



Thomas Hutsteiner, Josef Missethon, Carlos Watzka

STAND UND PERSPEKTIVEN DER SUIZIDPRÄVENTION IN ÖSTERREICH

ExpertInnenbefragung zur Sicht von
PsychotherapeutInnen, PsychologInnen und ÄrztInnen

ENDBERICHT

Graz, Mai 2009

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	4
2	METHODE	5
2.1	ECKDATEN DER STUDIE	5
2.2	STICHPROBENZUSAMMENSETZUNG	6
2.3	ZUM ABLAUF DER ERHEBUNG	7
2.4	ZUSAMMENSETZUNG DER DIFFERENZIERUNGSVARIABLEN	8
3	ERGEBNISSE	10
3.1	BEWERTUNG DES IST-ZUSTANDES DER ÖSTERREICHISCHEN SUIZIDPRÄVENTION	10
3.2	PERSPEKTIVEN FÜR DEN SOLL-ZUSTAND DER ÖSTERREICHISCHEN SUIZIDPRÄVENTION	17
4	TABELLENBAND	26

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1: Generelle Zufriedenheit mit Ist-Zustand der Suizidprävention _____	10
Abb. 2: Zufriedenheit mit Ist-Zustand der Suizidprävention (Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention) _____	11
Abb. 3: Bewertung des Ausmaßes primärpräventiver Aktivitäten in unterschiedlichen Bereichen	13
Abb. 4: Bewertung des Ausmaßes unterschiedlicher sekundärpräventiver Versorgungsangebote	15
Abb. 5: Prioritätenliste zur Senkung der Suizidrate _____	17
Abb. 6: Settings mit besonderem Stellenwert für Suizidprävention _____	19
Abb. 7: Versorgungsangebote mit besonderem Stellenwert für Suizidprävention _____	21
Abb. 8: Selbsteinschätzung des Wissensstandes zum Thema Suizid _____	23

TABELLENVERZEICHNIS

Tab. 1: Stichprobenzusammensetzung nach Berufsgruppe _____	6
Tab. 2: Stichprobenzusammensetzung nach Dauer der Berufstätigkeit _____	6
Tab. 3: Stichprobenzusammensetzung nach primärem Setting der Berufsausübung _____	6
Tab. 4: Stichprobenzusammensetzung nach Bundesland _____	6
Tab. 5: Stichprobenzusammensetzung nach Geschlecht der befragten Person _____	7
Tab. 6: Stichprobenzusammensetzung nach Alter der befragten Person _____	7
Tab. 7: Deskriptive Ergebnisse zur generellen Zufriedenheit mit dem Ist-Zustand _____	26
Tab. 8: Deskriptive Ergebnisse zur Zufriedenheit mit dem Ist-Zustand in der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention _____	27
Tab. 9: Deskriptive Ergebnisse zur Einschätzung des Ausmaßes suizidpräventiver Maßnahmen in verschiedenen Bereichen _____	28
Tab. 10: Deskriptive Ergebnisse zur Einschätzung des Ausmaßes suizidpräventiver Versorgung _	30
Tab. 11: Deskriptive Ergebnisse zur Bedeutung unterschiedlicher Maßnahmen zur Senkung der Suizidrate _____	32
Tab. 12: Deskriptive Ergebnisse zur Bedeutung unterschiedlicher Settings im Hinblick auf suizidpräventive Maßnahmen _____	34
Tab. 13: Deskriptive Ergebnisse zur Bedeutung unterschiedlicher Versorgungsangebote für suizidpräventive Maßnahmen _____	36
Tab. 14: Deskriptive Ergebnisse zur Einschätzung des Fortbildungsbedarfs _____	38

1 EINLEITUNG

Thema der vorliegenden Studie sind der derzeitige Status sowie Verbesserungspotenziale der österreichischen Suizidprävention aus der Sicht von drei maßgeblichen Berufsgruppen des Behandlungssystems: PsychotherapeutInnen, Klinische PsychologInnen/GesundheitspsychologInnen und ÄrztInnen (FA für Psychiatrie/Neurologie sowie AllgemeinmedizinerInnen). Die Auswahl dieser drei Berufsgruppen erfolgte aus der Überlegung heraus, dass ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen und Klinische PsychologInnen/GesundheitspsychologInnen auf professionalisierter Ebene in den meisten Fällen als Erstansprechpersonen dienen und nicht zuletzt aufgrund ihres fachlichen Hintergrundes über einen hohen Aktionsradius (dieser spannt sich von Information und Weitervermittlung bis zur Intervention) verfügen sollten. Es schien daher naheliegend, das gerade durch die Befragung dieser Berufsgruppen eine valide Einschätzung in Fragen der Suizidprävention (auf allen Ebenen) zu erwarten war.

Die Fragestellungen beinhalten die Zufriedenheit mit dem derzeitigen Stand der Suizidprävention (allgemein, spezifisch für Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, bezogen auf verschiedene Zielgruppen, bezogen auf verschiedene Versorgungs- und Betreuungssysteme) sowie Verbesserungspotenziale (bezogen auf konkrete Maßnahmen, bezogen auf verschiedene Zielgruppen, bezogen auf verschiedene Versorgungs- und Betreuungssysteme).

Die Expertenbefragung wurde von Josef Missethon initiiert und in Zusammenarbeit mit Carlos Watzka und Thomas Hutsteiner konzipiert. Die technische Umsetzung und die praktische Durchführung der Erhebung übernahmen Studierende der FH für Wirtschaft, Campus 02, Graz, im Rahmen eines im Curriculum vorgesehenen Forschungsprojektes unter Betreuung von Thomas Hutsteiner. Die Auswertung aller rückgelaufenen Fragebögen erfolgte (nach einer Zwischenauswertung durch die Studierenden im Januar 2009) durch Thomas Hutsteiner und Carlos Watzka.

Mag. Thomas Hutsteiner

Mag. Josef Missethon

Doz. Dr. Carlos Watzka

2 METHODE

2.1 ECKDATEN DER STUDIE

<u>Erhebungsinstrument</u>	standardisierter Fragebogen
<u>Fragebogenelemente</u>	15 geschlossene Fragen, 1 offene Frage
<u>Befragungsmethode</u>	webbasierte Onlinebefragung
<u>Zeitraum der Befragung</u>	30. November 2008 – 22. Februar 2009
<u>Grundgesamtheit</u>	<ul style="list-style-type: none"> • rund 6.500 PsychotherapeutInnen¹ • rund 5.500 Klinische PsychologInnen und GesundheitspsychologInnen² • rund 2.000 FachärztInnen für Psychiatrie/Neurologie³, • rund 12.500 AllgemeinmedizinerInnen⁴ in Österreich
<u>Stichprobe</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Vollerhebung bei PsychotherapeutInnen mit Mitgliedschaft beim österreichischen Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP) • Vollerhebung bei Klinischen PsychologInnen und GesundheitspsychologInnen mit Mitgliedschaft beim Berufsverband österreichischer PsychologInnen (BÖP) • Unsystematische Stichprobe bei ÄrztInnen
<u>Rücklaufquoten bezogen auf die Nettostichprobe:</u>	<p>3,5% der PsychotherapeutInnen</p> <p>5,4% der PsychologInnen</p> <p>0,5% der ÄrztInnen</p>
<u>Stichprobengröße</u>	<p>n= 881 brutto</p> <p>n=508 netto</p>
<u>Verwertungsquote</u>	57,7% aller Fälle wurden in der Analyse berücksichtigt
<u>Max. statist. Schwankungsbreite</u>	+/- 4,3% bei Gesamtergebnissen
<u>Qualitätssicherungsmaßnahmen</u>	<p>Entwicklung des Erhebungsinstruments mit ExpertInnen der österreichischen Suizidprävention (Prof. Dr. Gernot Sonneck)</p> <p>Pretest des Fragebogens vor der Feldphase; Plausibilitätskontrolle der Daten vor der Analyse</p>

¹ Stand Jänner 2008. Quelle: Hagleitner, Willinger (2008). Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie – Berufsgruppen 1991-2007. Gesundheit Österreich GmbH. Geschäftsbereich ÖBIG

² Stand Jänner 2008. Quelle: Hagleitner, Willinger (2008). Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie – Berufsgruppen 1991-2007. Gesundheit Österreich GmbH. Geschäftsbereich ÖBIG

³ Stand März 2009. Quelle: Österreichische Ärztekammer. Standesmeldungen

⁴ Stand März 2009. Quelle: Österreichische Ärztekammer. Standesmeldungen

2.2 STICHPROBENZUSAMMENSETZUNG

Tab. 1: Stichprobenzusammensetzung nach Berufsgruppe

	absolut	relativ
FachärztInnen Psychiatrie/Neurologie	6	1,2%
AllgemeinmedizinerInnen	67	13,2%
PsychotherapeutInnen	228	44,9%
PsychologInnen	296	58,3%
Sonstige	31	6,1%
GESAMT	628 Antworten	123,6% ⁵

Tab. 2: Stichprobenzusammensetzung nach Dauer der Berufstätigkeit

<i>MW: 11,5 Jahre, STD: 9,6 Jahre</i>	absolut	relativ
bis 1 Jahr	38	7,5%
2-5 Jahre	161	31,7%
6-10 Jahre	94	18,5%
über 10 Jahre	215	42,3%
GESAMT	508	100%

Tab. 3: Stichprobenzusammensetzung nach primärem Setting der Berufsausübung

	absolut	relativ
Stationäre Einrichtung	107	21,1%
Extramurale Einrichtung	89	17,5%
Niedergelassene Praxis/Ordination	244	48,0%
Andere	68	13,4%
GESAMT	508	100%

Tab. 4: Stichprobenzusammensetzung nach Bundesland

	absolut	relativ
Burgenland	19	3,7%
Kärnten	19	3,7%
Niederösterreich	88	17,3%
Oberösterreich	70	13,8%
Salzburg	84	16,5%
Steiermark	109	21,5%
Tirol	20	3,9%
Vorarlberg	9	1,8%
Wien	90	17,7%
GESAMT	508	100%

⁵ Mehrfachantworten werden auf die 508 Fälle bezogen, daher resultieren mehr als 100%.

Tab. 5: Stichprobenzusammensetzung nach Geschlecht der befragten Person

	absolut	relativ
Weiblich	358	70,5%
Männlich	150	29,5%
GESAMT	508	100%

Tab. 6: Stichprobenzusammensetzung nach Alter der befragten Person

	absolut	relativ
20-29 Jahre	78	15,4%
30-39 Jahre	149	29,9%
40-49 Jahre	141	27,8%
50-59 Jahre	101	19,9%
60-69 Jahre	37	7,3%
70+ Jahre	1	0,2%
GESAMT	508	100%

2.3 ZUM ABLAUF DER ERHEBUNG

In Kooperation mit dem Berufsverband österreichischer PsychologInnen (BÖP) wurde an alle Mitglieder ein e-Mail versandt, in dem das Ziel der Erhebung dargestellt wurde sowie für eine Teilnahme geworben wurde. Interessierte Mitglieder konnten über einen Link direkt auf die Befragung zugreifen.

