Copyright Titelbild: © istockphoto.com/IGOR GONCHARENKO

Druck: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)
Wien, 2022

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

Im Falle von Zitierungen (im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten) ist als Quellenangabe anzugeben: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (Hg.); Suizid und Suizidprävention in Österreich. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien, 2022.

Bestellinfos: Diese und weitere Publikationen sind kostenlos über das Broschürenservice des Sozialministeriums unter www.sozialministerium.at/broschuerenservice sowie unter der Telefonnummer 01 711 00-86 25 25 zu beziehen.

Kurzfassung

Der vorliegende Bericht bietet ein Update der wichtigsten Daten und Fakten zum Thema Suizid und Suizidprävention in Österreich.

Daten und Fakten zu Suizid in Österreich

Im Jahr 2021 starben in Österreich 1.099 Personen durch Suizid, mehr als dreimal so viele wie im Straßenverkehr. Dies entspricht einer bevölkerungsbezogenen standardisierten Suizidrate von 13,0 pro 100.000 Einwohner/-innen. Seit den 1980er-Jahren war ein deutlicher Rückgang der Suizidhäufigkeit zu beobachten, der sich im Zuge der weltweiten Wirtschaftskrise zwischen 2008 und 2014 stark verlangsamte. Der relative Rückgang seit 1986 ist bei Frauen stärker ausgeprägt als bei Männern. Mehr als drei Viertel der Suizidtoten sind Männer.

Die anteilmäßig meisten **Suizide** werden im mittleren Lebensalter begangen (Altersgruppe 45–64 Jahre: rd. 35 % der Suizide). Die bevölkerungsbezogene Suizidrate steigt jedoch mit dem Alter an. Das Suizidrisiko ist in der Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen fast zweieinhalb-mal, in der Altersgruppe der 85- bis 89-Jährigen über viereinhalbmal so hoch wie jenes der Durchschnittsbevölkerung. Wien, Burgenland und Vorarlberg waren in den letzten fünf Jahren die Bundesländer mit den niedrigsten, Kärnten und die Steiermark jene mit den höchsten Suizidraten. Die häufigste Suizidmethode in Österreich ist das Sich-Erhängen (45 %), danach folgen der Gebrauch von Schusswaffen (21 %) und der Sturz in die Tiefe (11 %).

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

Schlüsselwörter

Suizid, Suizidprävention, SUPRA, Joint Action ImpleMENTAL, Papageno Medienpreis, Postvention, Gatekeeper, Krisenhotline

Inhalt

Kurzfassung	3
Abbildungsverzeichnis.....	6
Abkürzungen.....	7
1 Einleitung	9
2 Daten zu Suiziden in Österreich	10
2.1 Suizide in Österreich	10
2.2 Altersspezifische Verteilung von Suiziden	11
2.3 Häufigkeit der Todesursache Suizid im Vergleich zu anderen Todesursachen	12
2.4 Suizidraten im Bundesländervergleich	14
2.5 Suizidmethoden	14
2.6 Suizidversuche	15
2.7 COVID-19 Pandemie, andere Krisen und Suizid	16
3 SUPRA als Best-Practice-Modell – Joint Action ImpleMENTAL	18
4. Aktivitäten der SUPRA- Koordinationsstelle 2021/2022	25
5. Quellenverzeichnis	28

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verlauf der standardisierten Suizidraten (pro 100.000 EW) in Österreich 1980–2021.....	10
Abbildung 2: Standardisierte Suizidraten (pro 100.000 EW; Fünf-Jahres-Durchschnitt 2017–2021) nach Altersgruppen.....	11
Abbildung 3: Standardisierte Suizidraten (pro 100.000 EW) in Österreich 1980–2021 nach Altersgruppen.....	12
Abbildung 4: Todesursachen in Österreich im Jahr 2021 nach Altersgruppen (pro 100.000 EW)	12
Abbildung 5: Standardisierte Suizidraten (pro 100.000 EW) in den österreichischen Bundesländern und in Gesamtösterreich (Fünf-Jahres-Durchschnitt 2017–2021)	14
Abbildung 6: Angewandte Suizidmethoden im Jahr 2021 nach Geschlecht in Prozent	15
Abbildung 7: Das SUPRA-Säulenmodell	19
Abbildung 8: Maßnahmen des Startpakets inklusive Zeithorizont für die Umsetzung, nach Säule und Zuständigkeit	20

Abkürzungen

AGUS	Angehörige um Suizid e.V. (Deutschland)
BKA	Bundeskanzleramt
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Bundesministerium für Inneres
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
EW	Einwohner und Einwohnerinnen
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ÖGS	Österreichische Gesellschaft für Suizidprävention
stat.at	Statistik Austria
SUPRA	Suizidprävention Austria
VIZ	Vergiftungsinformationszentrale

1 Einleitung

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

- Basisbericht 2013: inkl. Daten der Vergiftungsinformationszentrale (VIZ) zu intentionalen Selbstvergiftungen; Schwerpunktkapitel: Alters- und geschlechtsspezifische Aspekte von Suizidalität, Suizidprävention in Österreich (Bestandsaufnahme) (Kapusta et al. 2014)
- Bericht 2014: Tagungsband zur SUPRA-Vernetzungstagung „Suizidprävention in Österreich – Status quo und Perspektiven“ vom 5. 9. 2014 (Grabenhofer-Eggerth/Kapusta 2015)
- Bericht 2015: E-Mail-Beratung für Menschen in psychosozialen Krisen des Kriseninterventionszentrums Wien, die Rolle der Online-Medien für die Suizidprävention (Grabenhofer-Eggerth/Kapusta 2016)
- Bericht 2016: SUPRA-Umsetzungskonzept, Startpaket Suizidprävention (Grabenhofer-Eggerth et al. 2017). Der Bericht 2016 nahm eine besondere Stellung in der Reihe der Suizidberichte ein, da er das für die nächsten Jahre leitende Umsetzungskonzept zu SUPRA sowie das „Startpaket Suizidprävention“ und die priorisierten Sofortmaßnahmen der österreichischen Suizidprävention beschreibt.
- Bericht 2017: inkl. Webportal www.suizid-praevention.gv.at, Suizidrisiko bei Männern, Schulische Suizidprävention, Brückensicherung, menschenrechtliche Standards der Suizidprävention im BMI, Ausbau der Suizidprävention in der Steiermark (Grabenhofer-Eggerth/Kapusta 2018)
- Bericht 2018: inkl. Aktivitäten in der Postvention, Umsetzungsschritte von SUPRA Kärnten, Train-the-Trainer-Programm für Gatekeeper-Schulungen, begleitete Film- und Theateraufführungen zum Thema Suizid, Papageno-Medienpreis (BMSGK 2019)
- Bericht 2019: Monitoring der Umsetzung (BMSGPK 2020)
- Bericht 2020: Monitoring der Umsetzung (BMSGPK 2021a)
- Bericht 2021: Daten zu Suiziden und österreichische Fachpublikationen, Stellungnahmen zu Gesetzesentwürfen (BMSGPK 2021b)

¹ Die Berichte sind auf der Homepage des BMSGPK als Download verfügbar: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Psychische-Gesundheit/Suizid-und-Suizidpr%C3%A4vention-SUPRA.html> (abgerufen am 25. 10. 2022)