Bei den PsychotherapeutInnen war der Ablauf ähnlich gestaltet, allerdings war die Ankündigung der gegenständlichen Erhebung als einer von zahlreichen Punkten in einen elektronischen Newsletter integriert und nicht wie bei den PsychologInnen als einziger Inhalt des e-Mails dargestellt.

Bei den ÄrztInnen war es nicht möglich, etwa durch eine Kooperation mit der Ärztekammer, zu einem umfassenden Pool an e-Mail Adressen zu kommen. Es war daher erforderlich, e-Mail Adressen über diverse Plattformen (Landesärztekammern, bestHELP.at usw.) selbst zu recherchieren, wodurch sich das Ausmaß des Pools an potenziellen BefragungsteilnehmerInnen deutlich von den beiden anderen Berufsgruppen unterschied und durch einer sehr geringe Ausschöpfung der Grundgesamtheit gekennzeichnet ist. Schließlich wurden aus diesem unsystematisch erstellten Pool alle ÄrztInnen per e-Mail kontaktiert.

2.4 ZUSAMMENSETZUNG DER DIFFERENZIERUNGSVARIABLEN

Im Folgenden werden sämtliche Ergebnisse nach den in Kap. 2.2. Stichprobenzusammensetzung dargestellten Merkmalen differenziert. Da die Fallzahlen in manchen Klassen dieser Merkmale zu gering sind, um aussagekräftige Ergebnisse zu berichten, wurden mehrere Klassen zusammengefasst. Das war für folgende Merkmale erforderlich:

Berufsgruppe:

ursprünglich

- FachärztInnen Psychiatrie/Neurologie
- AllgemeinmedizinerInnen
- PsychotherapeutInnen
- PsychologInnen
- Sonstige

als Differenzierungsvariable

- ÄrztInnen (FachärztInnen Psychiatrie/Neurologie und/oder AllgemeinmedizinerInnen)
- PsychotherapeutInnen
- PsychologInnen
- MultiprofessionalistInnen (ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen oder PsychologInnen, PsychotherapeutInnen und PsychologInnen sowie jeweils sonstige Berufsgruppen)

Bundesland:

ursprünglich

- Burgenland
- Kärnten
- Niederösterreich
- Oberösterreich
- Salzburg
- Steiermark
- Tirol
- Vorarlberg
- Wien

als Differenzierungsvariable (NUTS1)

- Ostösterreich (Niederösterreich, Wien, Burgenland)
- Südösterreich (Kärnten, Steiermark)
- Westösterreich (Oberösterreich, Salzburg, Tirol, Vorarlberg)

Alter der Befragten:

ursprünglich

- 20-29 Jahre
- 30-39 Jahre
- 40-49 Jahre
- 50-59 Jahre
- 60-69 Jahre
- 70+ Jahre

als Differenzierungsvariable

- 20-39 Jahre
- 40-59 Jahre
- 60+ Jahre

Zusätzlich wurden die Ergebnisse danach differenziert, wie häufig die Befragten im Rahmen ihrer Tätigkeit suizidpräventiv intervenieren müssen⁶. Nach einer Medianhalbierung (Md=5%) wurden folgende beiden Gruppen gebildet:

als Differenzierungsvariable

- intervenieren bei weniger als oder genau 5% aller KlientInnen suizidpräventiv
- intervenieren bei mehr als 5% aller KlientInnen suizidpräventiv

⁶ Fragewortlaut: „Bei wie viel Prozent der von Ihnen betreuten Personen müssen Sie schätzungsweise im Laufe der Betreuung suizidpräventiv intervenieren?“

3 ERGEBNISSE

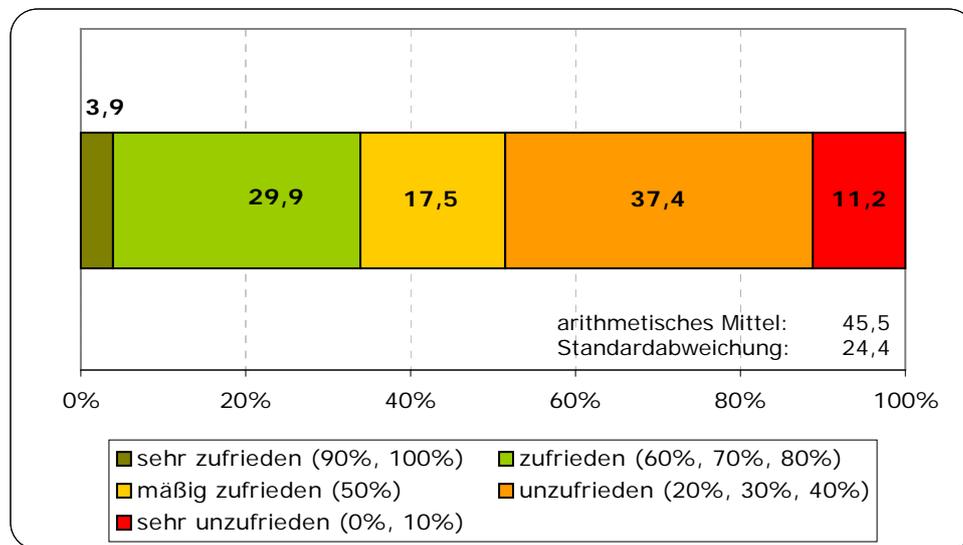
3.1 BEWERTUNG DES IST-ZUSTANDS DER ÖSTERREICHISCHEN SUIZIDPRÄVENTION

Fragewortlaut: *Wie zufrieden sind Sie generell mit dem derzeitigen Ist-Zustand im Bereich Suizidprävention in Ihrem Bezirk (Region)? Beziehen Sie sich bitte auf jenen Bezirk (Region), wo sie vorwiegend tätig sind.*

(0%=katastrophal - 100%=optimal

geschlossenes Frageformat

Abb. 1: Generelle Zufriedenheit mit Ist-Zustand der Suizidprävention



*Basis: Österreichische ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, PsychologInnen; n=508;
Werte in den Balken sind relative Häufigkeiten*

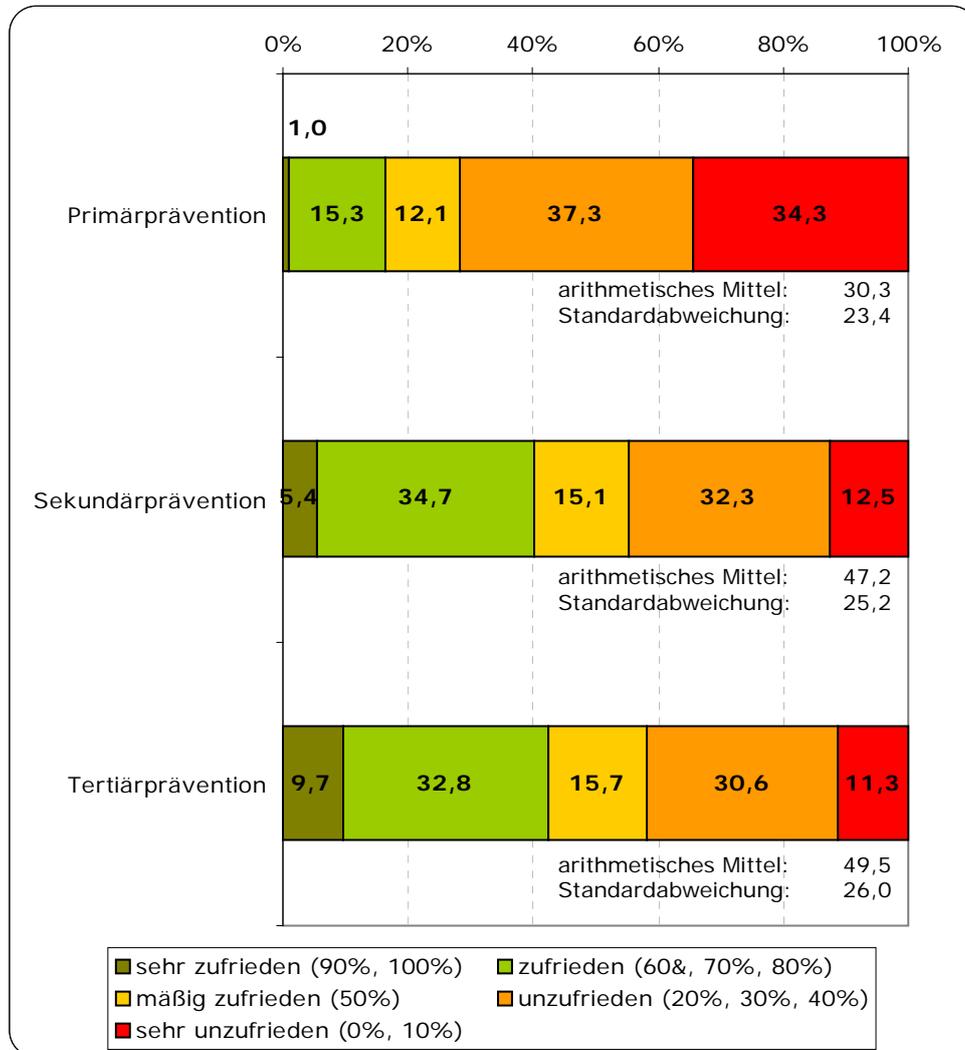
- Insgesamt lässt sich eine durchschnittliche bis leicht unzufriedene Gesamtbewertung der österreichischen Suizidprävention feststellen (MW: 45,5 von 100), wobei die Bewertungen als relativ heterogen einzustufen sind (STD: 24,4).
- In Westösterreich wird die regionale Suizidprävention signifikant besser bewertet als in Ost- und Südösterreich (► Tab. 7). Zwischen Ost- und Südösterreich bestehen keine bedeutenden Unterschiede.
- MultiprofessionalistInnen (also ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen/PsychologInnen oder PsychotherapeutInnen und PsychologInnen) bewerten die Suizidprävention signifikant besser als Personen mit ausschließlich einem Berufsbild. (► Tab. 7).
- Ansonsten sind keine bedeutenden Unterschiede zu beobachten. Die Bewertung ist unabhängig vom Alter, Geschlecht, Setting und von der Dauer der Berufsausübung sowie vom Ausmaß suizidpräventiver Interventionen der Befragten.

Fragewortlaut: Wie zufrieden sind Sie mit dem derzeitigen Ist-Zustand der Suizidprävention in Ihrem Bezirk (Region) in den folgenden Bereichen? Beziehen Sie sich bitte auf jenen Bezirk (Region), wo sie vorwiegend tätig sind.

(0% = katastrophal - 100% = optimal)

geschlossenes Frageformat

Abb. 2: Zufriedenheit mit Ist-Zustand der Suizidprävention (Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention)



Basis Primärprävention: Österreichische ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, PsychologInnen; n=504 (4 Personen keine Angabe); Werte im Balkendiagramm sind relative Häufigkeiten

Basis Sekundärprävention: Österreichische ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, PsychologInnen; n=502 (6 Personen keine Angabe); Werte im Balkendiagramm sind relative Häufigkeiten

Basis Tertiärprävention: Österreichische ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, PsychologInnen; n=497 (11 Personen keine Angabe); Werte im Balkendiagramm sind relative Häufigkeiten

- Insgesamt ist eine deutlich schlechtere Bewertung der Primärprävention im Vergleich zur Sekundär- und Tertiärprävention zu beobachten. Während mit den letzteren beiden Bereichen 13% bzw. 11% sehr unzufrieden sind, sind dies im Bereich der Primärprävention 34%.

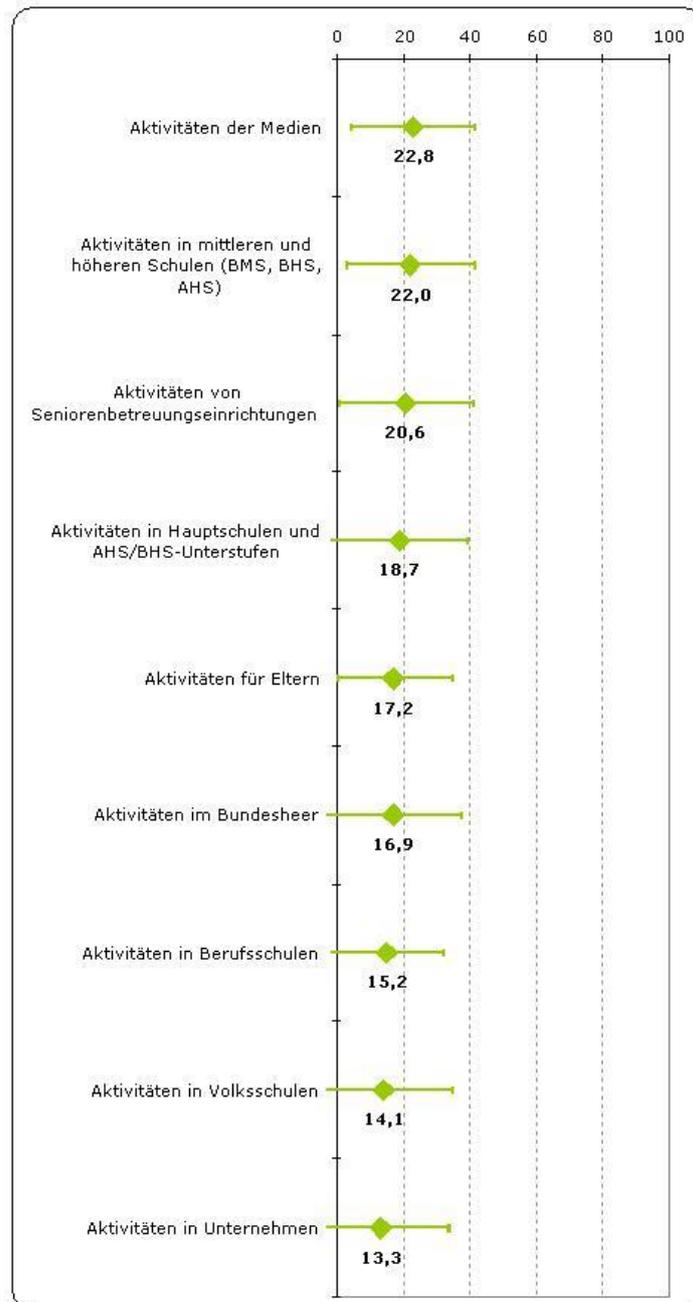
Auch hier sind durchgehend sehr hohe Streuungen (STD) zu beobachten, was, wie bereits bei der Bewertung der generellen Zufriedenheit, auf sehr unterschiedliche Sichtweisen schließen lässt.

- Männliche Befragte bewerten die Tertiärprävention bedeutend besser als weibliche (► Tab. 8).
- In Westösterreich werden alle drei Ebenen von Prävention signifikant besser bewertet als in Ost- und Südösterreich (► Tab. 8). Zwischen Ost- und Südösterreich bestehen erneut keine Unterschiede.
- Ansonsten sind keine bedeutenden Unterschiede zu beobachten. Die Bewertung ist unabhängig vom Alter, Geschlecht, Setting und von der Dauer der Berufsausübung, vom Ausmaß suizidpräventiver Interventionen sowie von der Berufsgruppe der Befragten.

Fragewortlaut: Wie sehr wird in Ihrem Bezirk (Region) in den folgenden Bereichen Ihrer Auffassung nach derzeit aktiv Suizidprävention im Sinne von vorbeugenden Maßnahmen betrieben (z.B.: Aufklärung über Suizidursachen, Stärkung von Selbstwert etc..) Beziehen Sie sich bitte auf jenen Bezirk (Region), wo sie vorwiegend tätig sind. Bitte nehmen sie eine Einschätzung der Ist-Situation zwischen 0-100% vor (0%= völlig unzureichend, 100%=optimal)

geschlossenes Frageformat

Abb. 3: Bewertung des Ausmaßes primärpräventiver Aktivitäten in unterschiedlichen Bereichen

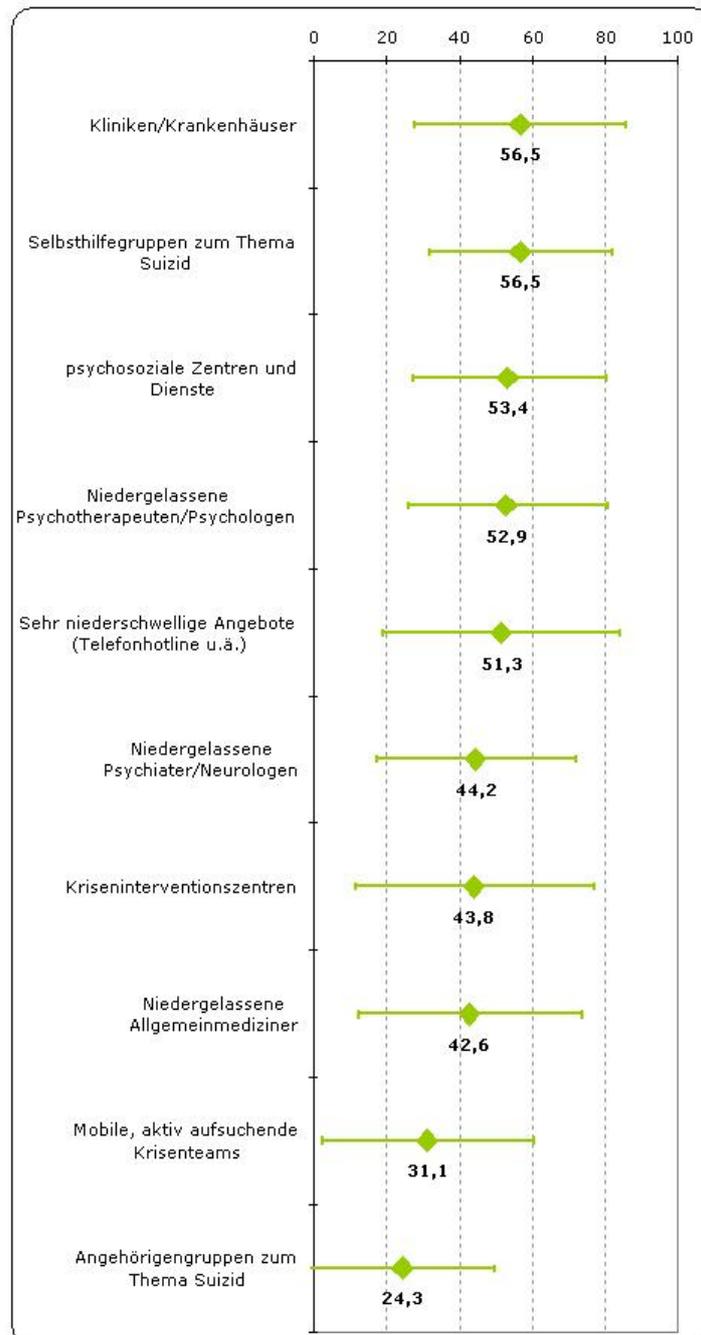


Basis: Österreichische ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, PsychologInnen; n=508; Werte sind arithmetische Mittel; der Balken symbolisiert die Streuung

- Grundsätzlich muss hier angemerkt werden, dass die Werte hier vermutlich unterschätzt wurden und mit Vorsicht zu interpretieren sind. Die Studierenden der FH für Wirtschaft, Campus 02 haben verabsäumt, bei der Programmierung der Online-Befragung, die Option „weiß ich nicht“ als Antwortoption anzubieten. Zudem war es den Befragten nicht möglich, ein Feld bzw. eine Frage einfach unbeantwortet und leer zu lassen. Sie konnten die Befragung nur dann fortsetzen, wenn sie eine Angabe machten. Mehrere Befragte gaben hier über offene Felder oder auch per email die Rückmeldung, dass sie die Prävention in manchen Bereichen, etwa im Bundesheer oder auch in Schulen nicht einschätzen könnten. Eigentlich hätte sie diese Frage unbeantwortet lassen oder die Antwort „weiß nicht“ geben müssen. Beides war jedoch aufgrund des Programmierfehlers nicht möglich. Die Befragten gaben teils die Antwort „0%“, womit sie jedoch nicht zum Ausdruck bringen wollten, dass die Aktivitäten völlig unzureichend seien, sondern vielmehr, diese einfach nicht beurteilen zu können. Es ist plausibel, dass weitere Befragte vor demselben Problem gestanden sind und ähnlich reagierten, dies aber nicht mitteilten. In der Analyse war es jedenfalls nicht möglich, die beiden unterschiedlichen Qualitäten der Angabe „0%“ zu erkennen und entsprechend zu berücksichtigen.
- Insgesamt sehen die Befragten einen sehr hohen Bedarf an primärpräventiven Maßnahmen. Sämtliche vorgegebenen Bereiche liegen nach ihrer Ansicht im Durchschnitt bei einer Bedarfsdeckung von weniger als 25%, wobei die Skala von „völlig unzureichend“ (0% Bedarfsdeckung) bis „optimal“ (100% Bedarfsdeckung) reichte.
- Unter „Sonstige Aktivitäten“ wurden Angaben wie z.B. Verweise auf allgemein-präventive Aktivitäten für die Gesamtbevölkerung, Engagement von Vereinen, Kirchen u.a. gemacht.
- Auf eine detaillierte Analyse in Abhängigkeit verschiedener Personenmerkmale wird vor dem Hintergrund der oben dargestellten Einschränkungen konsequenterweise verzichtet.