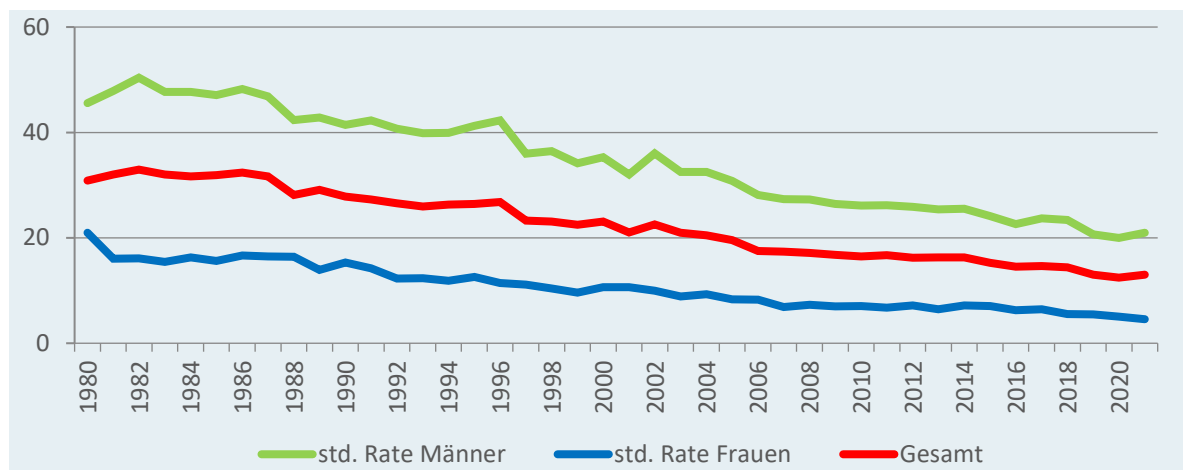
2 Daten zu Suiziden in Österreich

2.1 Suizide in Österreich

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

Die Suizidhäufigkeit nahm seit 1970 zunächst stetig zu und erreichte mit 2.139 Personen (standardisierte Rate: 32,4 Suizide pro 100.000 Einwohner/-innen [EW]) im Jahr 1986 einen Höchststand, wie er zuletzt während des Zweiten Weltkriegs zu beobachten gewesen war (Sonneck et al. 2012). Seit den 1980er-Jahren ist ein deutlicher Rückgang zu beobachten. Mit Beginn der weltweiten Wirtschaftskrise im Jahr 2008 verlangsamte sich dieser Rückgang jedoch deutlich und ging von 17,1 im Jahr 2008 auf 13,0 Suizide pro 100.000 EW im Jahr 2021, dem jüngsten verfügbaren Datenjahr, zurück (s. Abbildung 1). Der Rückgang setzte sich auch in den ersten beiden Pandemie Jahren fort. Mit insgesamt 1.099 durch Suizid verstorbenen Personen (ICD10-Codes: X60–X84, Y87.0) im Jahr 2021 beträgt der Rückgang gegenüber dem Jahr 1986 rund 49 Prozent. Der relative Rückgang der Suizidraten im Vergleich der Jahre 1986 und 2021 beträgt rund 60 Prozent.

Abbildung 1: Verlauf der standardisierten Suizidraten (pro 100.000 EW) in Österreich 1980–2021



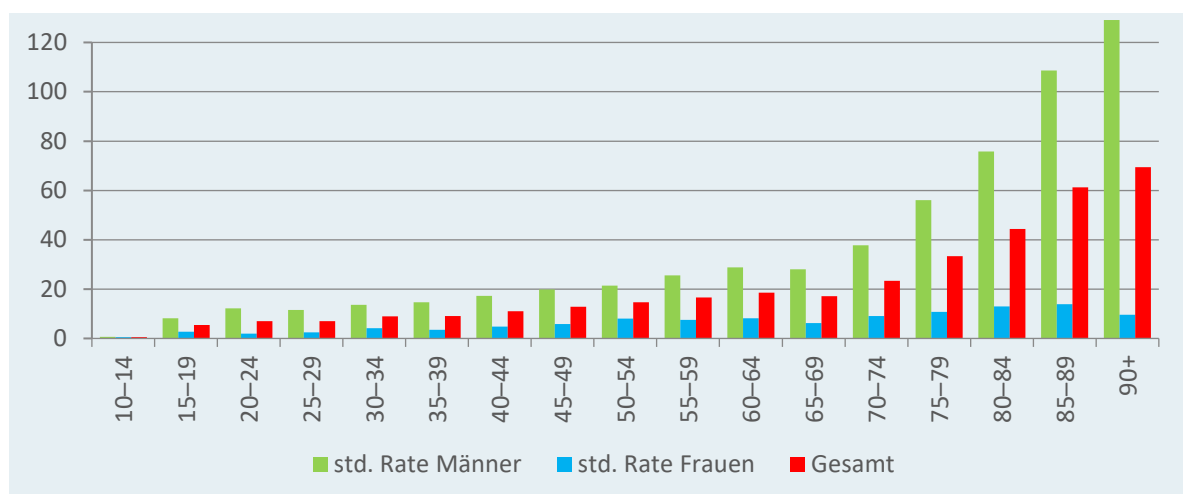
Quelle/Rohdaten: Statistik Austria; Berechnung und Darstellung: GÖG (Standardbevölkerung Europa 2013)

Im Jahr 2021 suizidierten sich in Österreich 879 Männer und 220 Frauen. Das entspricht einer Suizidrate für Männer von 21,0 pro 100.000 EW und für Frauen von 4,6 pro 100.000 EW sowie einer Gesamtsuizidrate von 13 pro 100.000 EW (s. Abbildung 1). Der relative Rückgang der Suizidraten im Vergleich der Jahre 1986 und 2021 ist mit rund 73 Prozent bei den Frauen stärker ausgeprägt als bei den Männern mit etwa 57 Prozent.

2.2 Altersspezifische Verteilung von Suiziden

Die Suizidrate steigt in Österreich mit dem Alter an (Durchschnitt über die Jahre 2016–2021). Das Suizidrisiko ist in der Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen fast zweieinhalbmals, in der Altersgruppe der 85- bis 89-Jährigen über viereinhalbmals so hoch wie jenes der Durchschnittsbevölkerung (s. Abbildung 2).

Abbildung 2: Standardisierte Suizidraten (pro 100.000 EW; Fünf-Jahres-Durchschnitt 2017–2021) nach Altersgruppen

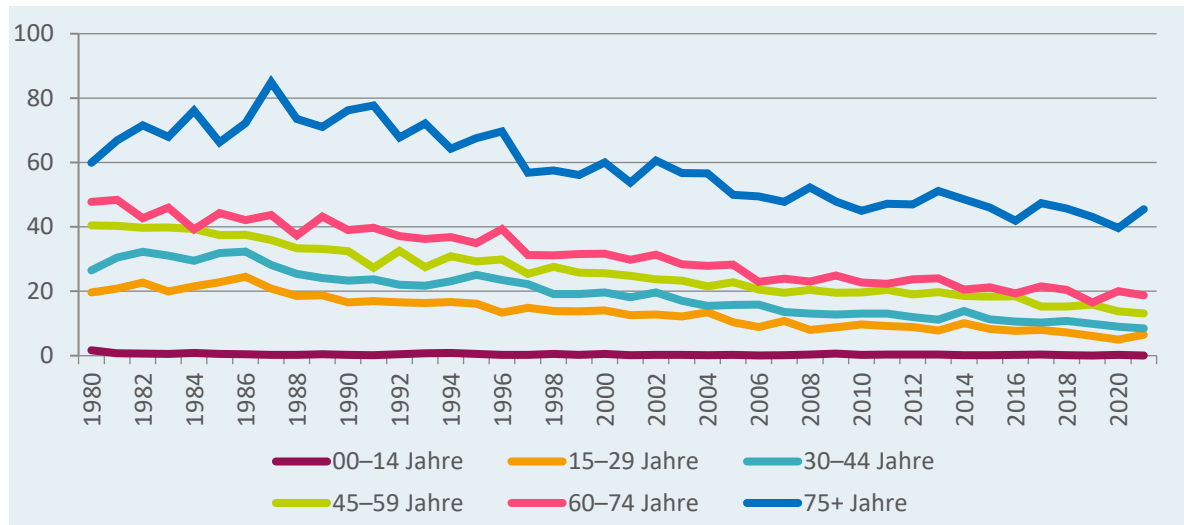


Quelle/Rohdaten: Statistik Austria; Berechnung und Darstellung: GÖG (Standardbevölkerung Europa 2013)

Betrachtet man die absoluten Zahlen, so zeigt sich, dass die meisten Suizide im mittleren Lebensalter zu verzeichnen sind (rund 35 % aller Suizide finden sich in der Altersgruppe 45–64 Jahre). Absolut liegt der Häufigkeitsgipfel im Altersfeld 50–59 Jahre. Betrachtet man die relative Häufigkeit, zeigen sich in den höchsten Altersgruppen die höchsten Suizidraten (s. Abbildung 2 und Abbildung 3).

Im Zeitraum 1980–2021 konnte – mit einigen Schwankungen – bei allen Altersgruppen ein rückläufiger Trend der Suizidraten verzeichnet werden (s. Abbildung 3).