Fragewortlaut: *Wie ausreichend ist in Ihrem Bezirk (Region) das derzeitige Betreuungs- und Versorgungsangebot für akut Suizidgefährdete in den folgenden Bereichen bzw. durch die folgenden Personengruppen? (Verfügbarkeit, Qualität der Versorgung, ausreichende Personalressourcen)*
Bitte geben Sie eine Einschätzung von 0-100% ab. (0%= nichts vorhanden, 100%= in idealer Menge vorhanden)
geschlossenes Frageformat

Abb. 4: Bewertung des Ausmaßes unterschiedlicher sekundärpräventiver Versorgungsangebote



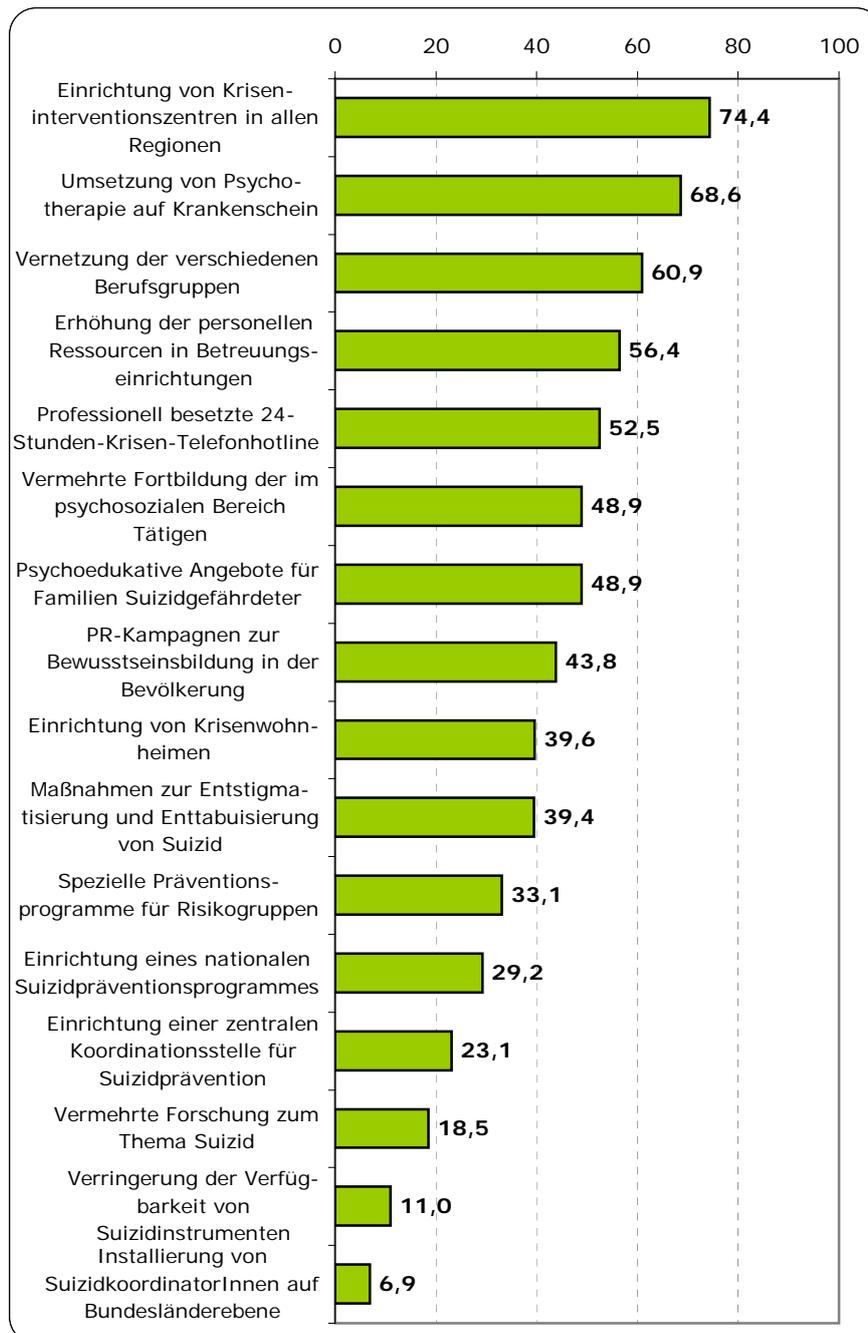
Basis: Österreichische ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, PsychologInnen; n=508;
Werte sind arithmetische Mittel; der Balken symbolisiert die Streuung

- Zu Beginn sei erwähnt, dass die Ergebnisse dieser Frage valider zu sein scheinen. Zwar hat die Programmierung des Fragebogens die Befragten wie bei der vorhergehenden Frage gezwungen, eine Angabe zu machen, jedoch war es ihnen zu dieser Frage offensichtlich durchgehend möglich, eine Einschätzung abzugeben, da keine diesbezügliche Rückmeldung (auch nicht von der Befragten, die sich zur vorhergehenden Frage geäußert hat) übermittelt wurde. Dies ist unter anderem damit zu erklären, dass sämtliche hier abgefragten Angebote eine hohe Affinität und institutionelle Nähe zur Tätigkeit der Befragten aufweisen und sie daher naturgemäß besser informiert sind als über Aktivitäten etwa beim Bundesheer oder in Seniorenbetreuungseinrichtungen.
- Insgesamt sehen die Befragten den Bedarf an sekundärpräventiven Angeboten im Sinne von Versorgungsleistungen besser abgedeckt wie etwa den Primärpräventiven. Zudem ist eine stärkere Differenzierung sichtbar, indem manche Versorgungsangebote zumindest als mäßig ausreichend, andere jedoch als unzureichend vorhanden wahrgenommen werden. So werden etwa Krankenhäuser, Selbsthilfegruppen und psychosoziale Zentren als mäßig ausreichend vorhanden erachtet. Weniger ausreichend wird dagegen das Angebot von mobilen und aktiv aufsuchenden Krisenteams sowie von Angehörigengruppen gesehen.
- Unter „Sonstige Aktivitäten“ wurden u.a. Hinweise auf Vereine und Sozialarbeit sowie Schwierigkeiten in der Praxis gegeben.
- Die Versorgung durch niedergelassenen Allgemeinmediziner wird von Männern als ausreichender empfunden als von Frauen (► Tab. 10).
- Tendenziell erachten Befragte, die häufiger suizidpräventiv intervenieren müssen, die Angebote (insbesondere psychosoziale Zentren, Krankenhäuser, Kriseninterventionszentren sowie mobile, aktiv aufsuchende Krisenteams) als signifikant ausreichender vorhanden als jene, die bei ihren KlientInnen seltener suizidpräventiv intervenieren müssen (► Tab. 10). Ob dies mit einer höheren Informiertheit zusammenhängt kann hier nicht beantwortet werden.
- Besonders unterschiedlich ausgeprägt ist die Einschätzung der Versorgungsabdeckung durch Kriseninterventionszentren in regionaler Hinsicht. Befragte aus Westösterreich bewerten Verfügbarkeit und Versorgungsqualität durch Kriseninterventionszentren signifikant besser als Befragte aus Ost- und Südösterreich (► Tab. 10).
- ÄrztInnen sehen in Bezug auf Krankenhäuser, Kriseninterventionszentren, aber interessanterweise auch hinsichtlich niedergelassener PsychotherapeutInnen und PsychologInnen mehr Versorgungsbedarf als PsychotherapeutInnen, PsychologInnen und MultiprofessionalistInnen (► Tab. 10).
- Befragte, die vorwiegend in extramuralen Einrichtungen tätig sind, sehen bedeutend mehr Bedarf an mobilen, aktiv aufsuchenden Krisenteams sowie an sehr niederschwelligem Angebot als primär niedergelassen arbeitende ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen oder PsychologInnen (► Tab. 10).
- Die Einschätzung der Versorgungsabdeckung der unterschiedlichen Bereiche ist weitgehend unabhängig von der Dauer der Tätigkeit der Befragten.

3.2 PERSPEKTIVEN FÜR DEN SOLL-ZUSTAND DER ÖSTERREICHISCHEN SUIZIDPRÄVENTION

Fragewortlaut: Um die Möglichkeit zu schaffen, dass die Suizidrate in Österreich in den nächsten 10 Jahren um 30-50% sinkt, was wären für Sie die wesentlichen Maßnahmen? Wählen Sie die aus Ihrer Sicht 7 wichtigsten aus.
geschlossenes Frageformat

Abb. 5: Prioritätenliste zur Senkung der Suizidrate



Basis: Österreichische ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, PsychologInnen; n=508; Werte sind relative Häufigkeiten; Mehrfachantworten möglich

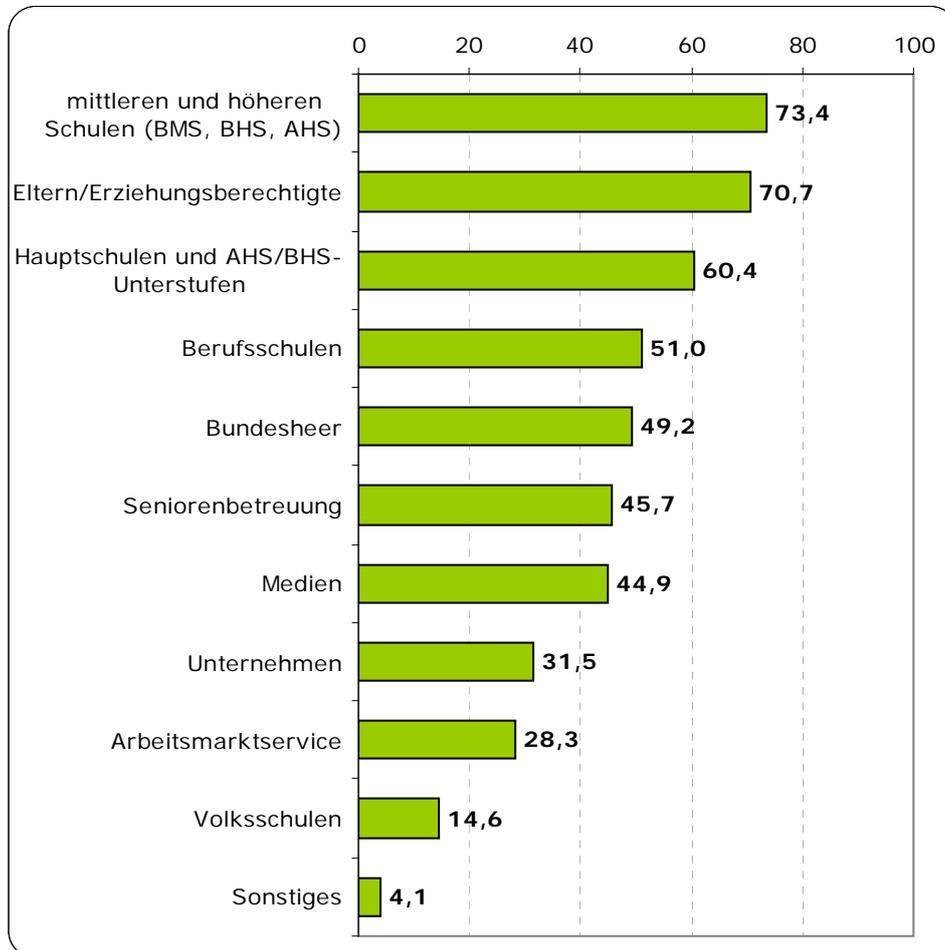
- Insgesamt sehen die Befragten einen hohen Bedarf im Ausbau von Angeboten und Ressourcen sowie in der Erhöhung der Zugänglichkeit, jedoch wenig Bedarf im Aufbau geeigneter Strukturen. Die Prioritäten sind größtenteils auf einer konkreten Handlungs- und weniger auf einer zunächst abstrahierten Planungsebene angesiedelt. Dies überrascht vor dem Hintergrund, dass viele andere Bereiche im Gesundheitswesen in erheblichem Umfang zentral geplant und gesteuert sind (etwa in den Bereichen der seelischen Gesundheit oder im Bereich der Sucht mit Aktionsplänen sowie KoordinatorInnen auf Bundes- und Landesebene).

Als wichtigste Maßnahmen zur Senkung der Suizidraten bezeichnen die Befragten die Einrichtung von Kriseninterventionszentren in allen Regionen, die Umsetzung von Psychotherapie auf Krankenschein sowie die Vernetzung der relevanten Berufsgruppen. Auch die Erhöhung der personellen Ressourcen und die Einrichtung professioneller, ständig erreichbarer Telefonhotlines werden häufig angegeben. Am seltensten genannt wird neben den auf überregionale Koordination bezogenen Maßnahmen die Verringerung der Verfügbarkeit von Suizidinstrumenten und die Intensivierung der Suizidforschung

- Frauen empfehlen bedeutend häufiger die Erhöhung der personellen Ressourcen in Betreuungseinrichtungen als Männer (► Tab. 11).
- In Westösterreich werden psychoedukative Angebote für Familien von Suizidgefährdeten bedeutend häufiger empfohlen als in Ostösterreich (► Tab. 11).
- PsychotherapeutInnen sehen in der Umsetzung von Psychotherapie auf Krankenschein signifikant häufiger einen wichtigen Ansatzpunkt zur Senkung der Suizidrate als PsychologInnen und ÄrztInnen (► Tab. 11). In einer Analyse ohne PsychotherapeutInnen wäre die Umsetzung von Psychotherapie auf Krankenschein dennoch die drittwichtigste Zukunftsmaßnahme.
- Befragte mit über 10 Jahren Berufserfahrung sehen mehr Bedarf an einer professionell besetzten 24-Stunden-Krisen-Telefonhotline als Befragte mit maximal einem Jahr Berufserfahrung (► Tab. 11).
- Es sind keine bedeutenden Unterschiede in Abhängigkeit des Alters, des Settings der Berufsausübung sowie des Ausmaßes suizidpräventiver Interventionen der Befragten beobachtbar.

Fragewortlaut: In welchen Settings sollte Suizidprävention zukünftig einen besonderen Stellenwert haben? Wählen Sie die für Sie 5 wichtigsten Settings aus.
geschlossenes Frageformat

Abb. 6: Settings mit besonderem Stellenwert für Suizidprävention



Basis: Österreichische ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, PsychologInnen; n=508;
 Werte sind relative Häufigkeiten; Mehrfachantworten möglich

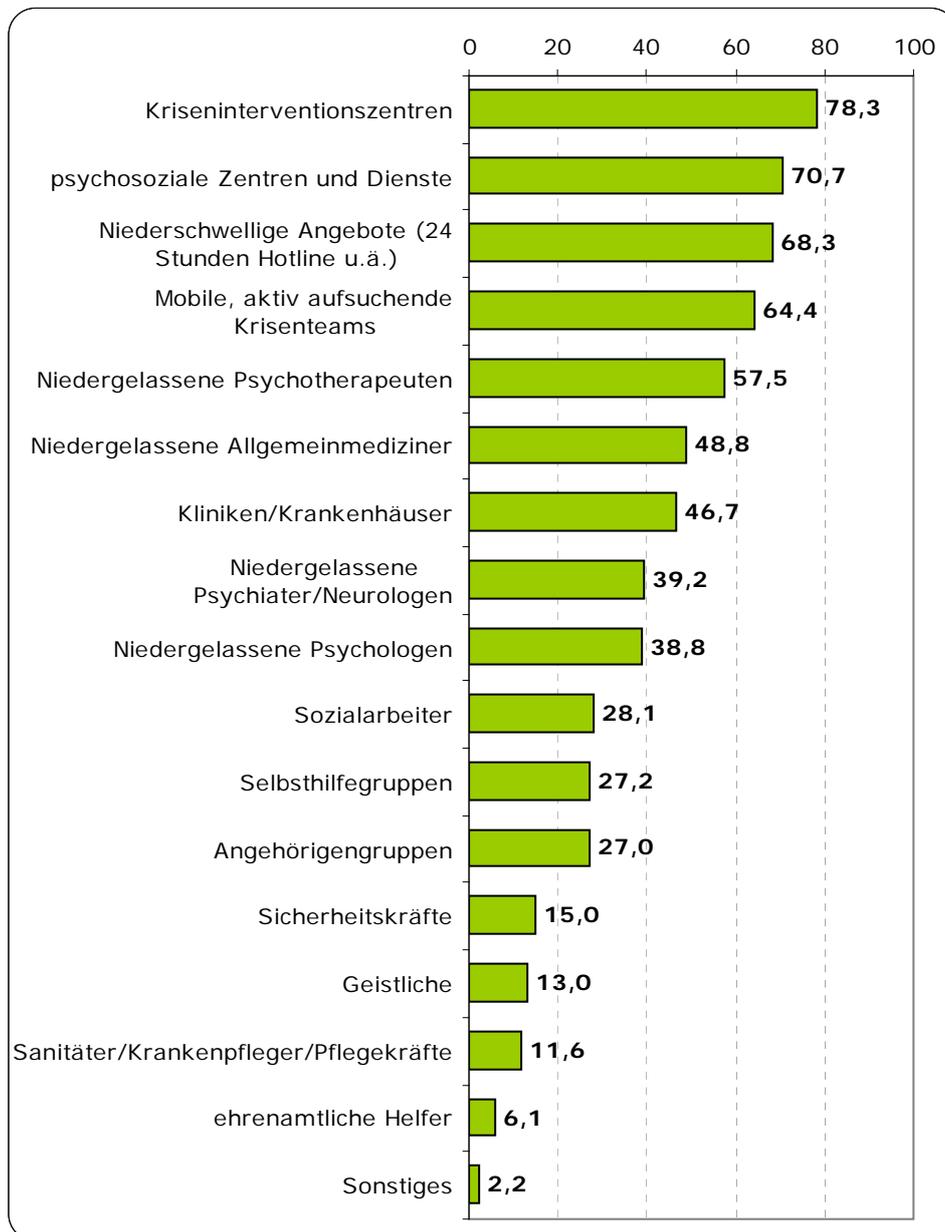
- Zusammengefasst ergeben sich zwei große Handlungsfelder bzw. Zielgruppen: die Schule ab der 5. Schulstufe sowie Eltern und Erziehungsberechtigte. Bundesheer und Seniorenbetreuung werden immerhin auch noch von etwa jeder/jedem zweiten Befragten als bedeutendes Setting für suizidpräventive Handlungen gesehen. Vergleichsweise wenig Relevanz wird Unternehmen, dem AMS, aber auch der Suizidprävention in Volksschulen zugeschrieben.
- Jüngere Befragte (20-39 Jahre) sehen in der Zielgruppe Eltern/Erziehungsberechtigte signifikant seltener Handlungsbedarf für suizidpräventive Maßnahmen als Ältere (ab 40 Jahren). Zudem schreiben Befragte ab 60 Jahren dem Handlungsfeld Betrieb deutlich weniger Stellenwert zu als jüngere Befragte unter 60 Jahren (► Tab. 12). Insbesondere der erste Unterschied wirft eine interessante Frage auf: Wollen jüngere Personen im Sinne einer Ab-

wehrreaktion einen Handlungsbedarf für eine Zielgruppe, der sie möglicherweise selbst angehören, nicht zulassen?

- Männer sehen im Handlungsfeld Bundesheer bedeutend häufiger Bedarf für suizidpräventive Maßnahmen als Frauen. Im Präventionsfeld Unternehmen/Betriebe verhält es sich hingegen genau umgekehrt (► Tab. 12).
- Befragte, die vorwiegend im stationären Bereich arbeiten, messen der Seniorenbetreuung einen signifikant größeren Stellenwert bei als Befragte, die primär extramural oder niedergelassen arbeiten (► Tab. 12).
- Es sind keine bedeutenden Unterschiede in Abhängigkeit der Region, der Berufsgruppe, der Dauer der Berufsausübung sowie des Ausmaßes suizidpräventiver Interventionen der Befragten beobachtbar.