Abbildung 3: Standardisierte Suizidraten (pro 100.000 EW) in Österreich 1980–2021 nach Altersgruppen

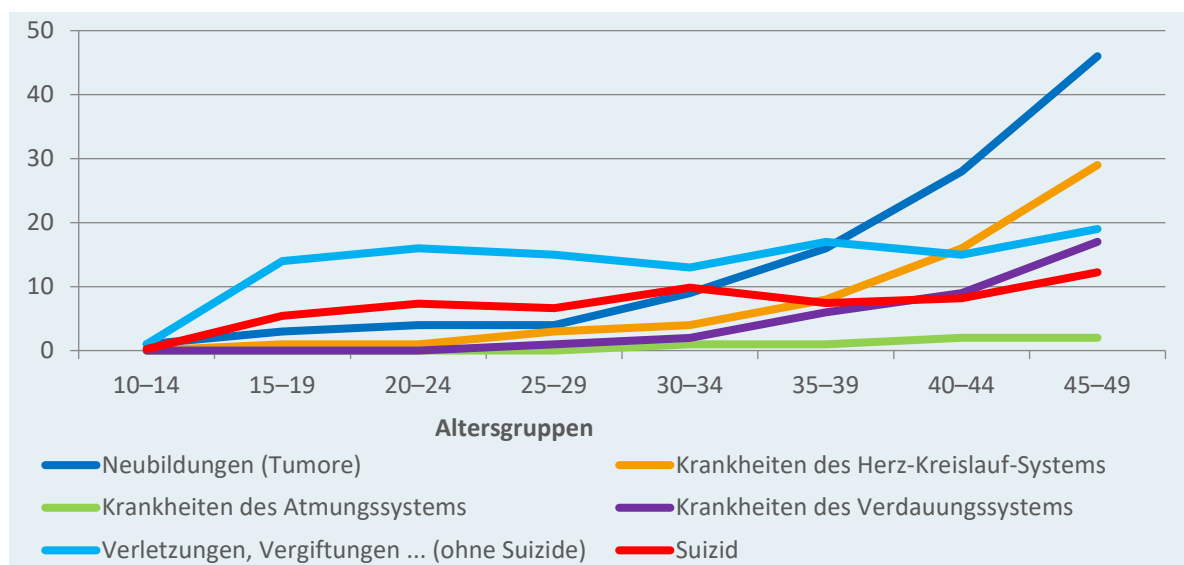


Quelle/Rohdaten: Statistik Austria; Berechnung und Darstellung: GÖG (Standardbevölkerung Europa 2013)

2.3 Häufigkeit der Todesursache Suizid im Vergleich zu anderen Todesursachen

In Österreich ist Suizid sowohl bei Männern als auch bei Frauen bis zum 50. Lebensjahr eine der häufigsten Todesursachen, in der Altersgruppe 20 bis 29 Jahre insgesamt sogar die zweithäufigste (s. Abbildung 4).

Abbildung 4: Todesursachen in Österreich im Jahr 2021 nach Altersgruppen (pro 100.000 EW)



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

Ein eindrückliches Bild zeigt die Gegenüberstellung der Verkehrstotenzahlen mit der Anzahl der durch Suizid verstorbenen Personen im Zeitverlauf: Zu Beginn der 1970er-Jahre war die Anzahl der Verkehrstopfer mit 2.675 noch deutlich höher als jene der Suizide mit 1.789. In den darauffolgenden Jahren ist die Zahl der Verkehrstoten – unter anderem durch Maßnahmen der Verkehrssicherheit – beträchtlich zurückgegangen, sodass seit Mitte der 1980er-Jahre die Anzahl der Verkehrstoten in Österreich unter jener der durch Suizid Verstorbenen liegt. Im Jahr 2021 wurden mit 1.099 Suiziden über dreimal so viele Suizide wie Verkehrstote (362 Personen²) verzeichnet.

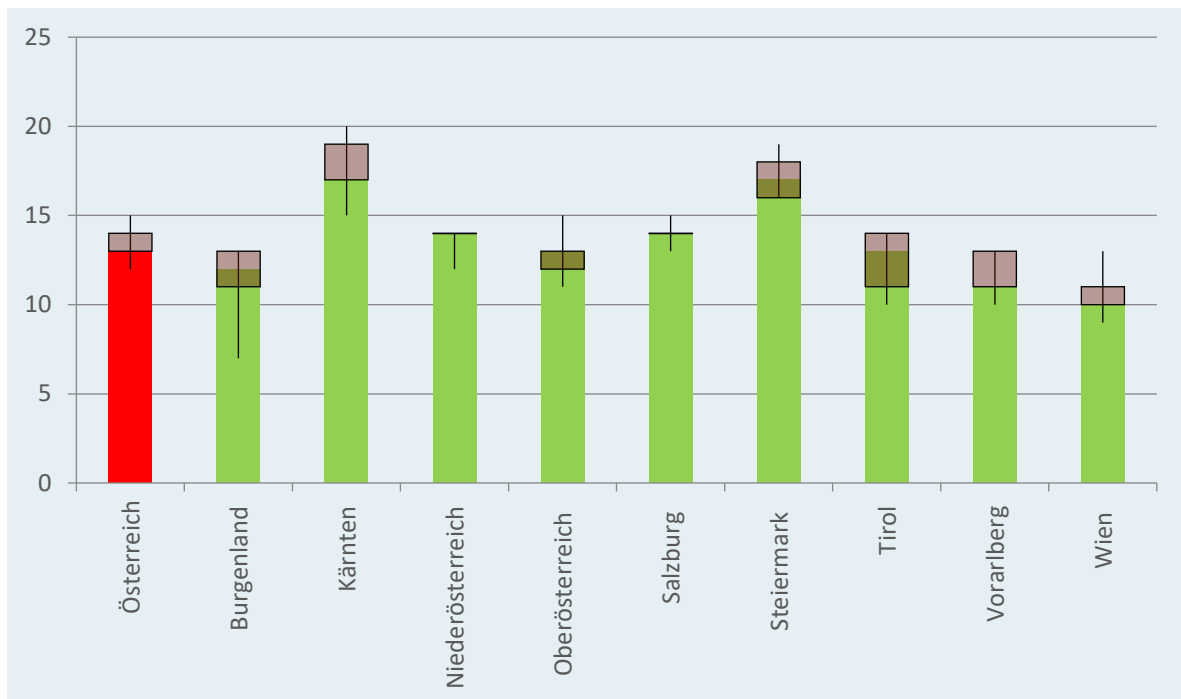
Der starke Rückgang der Anzahl der Verkehrstoten durch die erfolgreichen Bemühungen und verkehrssicherheitstechnischen Investitionen zur Unfallprävention wirft die Frage auf, welche Ansatzpunkte daraus – trotz evidenter Unterschiede dieser beiden Mortalitätsgruppen – für die Suizidprävention abzuleiten wären. Bezugnehmend auf den aktuellen Konsensus betreffend die Evidenzlage hinsichtlich der Wirksamkeit suizidpräventiver Maßnahmen (Zalsman et al. 2017), zeigt sich, dass u. a. die Implementierung von Restriktionsmaßnahmen erfolgversprechend wäre. Restriktionsmaßnahmen reduzieren die Verfügbarkeit bestimmter Mittel oder schränken diese per Gesetz ein, sodass der Zugang dazu erschwert wird (bessere psychologische Tests vor dem Erwerb von Schusswaffen, Sicherung von Gebäuden und Brücken, Reduktion von Packungsgrößen bestimmter Medikamente u. v. m.). Aktuelle Rahmenwerke der Suizidprävention empfehlen jedenfalls einen mehrdimensionalen Zugang, der auf mehreren Ebenen zugleich ansetzt und das Individuum, das interpersonelle Geschehen, den Kontext und die gesellschaftliche Dimension im Sinne eines „socio-ecological model“ in einem nationalen Suizidpräventionsprogramm gleichermaßen adressiert (Cramer/Kapusta 2017). Dieser Ansatz findet im SUPRA-Umsetzungskonzept (Grabenhofer-Eggerth et al. 2017) Berücksichtigung, welches aktuell als Best-Practice Modell im Rahmen einer groß angelegten Joint Action in 17 EU-Ländern für die Entwicklung beziehungsweise Adaption von Suizidpräventionsstrategien dient (siehe dazu Kapitel 3).

² Quelle: Statistik Austria: <https://www.statistik.at/statistiken/tourismus-und-verkehr/unfaelle/strassenverkehrsunfaelle> (Zugriff am 14. 10. 2022)

2.4 Suizidraten im Bundesländervergleich

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

Abbildung 5: Standardisierte Suizidraten (pro 100.000 EW) in den österreichischen Bundesländern und in Gesamtösterreich (Fünf-Jahres-Durchschnitt 2017–2021)



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

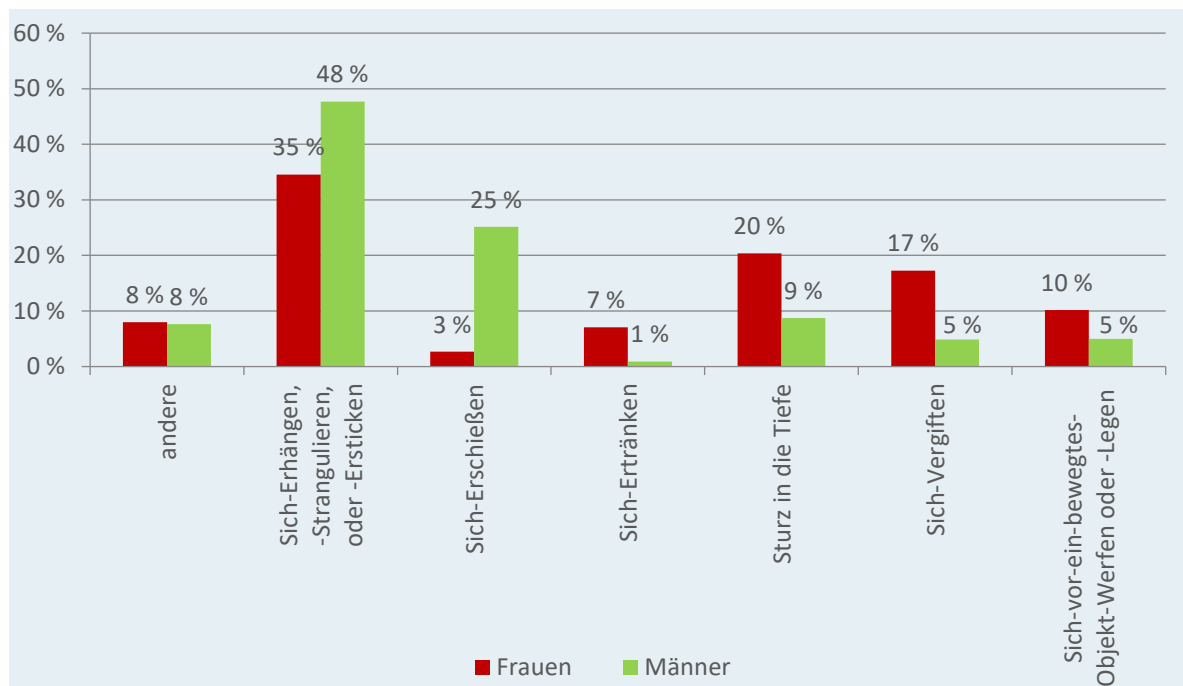
2.5 Suizidmethoden

Die aktuellen Zahlen aus dem Jahr 2021 zeigen, dass Sich-Erhängen (bzw. -Strangulieren oder -Ersticken) weiterhin die in Österreich am häufigsten angewandte Suizidmethode darstellt. 497 Suizide (45 % aller Suizide) erfolgten auf diese Weise. An zweiter Stelle stand das Sich-Erschießen mit 21 Prozent, gefolgt von dem Sturz in die Tiefe (11 %), dem Sich-Vergiften (7 %) sowie dem Sich-vor-ein-bewegtes-Objekt-Werfen oder -Legen (6 %). Sich-Ertränken betraf rund zwei Prozent aller Suizide.

Andere Suizidmethoden (vorsätzliches Verursachen eines Unfalls, Selbstverbrennung, Selbsttötung mit scharfem oder stumpfem Gegenstand und andere unbestimmte Methoden) machten zusammen etwa acht Prozent aller Suizide im Jahr 2021 aus. Auch wenn die häufigste Suizidmethode beider Geschlechter das Sich-Erhängen (bzw. -Strangulieren oder -Ersticken) ist, unterscheiden sich die Methoden zwischen Männern und Frauen beträchtlich. Frauen vergiften sich mehr als dreimal so oft wie Männer oder stürzen sich auch doppelt so oft in die Tiefe. Männer erschießen sich viel öfter (25 % vs. 3 %). (s. Abbildung 6).

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

Abbildung 6: Angewandte Suizidmethoden im Jahr 2021 nach Geschlecht in Prozent



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 jene der tatsächlich durch Suizid verstorbenen Personen um das Zehn- bis Dreißigfache übersteigt (De Munck et al. 2009; Flavio et al. 2013; Kolves et al. 2013; Spittal et al. 2012). Demnach kann in Österreich von etwa 11.000 bis 32.000 Suizidversuchen pro Jahr ausgegangen werden. Vergiftungen stellen dabei etwa 70 bis 75 Prozent aller Suizidversuche dar (Flavio et al. 2013; Spittal et al. 2012). Frauen unternehmen Suizidversuche häufiger als Männer (Canetto/Sakinofsky 1998).

2.7 COVID-19 Pandemie, andere Krisen und Suizid

Bereits zu Beginn der Pandemie wurde vor den gravierenden Folgen auf die psychische Gesundheit sowie einer möglichen Zunahme an Suiziden gewarnt (Gunnell et al. 2020). Aufgrund von Erfahrungen aus vorangegangenen Epidemien und Krisen erschien es plausibel, dass die Suizidraten in einer ersten akuten Phase der physischen Bedrohung durch COVID-19 abnehmen, und später wieder ansteigen würden – im ungünstigsten Fall über das Ausgangsniveau hinaus (Pirkis et al. 2021; UN 2020). Die Entwicklung der Suizidraten zu Beginn der COVID-19-Pandemie zeigte international kein einheitliches Bild (Deisenhammer/Kemmler 2021; Pirkis et al. 2021; Tanaka/Okamoto 2021). In einigen Ländern wurde der prognostizierte vorläufige Rückgang beobachtet, während in anderen die Suizidraten stabil blieben, lediglich in wenigen Ländern kam es zu einem unmittelbaren Anstieg der Suizidraten (Pirkis et al. 2021). Insgesamt wurde bisher kein systematischer Anstieg registriert (Efstathiou et al. 2022).

Um die psychosoziale Gesundheit der österreichischen Bevölkerung im Blick zu behalten und gegebenenfalls zeitnah mit Maßnahmen reagieren zu können, gab das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) im Herbst 2020 ein Projekt zum *Monitoring der psychosozialen Gesundheit* in Auftrag. Durch das Hinzukommen und die Zuspitzung weiterer Krisen wie der Ukraine Krise oder der Klimakrise hat die engmaschige Beobachtung der psychosozialen Gesundheit seitdem weiter an Bedeutung gewonnen.

Im Rahmen des Projekts wurde von der Gesundheit Österreich GmbH unter Einbindung von Expert:innen ein Konzept für eine engmaschige Mental Health Surveillance anhand von regelmäßig verfügbaren Daten erarbeitet. Das Konzept baut auf der Zusammenschau möglichst vieler verschiedener Indikatoren und Datenquellen auf. Einbezogen werden Daten zu:

- Psychosozialen Belastungen in der Bevölkerung allgemein (v. a. Hotline-Daten)
- Familiären Belastungen und Gewalt (Annäherungs- und Betretungsverbote, Männernotruf, Frühe Hilfen, ...)
- Sozioökonomischer Situation und Arbeitslosigkeit (AMS-Daten)
- (Behandelten) psychischen Erkrankungen (Krankenhausdaten)
- Suizidalität (Suizidgedanken, Suizidversuche und Suizide)

Zur Beobachtung der Entwicklung von Suizidgedanken, Suizidversuchen und Suiziden werden folgende Datenquellen herangezogen:

- Anzahl von Beratungen mit relevanten Beratungsthemen bei psychosozialen Hotlines
- Daten aus den Leitstellenprotokollen von Einsatzorganisationen und Einsatzprotokolle von Akutteams
- Stationäre Daten: ICD-10 Diagnosen zu Suizidversuch oder absichtliche Selbstverletzung bei stationären Aufenthalten aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten des BMSGPK, Entwicklung der unfreiwilligen Unterbringungen in der Psychiatrie (Daten des VertretungsNetz Patientenanzwaltschaft und des ifs Vorarlberg)
- Daten zu absichtlichen Selbstvergiftungen der österreichischen Vergiftungsinformationszentrale
- Daten zu Suiziden aus der Todesursachenstatistik der Statistik Austria

Die einbezogenen Datenquellen werden laufend ausgewertet, validiert und in Kooperation mit Expert:innen interpretiert. Die Ergebnisse werden dem BMSGPK vierteljährlich in Form von Factsheets zur Verfügung gestellt.