Fragewortlaut: Wenn Sie die folgenden Bereiche psychosozialer Versorgung betrachten: Welche davon sollten in Zukunft besonders eingebunden sein, wenn es um die Betreuung von suizidgefährdeten Menschen geht? Wählen Sie bitte die 7 für Sie wichtigsten Gruppen aus. geschlossenem Frageformat

Abb. 7: Versorgungsangebote mit besonderem Stellenwert für Suizidprävention



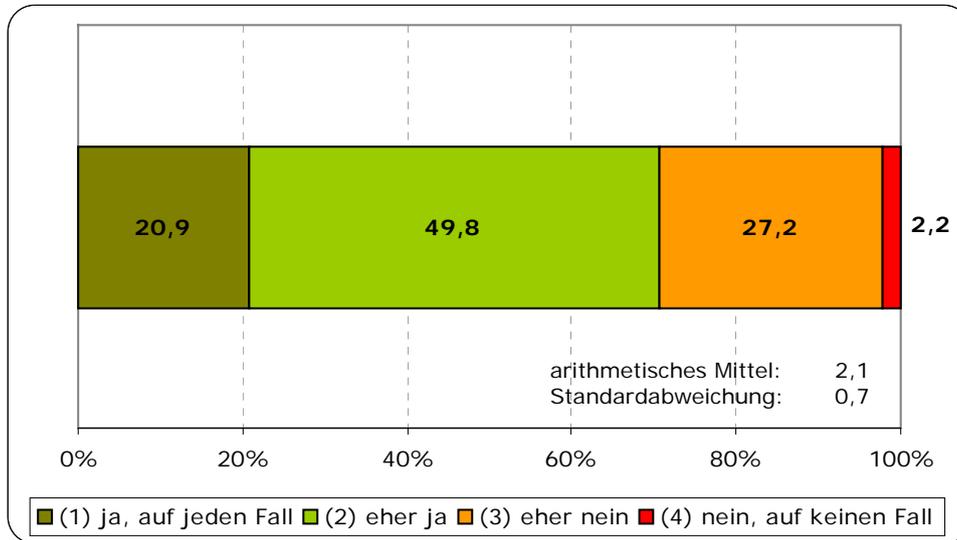
Basis: Österreichische ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, PsychologInnen; n=508; Werte sind relative Häufigkeiten; Mehrfachantworten möglich

- Insgesamt ergibt sich eine klare Tendenz: die extramurale Versorgung wird am wichtigsten angesehen; die vier am häufigsten Versorgungsangebote sind extramural, in der Regel kostenlos und in der Regel mit einigermaßen geringen Zugangsschwellen.

- Deutlich am häufigsten genannt werden hier wiederum die Kriseninterventionszentren, gefolgt von psychosozialen Zentren und Diensten allgemein, anderen niederschwelligen Angeboten (u.a. Telefonhotline) und mobilen, aufsuchenden Krisenteams. Es folgt mit mittleren Ausprägungen die Betreuung durch niedergelassene ExpertInnen aus dem medizinischen und psychotherapeutisch-psychologischen Bereich sowie der stationäre Sektor. Eher selten werden andere Berufsgruppen als besonders wichtig eingestuft, ebenso Selbsthilfe- und Angehörigengruppen und der Einsatz Ehrenamtlicher.
- Männliche Befragte erwähnen Geistliche im Zusammenhang mit suizidpräventiver Versorgung signifikant häufiger als Frauen (► Tab. 13).
- Befragte, die im Rahmen ihrer Berufsausübung häufiger suizidpräventiv intervenieren, weisen psychosozialen Zentren einen signifikant höheren Stellenwert zu als Befragte, die seltener suizidpräventiv intervenieren (► Tab. 13). Im Fall von Selbsthilfegruppen ist das Gegenteil zu beobachten (► Tab. 13).
- In Westösterreich werden niedergelassene Allgemeinmediziner bedeutend häufiger in diesem Zusammenhang genannt als in Südösterreich. Hingegen werden dort Selbsthilfegruppen häufiger als wichtiges suizidpräventives Angebot erachtet. (► Tab. 13).
- ÄrztInnen schreiben Krankenhäusern und Kliniken signifikant seltener eine tragende Rolle bei der Versorgung suizidgefährdeter Menschen zu als PsychotherapeutInnen, PsychologInnen und MultiprofessionalistInnen (► Tab. 13). Dafür attestieren ÄrztInnen zusammen mit PsychotherapeutInnen den niedergelassenen PsychiaterInnen und/oder NeurologInnen häufiger einen wichtigen Stellenwert als PsychologInnen (► Tab. 13).
- Als Standeskonkurrenz ist die Tatsache zu interpretieren, dass ÄrztInnen niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen einen deutlich höheren Stellenwert in der Suizidprävention zuschreiben, als PsychotherapeutInnen und besonders als Psychologen (► Tab. 13). Es weisen aber auch PsychotherapeutInnen ihren niedergelassenen KollegInnen einen signifikant höheren Stellenwert zu als PsychologInnen, während PsychologInnen ihren niedergelassenen KollegInnen wenig überraschend einen signifikant höheren Stellenwert zuschreiben als PsychotherapeutInnen (► Tab. 13). Interessanterweise haben SozialarbeiterInnen und Geistliche für ÄrztInnen eine größere Bedeutung als für PsychologInnen.

Fragewortlaut: Fühlen Sie sich persönlich zum Thema Suizid ausreichend fortgebildet?
 4-stufige Skala von „ja auf jeden Fall“ bis nein, auf keinen Fall“
geschlossenes Frageformat

Abb. 8: Selbsteinschätzung des Wissensstandes zum Thema Suizid



Basis: Österreichische ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, PsychologInnen; n=508;
 Werte im Diagramm sind relative Häufigkeiten

- Die Mehrheit der Befragten sieht sich gut bis einigermaßen gut fortgebildet. Dennoch fühlen sich rund 30% der Befragten betreffend seelische Gesundheit unzureichend fortgebildet. Wie in fast allen Feldern handelt es sich also auch im Fall von Suizidprävention um ein hochspezialisiertes Feld, wo Basiskenntnisse scheinbar nicht als ausreichend empfunden werden.
- Jüngere Befragte fühlen sich schlechter fortgebildet als ältere Befragte. Dieses Ergebnis scheint auch mit dem Einfluss der Berufsgruppe konfundiert zu sein, da der Anteil jüngerer Befragter unter PsychologInnen signifikant höher ist als unter ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen (► Tab. 14).
- Frauen fühlen sich schlechter fortgebildet als Männer (► Tab. 14).
- Befragte, die im Rahmen ihrer Berufsausübung häufiger suizidpräventiv intervenieren, fühlen sich bedeutend besser fortgebildet als Befragte, die seltener suizidpräventiv intervenieren (► Tab. 14).
- Befragte aus Westösterreich fühlen sich signifikant besser fortgebildet als jene aus Ostösterreich (► Tab. 14).
- PsychologInnen und ÄrztInnen fühlen sich zum Thema Suizid bedeutend schlechter fortgebildet als PsychotherapeutInnen und MultiprofessionalistInnen (► Tab. 14).
- Befragte mit maximal einem Jahr und auch jene mit zwei bis fünf Jahren Berufserfahrung fühlen sich wesentlich schlechter fortgebildet als jene mit mehr als sechsjähriger Berufserfahrung (► Tab. 14).
- Es zeigen sich keine Unterschiede in Abhängigkeit vom Setting der Berufsausübung.

Fragewortlaut: Wenn Sie sich eine gut funktionierende österreichische Suizidprävention vorstellen, wie müsste diese beschaffen sein bzw. was sollte diese leisten?

offenes Frageformat

Die Beantwortungen der offen gehaltenen Schlussfrage wurden in Form einer quantitativen Inhaltsanalyse ausgewertet, wobei nicht von bestimmten Vorannahmen ausgegangen wurde, sondern induktiv die meist recht klaren Aussagen registriert und in Kategorien sinngemäß gleicher oder ähnlicher Äußerungen zusammengefasst und dabei die Häufigkeit ihres Auftretens erhoben wurde.

Insgesamt sind in 433 der 508 vollständig ausgefüllten Fragebögen (85,2%) auch Antworten auf diese offene Frage vorhanden, was wiederum für das hohe Engagement der TeilnehmerInnen spricht, wobei insgesamt 1340 Äußerungen ermittelt werden konnten. (Es bestand die Möglichkeit, für jede/n Teilnehmer/in, hier mehrere Aussagen zu tätigen; im Durchschnitt wurden also etwa 3 Aussagen gemacht.)

Die abgegebenen Äußerungen wurden nach Durchsicht in mehrere Hauptbereiche gegliedert, und zwar: Öffentlichkeitsarbeit, Zielgruppen, Koordination, Ressourcen, Gestaltung der Angebote, Ausrichtung und Zielgruppen, Weiterbildung, Gesamtgesellschaftliche Aspekte sowie Forschung.

Öffentlichkeitsarbeit

Am häufigsten, insgesamt 333 Mal wurden hier Hinweise zur Öffentlichkeitsarbeit gegeben. Von 137 Befragten (27,0%) wurde die Notwendigkeit genereller Aufklärungsarbeit betreffend Suizid und psychischer Erkrankungen für die Gesamtbevölkerung betont; 87 Mal wurden spezifisch Maßnahmen zur Enttabuisierung des Themas bzw. Entstigmatisierung der Suizidgefährdeten gefordert, 48 Mal eine bessere Bekanntmachung bestehender Angebote und 47 Mal wurde speziell der Bereich Medienarbeit angesprochen.

Angebote

Fast gleich häufig wie der Bereich Öffentlichkeitsarbeit, 332 Mal, wurde die Gestaltung der suizidpräventiven Angebote angesprochen. Hierzu wurde eine beträchtliche Vielfalt von Aspekten thematisiert, am häufigsten die Niederschwelligkeit (69 Angaben hierzu) und Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit der Angebote (44), gefolgt von guter Erreichbarkeit allgemein bzw. möglichst unbürokratischem Zugang (39), Kostenlosigkeit (37), Schnelligkeit (rasche Terminvergabe u.ä.) (25) und flächendeckender Verfügbarkeit (22). Ziemlich oft wurden hier weiters speziell die Verfügbarkeit einer 24-Stunden-Hotline (20), die Anonymität des Angebots (16), Psychotherapie auf Krankenschein (14) und eine aufsuchende 24-Stunden Krisenbereitschaft (13) genannt.

Zielgruppen

274 Statements beziehen sich auf Ausrichtung und Zielgruppen; wobei hier wieder der Bereich Schule klar als der am wichtigsten erachtete hervortritt, mit 72 Aussagen betreffend erforderlicher Verstärkung von Prävention und Beratung an Schulen, und 35 hinsichtlich Eltern und Familien. 17mal wird speziell Suizidprävention durch dafür geschulte Lehrer vorgeschlagen; und weitere 14mal allgemein Präventionsarbeit mit Kindern. Fünf Befragte fordern explizit die Anstellung von Psychologen bzw. Sozialarbeitern an Schulen. Unter den anderen Handlungsfeldern treten beson-

ders Angehörige und –gruppen von Suizidgefährdeten hervor (32 Statements), gefolgt von Unternehmen (17) und Gemeinden bzw. Nachbarschaftszentren (10) sowie Selbsthilfegruppen (9) und Seniorenvereinen (8).