Seit Beginn des Jahres 2021 sind im Rahmen des Projekts deutliche Hinweise auf eine Zunahme an Suizidgedanken und Suizidversuchen, vorwiegend bei Mädchen und jungen Frauen, zu verzeichnen. Dies deckt sich mit Befunden aus nationalen und internationalen Studien (Kaltschik et al. 2022; Pieh et al. 2021; Schuler et al. 2022; Sevecke et al. 2022). Bis Ende 2021 wurde kein allgemeiner Anstieg der Suizidraten beobachtet. Die Entwicklungen 2022 werden genau beobachtet.

3 SUPRA als Best-Practice-Modell – Joint Action ImpleMENTAL

Joint Action ImpleMENTAL

Die *Joint Action ImpleMENTAL* ist eine mit insgesamt rund € 4 Mio. dotierte Initiative der EU-Kommission, die den Transfer zweier bewährter, nationaler Programme aus dem Bereich psychische Gesundheit in andere Länder unterstützt. Für den Bereich Suizidprävention wurde das nationale österreichische Suizidpräventionsprogramm SUPRA als Best-Practice-Modell ausgewählt. Suizidprävention nach dem Beispiel von SUPRA stellt neben der belgischen Mental-Health-Reform eines von zwei sogenannten „technical work packages“ der Joint Action ImpleMENTAL der EU (<https://ja-imental.eu>) dar. Ziel des Arbeitspakets, an dem 17 Länder beteiligt sind, ist keine 1:1-Ausrollung des österreichischen Programms in den einzelnen Ländern, sondern die Initiierung eines Prozesses ähnlich jenem in Österreich. Basierend auf den WHO-Empfehlungen für Suizidprävention (WHO 2012, 2014, 2021) sowie unter Verwendung von Elementen von SUPRA, die für die Situation und die Bedürfnisse in den einzelnen Ländern geeignet sind, werden die Länder dabei unterstützt, eine Suizidpräventionsstrategie zu entwerfen oder eine bereits vorhandene einschlägige Strategie zu überarbeiten.

Das übergeordnete Ziel des SUPRA-Arbeitspakets der JA ImpleMENTAL ist die Verringerung der Sterblichkeit aufgrund von Suiziden in Europa. Weitere Ziele des Arbeitspakets sind

- der Aufbau von Netzwerken zum Wissensaustausch,
- die Erfassung der aktuellen Situation,
- die Ermittlung von Bedarf und Lücken,
- das Erkennen von Hindernissen und Erleichterungen bei der Entwicklung und Umsetzung von Strategien zur Suizidprävention in den europäischen Ländern.

Im Fokus steht dabei auch die Nachhaltigkeit, weshalb es wichtig ist, den Aufbau einer konstanten Zusammenarbeit der zuständigen Behörden der Mitgliedstaaten im Bereich der psychischen Gesundheit und die Einbeziehung einer Vielzahl von Interessengruppen zu erreichen. Die Länder sollen bei der Integration von Errungenschaften und Erfahrungen aus der JA in die (psychische) Gesundheitspolitik unterstützt werden.

Das SUPRA-Modell

Das Suizidpräventionsprogramm SUPRA wurde im Jahr 2012 vom österreichischen Gesundheitsministerium (damals BMG) ins Leben gerufen. Dabei wurde ein etwa 70-seitiges Dokument (BMG 2011) vorgestellt, das skizziert, was in Österreich in den darauffolgenden Jahren hinsichtlich Suizidprävention getan werden könnte bzw. sollte. Gleichzeitig wurde von der Gesundheit Österreich GmbH eine Koordinationsstelle eingerichtet, die die Ausrollung des Programms begleiten sollte. Da das ursprüngliche SUPRA-Dokument keine Details zu priorisierten Maßnahmen enthielt, wurde gemeinsam mit einem Expertengremium ein Umsetzungskonzept entwickelt. Dieses legte erstmals genaue Zuständigkeiten und Zeiträume für Maßnahmen und Ziele fest, die für eine konkrete Umsetzung zentral sind. Zur Erfolgsmessung wurden zudem strategische und operative Ziele sowie Indikatoren identifiziert. Erste Maßnahmen, die als sogenannte „quick wins“ bezeichnet werden, konnten bereits schnell und mit relativ geringem Aufwand nach Ausarbeitung des Konzepts umgesetzt werden (z. B. Suizidbericht, Tagungen, SUPRA-Webpage, Papageno-Medienpreis).

Die Strukturierung des Umsetzungskonzepts ist dabei an die Empfehlungen der WHO angelehnt, die konkrete Ausgestaltung wurde allerdings an die österreichischen Gegebenheiten angepasst. Letztendlich wurde ein Konzept aus sechs Säulen der Suizidprävention (identisch mit sechs strategischen Zielen, siehe Abbildung 1), 18 operativen Zielen und über 70 Maßnahmen zur Erreichung der Ziele definiert. Zu jeder Maßnahme wurden die Zuständigkeit der Umsetzung, Messgrößen und Zielwerte beschrieben. Die Maßnahmen sind sowohl der universellen, selektiven als auch indizierten Prävention zuordenbar.

Abbildung 7: Das SUPRA-Säulenmodell



Darstellung: BMSGPK

Um das Konzept für Entscheidungsträger:innen ansprechender aufzubereiten, wurde daraus ein „Startpaket Suizidprävention“ extrahiert, das zu jeder der sechs Säulen ein bis zwei relativ rasch (binnen 1-3 Jahren) umsetzbare Maßnahmen enthält und das für jedes Bundesland das suizidpräventive Minimum darstellen soll.

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

Säule	Länderebene	Bundesebene	Implementierung innerhalb von
1	organisatorische Einbettung der Suizidprävention in eine bestehende Organisations-/Koordinationsstruktur der Länder (z. B. Psychiatriekoordination)	Ausbau der SUPRA-Koordinationsstelle auf Bundesebene	1 Jahr
2	aufbauend auf bestehenden Angeboten: eine überkonfessionelle 7-Tage/-24-Stunden-Krisentelefonnummer pro Bundesland	nationale Hotline, die automatisch zu den Krisentelefonnummern der Länder weiterleitet	1 Jahr
2	Finanzierung/Umsetzung der SUPRA/ÖGS-Gatekeeper-Schulungen	Startfinanzierung für SUPRA/ÖGS-Train-the-Trainer-Programm	2 Jahren
3	Identifizieren und Sichern von 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-Medienpreis (inkl. Verbreitung der Medienrichtlinien) – BMSGPK, SUPRA, ÖGS, Wiener Werkstätte für Suizidforschung, Kriseninterventionszentrum	1 Jahr
5	Implementieren schulischer Suizidprävention YAM / Vorarlberger Modell (Integration in die Programme <i>Gemeinsam stark werden, Plus, Klartext</i>)	Unterstützung durch BMBWF und BMSGPK	2 Jahren
6	Beitrag zum Aufbau von Expertise / einer 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

Darstellung: BMSGPK

Das strukturierte und bestmöglich auf wissenschaftlicher Evidenz basierte Vorgehen führte bereits 2017 zur ersten internationalen Auszeichnung von SUPRA als Modell guter Praxis und letztendlich 2019/20 zur Auswahl als eines von zwei europäischen Best-Practice-Beispielen, die zur Ausrollung über die EU-Joint Action ausgewählt wurden.

Aktivitäten im ersten Jahr der Joint Action

Im ersten Jahr der Joint Action wurden die teilnehmenden Länder bei der Umsetzung einer nationalen Kick-off Veranstaltung sowie bei der Erstellung eines nationalen Beratungsgremiums mit unterschiedlichen Expertinnen und Experten sowie Stakeholderinnen unterstützt. Der Startschuss zum Aufbau einer nationalen Strategie, die Durchführung einer Situationsanalyse sowie das Capacity building³ wurden in mehreren Workshops und Meetings (Questions & Answer Sessions) begleitet. Im Rahmen der Workshops wurden die Länder dabei angeleitet bzw. begleitet eine ausführliche Situationsanalyse durchzuführen. Die Arbeitsgruppen der Mitgliedstaaten entscheiden dann, je nach den Ergebnissen der Situationsanalyse und der Bedarfsermittlung sowie je nach den eigenen Prioritäten und Möglichkeiten, welche Elemente von SUPRA umgesetzt werden sollen. Die Situations- und Bedarfsanalyse (SANA – Situation and Needs Assessment) dient als Werkzeug um Probleme, Lücken, und Möglichkeiten zu entdecken. Nach Möglichkeit sollen am Anfang „quick-wins“ identifiziert werden – Maßnahmen die relativ einfach umgesetzt werden können und einen sichtbaren Impact haben (z.B. Website, nationaler Suizidbericht) – denn diese können oft als „Starthilfe“ für längerfristige Veränderungen/Maßnahmen dienen. Das Endprodukt davon wird in einem „country profile“ zusammengefasst, welches als *advocacy tool* dienen soll.

Das SUPRA-Handbuch sowie Trainings zu spezifischen Themen (Follow-up Care nach Suizidversuchen, Hot-Spot-Sicherungen, nationale Suizidhotline) verfolgen den Zweck einer kontinuierlichen Unterstützung und gegenseitigen Weiterbildung der Länder. Die bisherigen Schritte werden im folgenden Abschnitt näher beschrieben.

³ Die WHO definiert für den Aufbau und die Verbesserung von Strukturen ("capacity building") Aktivitäten auf drei Ebenen (UN 2006) die Weiterentwicklung von Wissen und Fähigkeiten unter Praktikerinnen und Praktikern, die Ausweitung von Support und Infrastrukturen für Gesundheitsförderung in Organisationen sowie die Entwicklung von Kohäsionen und Partnerschaften für Gesundheit in Gemeinschaften und Netzwerken.

SUPRA-Handbuch

Das erste Ergebnis des SUPRA-Arbeitspakets ist das *SUPRA Handbook* (Grabenhofer-Eggerth et al. 2022)(zu finden unter <https://ja-imental.eu/supra-handbook>) – ein erfahrungsbasierter Leitfaden für die Umsetzung eines nationalen Suizidpräventionsprogramms. Das *SUPRA Handbook* fasst die Erfahrungen zusammen, die in Österreich zwischen 2012 und 2022 mit der Umsetzung des nationalen Suizidpräventionsprogramms SUPRA gesammelt wurden. Das Ziel ist es, anderen Ländern einen Leitfaden für die Entwicklung oder Ausweitung einer Suizidpräventionsstrategie auf nationaler/regionaler Ebene an die Hand zu geben.

Joint Action ImpleMENTAL Workshops

Der erste Workshop zur Suizidprävention im Rahmen der JA ImpleMENTAL fand am 1. und 2. Februar 2022 statt. Er zielte darauf ab, eine solide gemeinsame Grundlage für die Suizidprävention zu schaffen und (erste) greifbare Schritte in Richtung Suizidpräventionsaktivitäten auf nationaler/regionaler Ebene zu fördern. Auch wenn sich die Situation in den teilnehmenden Ländern in Bezug auf die aktuellen Herausforderungen unterscheidet, besteht ein gemeinsames Bedürfnis und Engagement, die Entwicklungen in diesem Bereich voranzutreiben. Dabei wurde SUPRA fast 60 Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus 16 europäischen Ländern vorgestellt. Es wurden die ersten Anleitungen für die Durchführung einer Situationsanalyse und Bedarfsanalyse (SANA) im Zusammenhang mit Suizid und Suizidprävention gegeben. Partner:innen aus Tschechien, Bulgarien, Kroatien und Schweden, aber auch aus anderen Ländern trugen zu dieser Sitzung bei.

Ein zweiter Workshop zur Suizidprävention im Rahmen der JA ImpleMENTAL fand am 5. 5.2022 statt. Im Fokus stand dabei die Situations- und Bedarfsanalyse (SANA). Etwa 50 Teilnehmer:innen aus 16 Partnerländern diskutierten einen Entwurf des SANA-Fragebogens, der vom tschechischen Nationalen Institut für psychische Gesundheit vorgestellt wurde. Der SANA-Fragebogen ist ein sehr detailliertes Instrument, das teilweise auf dem WHO-Mental Health Atlas 2020 basiert. Hauptziel ist es, auf nationaler Ebene relevante Daten zu erheben, die einen Überblick über die wichtigsten Merkmale des psychischen Gesundheitssystems, zum Suizidgeschehen (Suizidraten, Mittel, Risikogruppen etc.) und der Suizidprävention geben sollen. Dadurch werden spezifische Lücken sichtbar z. B. in Bezug auf die Strategie, die Verfügbarkeit von Diensten oder Daten. Der Länderaustausch

konzentrierte sich auf die Datenverfügbarkeit auf nationaler/regionaler Ebene, die Standardisierung von Datenquellen, die Vollständigkeit des Fragebogens sowie die Identifizierung spezifischer Anforderungen der Länder hinsichtlich der Datenerhebung und -analyse.

Im dritten Workshop, der am 5. 10. 2022 stattfand, wurden die Ergebnisse der SANA-Fragenbögen dargestellt. Die Bearbeitungsschwierigkeiten wurden diskutiert und der Übergang zur Bedarfsanalyse wurde erklärt. Praktische Beispiele der SANA kamen von Slowenien und Tschechien. Es zeigte sich, dass es viele Parallelen gibt und Länder mit ähnlichen Herausforderungen kämpfen (z. B. mit Barrieren für psychosoziale Hilfe).

Trainings zu spezifischen Themen

Die erste Schulung umfasste das Thema „suicide risk code – Modell für die Kontinuität der Betreuung in Spanien“ und fand am 29. September online statt. Eine Folgeveranstaltung zu dieser Schulung wurde am 7. Oktober ebenfalls online durchgeführt. Beim *Suicide Risk Code* geht es um die Möglichkeit, bei Suizidversuchen oder Suizidgedanken durch primäre und sekundäre Suizidpräventionsprogramme zu intervenieren. In diesem Zusammenhang hat sich die Sekundärprävention, die eine aktive Nachsorge nach der Entlassung aus der Notaufnahme bei suizidalem Verhalten umfasst, als besonders wirksam erwiesen. Im Jahr 2014 startete die Region Katalonien/Spanien ein mehrstufiges Programm zur Suizid-Sekundärprävention mit der Bezeichnung Código Riesgo de Suicidio (CRS), auf Englisch Suicide Risk Code (SRC). Seit 2021 schreibt der Aktionsplan für psychische Gesundheit des nationalen spanischen Gesundheitssystems die Entwicklung von SRC in allen spanischen Regionen vor. Das Verfahren des Suizidrisikocodes umfasst eine Reihe von Maßnahmen, die darauf abzielen, die Kontinuität der Versorgung von Patient:innen mit hohem Suizidrisiko zu verbessern und die Anbindung dieser Patient:innen an das psychische Gesundheitssystem zu gewährleisten. Dieses Verfahren umfasst unter anderem die Identifizierung der Risikopatient:innen, die Koordinierung zwischen den Fachleuten und/oder die Verkürzung der Wartezeit für einen ambulanten Folgetermin. Das endgültige Ziel des Suizidrisikocodes ist es, die Sterblichkeitsrate durch Suizid zu verringern und die Anzahl zukünftiger Versuche zu reduzieren.

Die Schulung war an eine breite Fachöffentlichkeit gerichtet und nicht nur für die direkten Teilnehmer:innen von JA ImpleMENTAL. Zielgruppe waren somit Fachleute aus dem Bereich der psychischen Gesundheit, Entscheidungsträger:innen, Forscher:innen, Vertreter:innen von Berufsverbänden, Expert:innen aus eigener Erfahrung, einschließlich Betreuer:innen/Familienmitglieder, Ethiker:innen sowie alle anderen Interessengruppen aus

dem Bereich der psychischen Gesundheit oder Personen mit einem besonderen Interesse an diesem Thema.

Das Training kann unter folgendem Link nachgehört bzw. nachgesehen werden:

<https://dory.goeg.at/s/Nz34Hn7YDqcsMmq>

Es werden mindestens acht weitere Trainings zu unterschiedlichen Themen z. B. Hot-Spotssicherung (Bahnstrecken), nationale Hotlines, Gatekeeper-Trainings, Postvention etc. stattfinden.