Koordination

Ein angesichts der Spezifität und im Gegensatz zum quantitativen Ergebnis aus Abb. 5 überraschend oft genannter Bereich ist weiters jener der Koordination, der hier insgesamt in 145 Äußerungen angesprochen wird, wobei am häufigsten – von 65 Befragten – allgemein eine bessere Vernetzung und Koordination der verschiedenen Angebote und Berufsgruppen moniert wird, und in 33 Fällen eine multiprofessionelle bzw. interdisziplinäre Zusammenarbeit. 13 Mal finden sich spezifische Aussagen betreffend einer Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen dem stationären und dem ambulanten/extramuralen Bereich, und 12 Mal die Forderung einer zentralen Koordination.

132 weitere Statements beziehen sich auf die Frage des Ressourcen; 37 Mal werden allgemein mehr Ressourcen bzw. ein dichteres Versorgungsnetz gefordert, 24 Mal eine höhere (regionale) Dichte von Kriseninterventionszentren, 19 Mal eine höhere Verfügbarkeit von mobilen Krisenteams, und 15 Mal mehr ambulante bzw. extramurale Angebote. 10 weitere Statements beziehen sich auf mehr aufsuchende Arbeit allgemein (ohne die Nennungen der Krisenteams), und je 9 auf die Etablierung von Krisenwohnheimen u.ä. sowie die Erhöhung der Betreuungskapazitäten in stationären Einrichtungen.

Weiterbildung

Der spezielle Bereich der Weiterbildung wurde 80 Mal angesprochen, wobei meist eine unspezifizierte gute/verbesserte Weiterbildung der psychosozialen Berufsgruppen (68) gefordert wurde, 12 Mal wird die Weiterbildung von Ärzten genannt. (Angaben zu anderen Berufsgruppen sind seltener, und wurden in dieser Auswertung nicht unter „Weiterbildung“, sondern unter „Zielgruppen“ subsummiert.)

Gesamtgesellschaftliche Aspekte

Gesamtgesellschaftliche Präventionsaspekte wurden von 33 Befragten betont, hier reichen die Statements von der Notwendigkeit gesellschaftlicher Veränderungen insgesamt über die Betonung der Wichtigkeit sozialer Netzwerke und emotionaler Bindungen und einer Stärkung des staatlichen Sozialsystems bis hin zur Thematisierung von Orientierungslosigkeit und Anomie, welcher durch Förderung von Sinnfindung entgegenzuwirken sei. Eine Intensivierung der Forschung zur Suizidalität schließlich wird in der offenen Befragung von 11 der Befragten als wünschenswert notiert.

4 TABELLENBAND

Tab. 7: Deskriptive Ergebnisse zur generellen Zufriedenheit mit dem Ist-Zustand

Wie zufrieden sind Sie generell mit dem derzeitigen Ist-Zustand im Bereich Suizidprävention in Ihrem Bezirk (Region)? Beziehen Sie sich bitte auf jenen Bezirk (Region), wo sie vorwiegend tätig sind. (0%= katastrophal - 100% = optimal)		
Angaben sind arithmetische Mittel (Mittelwert – MW) sowie Standardabweichung (STD)	MW	STD
Gesamtergebnisse; n=508		
	45,5	24,4
nach Alter		
20-39 Jahre	43,9	23,9
40-59 Jahre	47,1	24,9
60+ Jahre	46,3	24,0
nach Geschlecht		
Männlich	45,3	23,7
Weiblich	45,6	24,8
nach suizidpräventivem Interventionsbedarf		
<= 5% der Klient/innen	43,9	25,0
> 5% der Klient/innen	47,2	23,7
nach NUTS1		
Ostösterreich	43,7	24,4
Südösterreich	42,4	22,4
Westösterreich	49,7	25,3
nach Berufsgruppe		
Arzt/Ärztin	40,2	23,7
PsychotherapeutIn	44,3	24,7
PsychologIn	44,7	24,7
Multiprofessionell	51,3	23,3
nach Setting der Berufsübung		
stationäre Einrichtung	45,3	23,2
extramurale Einrichtung	49,1	25,9
niedergelassene Praxis	45,6	24,3
Sonstiges Setting	40,9	24,5
nach Dauer der Berufsübung		
Bis 1 Jahr	40,5	22,9
2-5 Jahre	44,4	25,2
6-10 Jahre	44,0	23,0
über 10 Jahre	47,9	24,6

Tab. 8: Deskriptive Ergebnisse zur Zufriedenheit mit dem Ist-Zustand in der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention

Wie zufrieden sind Sie mit dem derzeitigen Ist-Zustand der Suizidprävention in Ihrem Bezirk (Region) in den folgenden Bereichen? Beziehen Sie sich bitte auf jenen Bezirk (Region), wo sie vorwiegend tätig sind. (0% = katastrophal - 100% = optimal)						
Angaben sind arithmetische Mittel (Mittelwert – MW) sowie Standardabweichung (STD)	Primärprävention		Sekundärprävention		Tertiärprävention	
	MW	STD	MW	STD	MW	STD
Gesamtergebnisse; n=508						
	30,3	23,4	47,2	25,2	49,5	26,0
nach Alter						
20-39 Jahre	29,5	23,7	47,2	25,4	48,9	26,2
40-59 Jahre	30,7	23,3	47,9	25,4	50,3	26,3
60+ Jahre	32,2	22,5	43,0	23,6	48,8	24,2
nach Geschlecht						
Männlich	31,5	23,8	47,2	24,8	54,5	24,6
Weiblich	29,8	23,2	47,1	25,4	47,4	26,4
nach suizidpräventivem Interventionsbedarf						
<= 5% der Klient/innen	29,6	24,2	45,7	25,8	47,7	25,9
> 5% der Klient/innen	30,9	22,6	48,7	24,6	51,4	26,1
nach NUTS1						
Ostösterreich	28,6	25,1	44,3	25,6	47,0	26,8
Südösterreich	27,2	19,4	45,9	24,8	47,6	25,3
Westösterreich	34,2	23,6	51,1	24,8	53,6	25,4
nach Berufsgruppe						
Arzt/Ärztin	31,9	23,8	45,8	25,1	48,1	24,8
PsychotherapeutIn	27,1	21,1	45,4	24,5	49,0	25,2
PsychologIn	29,9	23,8	47,3	25,8	49,8	26,5
Multiprofessionell	34,0	25,1	49,5	25,7	50,1	27,1
nach Setting der Berufsübung						
stationäre Einrichtung	28,9	22,0	45,4	24,1	51,7	26,5
extramurale Einrichtung	32,8	24,6	51,7	25,7	54,2	26,2
niedergelassene Praxis	31,4	23,9	47,1	24,8	48,0	25,7
sonstiges Setting	24,9	21,8	44,5	27,4	45,3	25,5
nach Dauer der Berufsübung						
Bis 1 Jahr	29,4	22,5	44,7	23,4	53,7	26,3
2-5 Jahre	28,7	23,8	47,3	25,8	50,0	26,9
6-10 Jahre	29,0	22,4	46,8	26,3	46,8	24,9
über 10 Jahre	32,1	23,7	47,7	24,8	49,6	25,9

Tab. 9: Deskriptive Ergebnisse zur Einschätzung des Ausmaßes suizidpräventiver Maßnahmen in verschiedenen Bereichen

<p>Wie sehr wird in Ihrem Bezirk (Region) in den folgenden Bereichen Ihrer Auffassung nach derzeit aktiv Suizidprävention im Sinne von vorbeugenden Maßnahmen betrieben (z.B.: Aufklärung über Suizidursachen, Stärkung von Selbstwert etc..) Beziehen Sie sich bitte auf jenen Bezirk (Region), wo sie vorwiegend tätig sind.</p> <p>Bitte nehmen sie eine Einschätzung der Ist-Situation zwischen 0-100% vor (0%= völlig unzureichend, 100%=optimal)</p>																				
Angaben sind arithmetische Mittel (Mittelwert – MW) sowie Standardabweichung (STD)	Aktivitäten für Eltern		Aktivitäten in Volksschulen		Aktivitäten in Hauptschulen und AHS/BHS-Unterstufen		Aktivitäten in mittleren und höheren Schulen (BMS, BHS, AHS)		Aktivitäten in Berufsschulen		Aktivitäten im Bundesheer		Aktivitäten in Unternehmen		Aktivitäten von Seeligenbetreuungsseinrichtungen		Aktivitäten der Medien		Sonstige	
	MW	STD	MW	STD	MW	STD	MW	STD	MW	STD	MW	STD	MW	STD	MW	STD	MW	STD	MW	STD
Gesamtergebnisse; n=508																				
	17,2	18,6	14,1	19,4	18,7	20,0	22,0	20,4	15,2	17,4	16,9	20,2	13,3	17,0	20,7	20,5	22,8	20,4	16,3	21,4
nach Alter																				
20-39 Jahre	17,9	19,9	14,4	20,3	18,8	20,2	22,0	21,0	15,8	17,4	19,6	21,7	15,4	18,5	21,0	21,2	22,8	21,5	15,5	20,7
40-59 Jahre	16,8	17,6	14,2	18,9	19,0	20,1	22,2	20,2	15,0	17,3	14,3	18,0	12,0	15,5	20,2	20,1	23,3	19,8	16,1	21,3
60+ Jahre	16,1	17,4	11,4	17,7	16,4	18,7	21,3	19,1	13,7	18,0	17,9	22,6	9,6	16,3	21,4	19,3	19,2	17,5	23,3	25,6
nach Geschlecht																				
Männlich	17,6	18,2	14,1	19,9	19,3	22,2	22,3	22,3	15,3	19,2	18,0	21,1	13,7	17,4	24,0	21,2	22,1	18,2	16,1	21,3
Weiblich	17,0	18,8	14,1	19,3	18,4	19,1	21,9	19,6	15,2	16,6	16,4	19,8	13,1	16,9	19,3	20,1	23,0	21,3	16,4	21,5
nach suizidpräventivem Interventionsbedarf																				
<= 5% der Klient/innen	16,7	18,3	13,6	19,4	18,0	20,6	21,1	21,8	14,9	18,3	17,2	21,0	13,2	17,3	19,8	20,3	22,3	20,4	15,6	21,1
> 5% der Klient/innen	17,8	18,9	14,6	19,4	19,4	19,4	22,9	18,9	15,5	16,4	16,6	19,4	13,4	16,8	21,5	20,7	23,2	20,4	17,1	21,8
nach NUTS1																				
Ostösterreich	15,8	19,3	12,9	19,6	17,5	20,0	20,0	20,2	13,7	16,6	17,1	21,3	12,4	17,1	19,8	21,4	20,8	20,1	14,2	21,6
Südösterreich	17,9	18,1	15,8	20,2	20,0	21,2	23,8	21,4	17,8	19,2	19,7	20,6	15,4	18,6	18,6	18,4	22,8	21,2	18,8	22,3
Westösterreich	18,2	18,2	14,1	18,7	19,0	19,2	22,8	19,8	15,1	16,7	14,6	18,6	12,7	15,7	23,0	20,8	24,8	20,0	16,9	20,5