Annual Consortium Meeting

Am 17. und 18. Oktober fand in Zagreb (Kroatien) das erste Annual Consortium Meeting statt. An den beiden Tagen befassten sich dessen Teilnehmer:innen mit den Herausforderungen und Chancen/Erfolgsgeschichten, die sich aus der Umsetzung der beiden bewährten Verfahren und weiteren nationalen Aktivitäten in den 20 Ländern (17 EU-Mitgliedstaaten, zwei EWR-Länder und ein EU-Kandidatenland) bisher ergaben. Ziel des Treffens war es, die Verfahren der Joint Action zu fördern und Probleme rechtzeitig vor dem zweiten Jahr der Umsetzung zu beseitigen, um den Weg für eine erfolgreiche Umsetzung der Joint Action zu ebnen.

Obwohl es sich um eine interne (geschlossene) Sitzung handelte, werden die Ergebnisse der Sitzung veröffentlicht werden. Die Öffentlichkeit wird daher über die Fortschritte der Joint Action ImpleMENTAL sowie über wichtige künftige Schritte informiert, und zwar unter <https://ja-imental.eu>.

4. Aktivitäten der SUPRA-Koordinationsstelle 2021/2022

Arbeitsgruppe zur Postvention

Der Psychologe und Pionier der Suizidforschung Edwin Shneidman sieht die Suizidpostvention als die Suizidprävention für die nächste Generation (BMASGK 2019). Die Postvention besteht darin, dem Umfeld eines Menschen, der sich das Leben genommen hat, Unterstützung zu bieten. Um jene Unterstützung in Österreich zu verbessern, wurde im Rahmen von SUPRA eine Arbeitsgruppe zur Postvention gegründet. Sie traf sich 2021 siebenmal, wobei Empfehlungen für Suizidpostvention in psychosozialen und medizinischen Einrichtungen ausgearbeitet wurden (Seibl et al. 2021)⁴. An einer Broschüre mit postventiven Empfehlungen für Bestatter:innen wird zurzeit gearbeitet. Durch die verstärkte Mitarbeit von Leiterinnen und Leitern sowie Teilnehmerinnen und Teilnehmern von Selbsthilfegruppen können die Bedürfnisse der nach einem Suizid Hinterbliebenen besser eruiert werden. Diese Zusammenarbeit hilft dabei, die Unterstützung für Hinterbliebene in Zukunft bedarfsorientierter zu gestalten. Zu diesem Zweck wurde auch ein Austausch mit AGUS (Angehörige um Suizid) Deutschland initiiert.

Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung von SUPRA

Im Zuge der *Joint Action ImpleMENTAL* (siehe Kapitel 3) arbeitet die österreichische Koordinationsstelle für Suizidprävention an einer Weiterentwicklung des nationalen Suizidpräventionsprogramms (SUPRA). Dafür wurde eigens eine Arbeitsgruppe gegründet, bestehend aus SUPRA-Expertinnen und -Experten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Koordinationsstelle. In einem ersten Schritt wurde eine Situationsanalyse durchgeführt, parallel dazu wurden die Maßnahmen aus dem Umsetzungskonzept mit den Expertinnen und Experten auf Aktualität, Lücken und Änderungsbedarf überprüft. Der nächste Schritt besteht in der Identifikation von Bedarfen und Anhaltspunkten für neue Maßnahmen oder für Änderungen einzelner Maßnahmen.

⁴ Empfehlungen abrufbar unter: https://suizidpraevention-gatekeeper.at/sites/suizidpraevention-gatekeeper.at/files/inline-files/SUPRA%20Empfehlungen%20Postvention%202021_Barrierefrei.pdf

Arbeitsgruppe Papageno-Medienpreis

Im Herbst 2022 wurde der zur Förderung suizidpräventiver Berichterstattung ins Leben gerufene Papageno-Medienpreis zum vierten Mal vergeben. Dabei wurde der Modus der Preisverleihung im Vergleich zu den Vorjahren verändert. Erstmals gab die Jury, bestehend aus Medienvertreterinnen und -vertretern sowie Suizidpräventionsexpertinnen und -experten, im Vorfeld der Verleihung eine Shortlist der vier preiswürdigsten Einreichungen bekannt. Am 8. September verlieh Bundesminister Johannes Rauch den Papageno-Medienpreis in feierlichem Rahmen Eva Liebentritt für ihren Fernsehbeitrag „Wenn alles zu viel wird: Suizidgedanken bei Jugendlichen“.

Arbeitsgruppe Gatekeeper

Gatekeeper der Suizidprävention sind Berufsgruppen bzw. Personen, die eine Schlüsselposition als Ansprechpartner:innen für betroffene Risikopersonen einnehmen. Diese Personen kommen aufgrund ihrer beruflichen oder sozialen Position mit suizidgefährdeten Personen in Kontakt und haben dabei die Chance, suizidpräventive Hilfestellung zu geben bzw. essenzielle professionelle Hilfe zu vermitteln. Entscheidend für eine erste Hilfestellung für eine suizidgefährdete Person ist die Bereitschaft, ihr zuzuhören, Verständnis für die persönliche Not zu signalisieren und ihr ein offenes Gespräch – auch über die suizidalen Inhalte – anzubieten. Die Arbeitsgruppe hat sich daher zum Ziel gesetzt, in Österreich so viele Gatekeeper wie möglich auszubilden. Diese sollen von zertifizierten Gatekeeper-Trainerinnen ausgebildet werden, die zuvor eine einschlägige Schulung absolviert haben. Das Schulungskonzept wurde von einer Arbeitsgruppe der Österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention (ÖGS) in Kooperation mit SUPRA (Suizidprävention Austria) unter der Leitung von Dr. Thomas Kapitany und Dr. Claudius Stein (2017) entwickelt.

Die Arbeitsgruppe hat sich 2021 sowie in den Jahren davor um die Umsetzung, Finanzierung und Ausweitung der Gatekeeper-Schulung gekümmert.

Projekt Nationale Krisenhotline

Menschen in psychosozialen Krisen und/oder suizidaler Einengung brauchen einen einfachen, schnellen und niederschweligen (anonymen, kostenlosen) Zugang zu ersten Hilfsangeboten. Durch die Vielzahl verschiedener psychosozialer Hotlines, ist es für Betroffene oft nicht einfach ein passendes Angebot zu finden. Diese Problematik soll durch eine bundesweit einheitliche, überkonfessionelle Telefonnummer, die direkt an eine lokale Kriseninterventionseinrichtung weiterleitet, gelöst werden. Hierfür wird ein Machbarkeitskonzept, unter Einbindung relevanter Stakeholder, zur nationalen Suizidpräventionshotline ausgearbeitet.

Bundesländervernetzung

In einem regemäßigen (voraussichtlich halbjährlichen) Erfahrungsaustausch soll eine gegenseitige Unterstützung der Bundesländer, insbesondere durch jene, die bereits eine länderspezifische Suizidprävention aufgebaut haben, erfolgen. An dem ersten Treffen am 13. 10. 2022 nahmen Expertinnen und Experten aus der Steiermark, Kärnten, Oberösterreich und Vorarlberg teil. Der regionale Erfahrungsaustausch wird in Form halbjährlicher Tagungen fortgesetzt werden.

5. Quellenverzeichnis

- BMASGK (2019): Suizid und Suizidprävention in Österreich. Bericht 2018. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- BMSGPK (2020): Suizid und Suizidprävention in Österreich. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Wien.
- BMSGPK (2021a): Suizid und Suizidprävention in Österreich. Bericht 2020. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Wien.
- BMSGPK (2021b): Suizid und Suizidprävention in Österreich. Bericht 2021. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) Wien.
- Canetto, S. S. / Sakinofsky, I. (1998): The gender paradox in suicide. In: *Suicide Life Threat Behav* 28/1:1-23.
- Cramer, Robert J. / Kapusta, Nestor D. (2017): A Social-Ecological Framework of Theory, Assessment, and Prevention of Suicide. In: *Front Psychol* 8/:1756.
- De Munck, S.; Portzky, G.; Van Heeringen, K. (2009): Epidemiological trends in attempted suicide in adolescents and young adults between 1996 and 2004. In: *Crisis* 30/3:115-119.
- Deisenhammer, Eberhard A. / Kemmler, Georg (2021): Decreased suicide numbers during the first 6 months of the COVID-19 pandemic. In: *Psychiatry Research* 295/:113623.
- Efstathiou, Vasiliki; Stefanou, Maria I.; Siafakas, Nikolaos; Makris, Michael; Tsivgoulis, Georgios; Zoumpourlis, Vassilios; Spandidos, Demetrios A.; Smyrnis, Nikolaos; Rizos, Emmanouil (2022): Suicidality and COVID-19: Suicidal ideation, suicidal behaviors and completed suicides amidst the COVID-19 pandemic (Review). In: *Exp Ther Med* 23/1:107.
- Flavio, M.; Martin, E.; Pascal, B.; Stephanie, C.; Gabriela, S.; Merle, K.; Anita, R. R. (2013): Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. In: *SWISS MED WKLY* 143/:w13759.
- Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Gaiswinkler, Sylvia; Gruber, Beate; Ladurner, Joy; Pichler, Michaela (2022): SUPRA Handbook. Joint Action on Implementation of Best Practices.
- Grabenhofer-Eggerth, Alexander / Kapusta, Nestor (2015): Suizid und Suizidprävention in Österreich. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Grabenhofer-Eggerth, Alexander / Kapusta, Nestor (2016): Suizid und Suizidprävention in Österreich. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- Grabenhofer-Eggerth, Alexander / Kapusta, Nestor (2018): Suizid und Suizidprävention in Österreich. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Nowotny, Monika; Tanios, Aida; Kapusta, Nestor (2017): Suizid und Suizidprävention in Österreich. Bericht 2016. Hg. v. Frauen, Bundesministerium für Gesundheit und. Wien.

- Gunnell, David; Appleby, Louis; Arensman, Ella; Hawton, Keith; John, Ann; Kapur, Nav; Khan, Murad; O'Connor, Rory C.; Pirkis, Jane; Appleby, Louis; Arensman, Ella; Caine, Eric D.; Chan, Lai Fong; Chang, Shu-Sen; Chen, Ying-Yeh; Christensen, Helen; Dandona, Rakhi; Eddleston, Michael; Erlangsen, Annette; Gunnell, David; Harkavy-Friedman, Jill; Hawton, Keith; John, Ann; Kapur, Nav; Khan, Murad; Kirtley, Olivia J.; Knipe, Duleeka; Konradsen, Flemming; Liu, Shiwei; McManus, Sally; Mehlum, Lars; Miller, Matthew; Moran, Paul; Morrissey, Jacqui; Moutier, Christine; Niederkrotenthaler, Thomas; Nordentoft, Merete; O'Connor, Rory C.; O'Neill, Siobhan; Page, Andrew; Phillips, Michael R.; Pirkis, Jane; Platt, Steve; Pompili, Maurizio; Qin, Ping; Rezaeian, Mohsen; Silverman, Morton; Sinyor, Mark; Stack, Steven; Townsend, Ellen; Turecki, Gustavo; Vijayakumar, Lakshmi; Yip, Paul S. F. (2020): Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. In: *The Lancet Psychiatry* 7/6:468-471.
- Kaltschik, Stefan; Pieh, Christoph; Dale, Rachel; Probst, Thomas; Pammer, Barbara; Humer, Elke (2022): Assessment of the Long-Term Mental Health Effects on Austrian Students after COVID-19 Restrictions. In: *Int J Environ Res Public Health* 19/20:13110.
- Kapusta, Nestor; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Blüml, Victor; Klein, Jakob; Baus, Nicole; Huemer, Julia (2014): Suizid und Suizidprävention in Österreich. Basisbericht 2013. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Kolves, K.; Kolves, K. E.; De Leo, D. (2013): Natural disasters and suicidal behaviours: a systematic literature review. In: *J Affect Disord* 146/1:1-14.
- Pieh, C.; Plener, P. L.; Probst, T.; Dale, R.; Humer, E. (2021): Assessment of Mental Health of High School Students During Social Distancing and Remote Schooling During the COVID-19 Pandemic in Austria. In: *JAMA Netw Open* 4/6:e2114866.
- Pirkis, Jane; John, Ann; Shin, Sangsoo; DelPozo-Banos, Marcos; Arya, Vikas; Analuisa-Aguilar, Pablo; Appleby, Louis; Arensman, Ella; Bantjes, Jason; Baran, Anna; Bertolote, Jose M.; Borges, Guilherme; Brečić, Petrona; Caine, Eric; Castelpietra, Giulio; Chang, Shu-Sen; Colchester, David; Crompton, David; Curkovic, Marko; Deisenhammer, Eberhard A.; Du, Chengan; Dwyer, Jeremy; Erlangsen, Annette; Faust, Jeremy S.; Fortune, Sarah; Garrett, Andrew; George, Devin; Gerstner, Rebekka; Gilissen, Renske; Gould, Madelyn; Hawton, Keith; Kanter, Joseph; Kapur, Navneet; Khan, Murad; Kirtley, Olivia J.; Knipe, Duleeka; Kolves, Kairi; Leske, Stuart; Marahatta, Kedar; Mittendorfer-Rutz, Ellenor; Neznanov, Nikolay; Niederkrotenthaler, Thomas; Nielsen, Emma; Nordentoft, Merete; Oberlerchner, Herwig; O'Connor, Rory C.; Pearson, Melissa; Phillips, Michael R.; Platt, Steve; Plener, Paul L.; Psota, Georg; Qin, Ping; Radloff, Daniel; Rados, Christa; Reif, Andreas; Reif-Leonhard, Christine; Rozanov, Vsevolod; Schlang, Christiane; Schneider, Barbara; Semenova, Natalia; Sinyor, Mark; Townsend, Ellen; Ueda, Michiko; Vijayakumar, Lakshmi; Webb, Roger T.; Weerasinghe, Manjula; Zalsman, Gil; Gunnell, David; Spittal, Matthew J. (2021): Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. In: *The Lancet Psychiatry* 8/7:579-588.
- Schuler, Daniela; Tuch, Alexander; Sturny, Isabelle; Peter, Claudio (2022): Psychische Gesundheit Kennzahlen mit Fokus Covid-19. (Obsan), Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Zürich.

- Seibl, Regina; Baumgartner, Martin; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Grill, Wolfgang; Hruby, Karl; Kapitany, Thomas; Krisper, Sigrid; Nowotny, Monika; Plener, Paul; Schrittwieser, Ulrike (2021): SUPRA - Empfehlungen für Suizidpostvention in psychosozialen und medizinischen Einrichtungen. Wien: Gesundheit Österreich.
- Sevecke, Kathrin; Wenter, Anna; Schickl, Maximilian; Kranz, Mariella; Krstic, Nikola; Fuchs, Martin (2022): [Inpatient care capacities in child and adolescent psychiatry-increase in emergency admissions during the COVID-19 pandemic?]. In: *Neuropsychiatr* 2022/July:<https://doi.org/10.1007/s40211-40022-00423-40212>.
- Sonneck, Gernot; Hirnsperger, H.; Mundschutz, R. (2012): Suizid und Suizidprävention 1938–1945 in Wien. In: *Neuropsychiatrie* 26/3:111-120.
- Spittal, M. J.; Pirkis, J.; Miller, M.; Studdert, D. M. (2012): Declines in the lethality of suicide attempts explain the decline in suicide deaths in Australia. In: *PLoS One* 7/9:e44565.
- Tanaka, Takanao / Okamoto, Shohei (2021): Increase in suicide following an initial decline during the COVID-19 pandemic in Japan. In: *Nature Human Behaviour* 5/2:229-238.
- UN (2006): Definition of basic concepts and terminologies in governance and public administration. E/C.16/2006/4. United Nations.
- UN (2020): Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. United Nations.
- Zalsman, G.; Hawton, K.; Wasserman, D.; van Heeringen, K.; Arensman, E.; Sarchiapone, M.; Carli, V.; Hoschl, C.; Winkler, P.; Balazs, J.; Purebl, G.; Kahn, J. P.; Saiz, P. A.; Bobes, J.; Cozman, D.; Hegerl, U.; Rancans, E.; Hadlaczky, G.; Van Audenhove, C.; Hermesh, H.; Sisask, M.; Peschayan, A. M.; Kapusta, N.; Adomaitiene, V.; Steibliene, V.; Kosiewska, I.; Rozanov, V.; Courtet, P.; Zohar, J.; European Evidence-Based Suicide Prevention Program Group by the Expert Platform on Mental Health, Focus on Depression (2017): Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe: A consensus position paper. In: *Eur Neuropsychopharmacol* 27/4:418-421.

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

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

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