Angaben sind arithmetische Mittel (Mittelwert – MW) sowie Standardabweichung (STD)	Aktivitäten für Eltern		Aktivitäten in Volksschulen		Aktivitäten in Hauptschulen und AHS/BHS-Unterstufen		Aktivitäten in mittleren und höheren Schulen (BMS, BHS, AHS)		Aktivitäten in Berufsschulen		Aktivitäten im Bundesheer		Aktivitäten in Unternehmen		Aktivitäten von Seelenbetreuungseinrichtungen		Aktivitäten der Medien		Sonstige	
	MW	STD	MW	STD	MW	STD	MW	STD	MW	STD	MW	STD	MW	STD	MW	STD	MW	STD	MW	STD
nach Berufsgruppe																				
Arzt/Ärztin	14,7	15,2	10,7	17,8	14,0	17,8	16,6	16,3	10,1	12,8	14,1	18,8	10,4	14,3	23,5	21,5	18,5	15,1	14,5	20,5
PsychotherapeutIn	14,4	15,9	11,7	15,3	17,0	17,8	21,5	18,6	13,3	14,5	11,4	16,9	9,9	14,5	17,3	16,5	21,1	18,4	17,4	21,4
PsychologIn	17,7	19,7	15,3	21,0	19,9	21,1	22,9	21,4	16,9	18,0	20,8	21,7	15,6	18,1	21,4	21,4	23,4	21,2	16,6	22,0
Multiprofessionell	21,5	20,3	16,9	21,4	20,9	21,4	24,2	22,3	16,9	20,5	17,8	20,2	14,6	18,4	22,7	22,5	26,2	22,8	16,3	21,5
nach Setting der Berufsübung																				
stationäre Einrichtung	17,9	20,0	15,9	20,3	21,1	22,1	23,1	21,7	17,6	19,4	20,7	22,0	17,1	20,2	21,4	21,5	24,0	21,2	18,1	22,6
extramurale Einrichtung	17,4	20,6	15,5	23,0	18,6	20,2	24,4	21,5	16,6	17,0	19,5	22,8	15,2	19,0	22,2	21,6	23,4	22,1	14,3	19,9
niedergelassene Praxis	17,3	17,6	13,1	18,1	18,0	18,9	21,8	19,7	14,0	16,5	14,4	18,3	11,6	15,2	20,3	20,1	23,0	19,6	16,7	21,2
sonstiges Setting	15,4	17,4	12,9	17,8	17,4	20,3	18,0	19,1	14,0	17,3	16,5	19,5	10,8	13,8	18,8	19,0	19,2	19,4	14,7	22,4
nach Dauer der Berufsübung																				
bis 1 Jahr	17,8	21,1	16,2	20,7	22,5	20,2	24,5	19,5	16,1	17,6	21,1	20,8	18,7	21,7	23,9	21,5	24,8	21,3	21,7	26,8
2-5 Jahre	15,5	18,3	13,4	19,3	18,0	19,8	21,4	20,7	14,9	16,1	17,7	21,2	13,0	16,5	18,9	20,3	20,4	20,1	14,0	20,0
6-10 Jahre	18,0	18,7	13,6	19,9	17,9	19,0	20,7	19,0	16,1	18,0	16,1	19,5	13,2	17,4	20,9	19,3	25,9	21,8	19,3	21,7
über 10 Jahre	18,0	18,4	14,4	19,1	18,9	20,6	22,6	21,0	15,0	18,1	15,9	19,7	12,6	16,3	21,3	21,0	22,8	19,7	15,8	21,2

Tab. 10: Deskriptive Ergebnisse zur Einschätzung des Ausmaßes suizidpräventiver Versorgung

Wie ausreichend ist in Ihrem Bezirk (Region) das derzeitige Betreuungs- und Versorgungsangebot für akut Suizidgefährdete in den folgenden Bereichen bzw. durch die folgenden Personengruppen? (Verfügbarkeit, Qualität der Versorgung, ausreichende Personalressourcen) Bitte geben Sie eine Einschätzung von 0-100% ab. (0%= nichts vorhanden, 100%= in idealer Menge vorhanden)																						
Angaben sind arithmetische Mittel (Mittelwert – MW) sowie Standardabweichung (STD)	psychosoziale Zentren und Dienste		Klinken/ Krankenhäuser		Kriseninterventionszentren		Mobile, aktiv aufsuchende Krisenteams		Niedergelassene Allgemeinmediziner		Niedergelassene Psychiater/Neurologen		Niedergelassene Psychotherapeuten/Psychologen		Sehr niederschwellige Angebote (Telefonhotline u.ä.)		Angehörigengruppen zum Thema Suizid		Selbsthilfegruppen zum Thema Suizid		Sonstiges	
	MW	STD	MW	STD	MW	STD	MW	STD	MW	STD	MW	STD	MW	STD	MW	STD	MW	STD	MW	STD	MW	STD
Gesamtergebnisse; n=508																						
	53,4	26,8	56,6	29,2	43,9	32,8	31,1	29,1	42,6	30,6	44,2	27,3	52,9	27,4	51,3	32,4	24,3	25,3	22,4	25,2	11,3	18,6
nach Alter																						
20-39 Jahre	54,2	26,2	59,1	27,3	44,6	32,1	33,9	29,2	42,0	30,9	44,2	27,5	52,8	26,3	49,3	31,9	26,4	25,1	24,8	24,9	11,8	18,9
40-59 Jahre	53,8	26,9	55,6	30,2	43,5	33,5	28,6	29,0	43,2	30,7	44,1	26,9	53,4	28,1	53,6	32,5	23,2	25,6	20,9	25,2	10,6	17,8
60+ Jahre	47,9	28,6	48,7	30,8	42,8	32,7	31,2	27,4	43,5	28,7	45,9	30,2	51,6	29,1	49,8	33,1	18,8	23,7	18,4	26,3	13,0	21,4
nach Geschlecht																						
Männlich	52,9	26,9	55,4	30,4	44,1	33,7	31,4	29,8	47,7	31,6	45,5	27,8	51,0	27,7	52,7	31,1	24,2	25,2	22,5	25,2	13,8	21,1
Weiblich	53,6	26,8	57,0	28,7	43,7	32,4	31,0	28,8	40,5	30,0	43,6	27,1	53,7	27,2	50,7	32,9	24,3	25,4	22,3	25,2	10,2	17,3
nach suizidpräventivem Interventionsbedarf																						
<= 5% der Klient/innen	50,8	27,8	53,6	30,5	40,5	32,3	28,1	26,9	41,7	30,6	42,9	28,0	50,8	28,9	50,4	32,5	23,6	25,5	21,9	25,5	12,0	18,8
> 5% der Klient/innen	56,1	25,4	59,5	27,4	47,3	33,0	34,2	30,8	43,6	30,6	45,5	26,6	55,1	25,5	52,2	32,3	25,0	25,0	22,9	24,9	10,6	18,4
nach NUTS1																						
Ostösterreich	53,5	27,5	55,5	28,6	36,3	32,1	27,5	26,7	40,6	30,7	41,8	27,5	52,8	26,8	49,6	33,5	21,0	25,4	19,3	25,1	9,3	17,6
Südösterreich	54,7	27,4	51,5	32,3	39,7	32,9	32,0	31,6	41,7	31,4	44,1	27,9	52,2	30,4	47,5	31,3	28,0	27,4	25,8	27,7	13,3	19,1
Westösterreich	52,4	25,6	61,3	26,8	54,9	30,5	34,3	29,4	45,5	30,0	46,8	26,6	53,5	25,9	55,7	31,4	25,3	23,3	23,3	23,0	12,0	19,1

Angaben sind arithmetische Mittel (Mittelwert – MW) sowie Standardabweichung (STD)	psychosoziale Zentren und Dienste		Kliniken/ Krankenhäuser		Kriseninterventionszentren		Mobile, aktiv aufsuchende Krisenteams		Niedergelassene Allgemeinmediziner		Niedergelassene Psychiater/Neurologen		Niedergelassene Psychotherapeuten/ Psychologen		Sehr niederschwellige Angebote (Telefonhotline u.ä.)		Angehörigengruppen zum Thema Suizid		Selbsthilfegruppen zum Thema Suizid		Sonstiges	
	MW	STD	MW	STD	MW	STD	MW	STD	MW	STD	MW	STD	MW	STD	MW	STD	MW	STD	MW	STD	MW	STD
nach Berufsgruppe																						
Arzt/Ärztin	47,3	26,0	47,0	30,0	40,9	32,3	23,8	22,9	50,1	30,0	41,1	27,8	43,9	25,8	47,4	30,3	18,6	21,5	17,8	22,2	7,2	11,7
PsychotherapeutIn	53,1	26,2	54,8	31,3	37,2	34,2	28,9	30,4	40,9	31,7	44,0	26,9	55,5	27,5	50,8	31,6	21,5	24,7	19,7	24,3	11,0	18,1
PsychologIn	55,1	26,6	59,7	27,7	48,1	31,6	35,1	29,8	41,8	30,6	44,4	27,8	52,5	27,2	50,3	33,0	27,3	26,0	25,6	25,8	12,1	19,3
Multiprofessionell	54,9	27,8	58,0	27,5	46,4	32,9	30,8	28,2	44,0	29,0	46,5	27,0	56,6	27,4	57,2	32,6	24,7	26,4	22,4	26,4	12,9	21,1
nach Setting der Berufsübung																						
stationäre Einrichtung	53,9	27,1	62,7	26,1	47,8	32,4	35,9	30,6	44,3	30,4	44,6	27,1	53,1	26,7	53,6	32,5	24,4	23,6	22,0	23,6	12,3	19,2
extramurale Einrichtung	57,5	25,7	57,2	28,6	47,5	32,2	36,3	30,8	44,4	30,8	45,7	26,3	53,1	28,3	60,6	33,0	28,9	26,1	26,6	25,9	13,4	20,6
niedergelassene Praxis	51,6	27,5	54,2	29,4	41,5	33,3	27,9	27,9	42,6	30,3	44,0	27,7	53,5	27,3	49,4	31,6	22,4	25,8	20,3	25,5	10,2	17,9
sonstiges Setting	54,0	25,1	54,6	32,5	41,3	32,0	27,9	26,8	38,2	31,7	42,3	28,2	50,2	28,0	42,1	31,1	24,5	24,7	25,0	25,1	10,9	17,5
nach Dauer der Berufsübung																						
bis 1 Jahr	56,3	27,8	64,1	26,7	54,2	32,8	39,9	32,8	41,6	31,5	47,4	27,8	57,4	25,0	48,0	34,7	28,2	27,5	27,6	25,8	17,3	24,7
2-5 Jahre	55,0	26,6	59,8	27,7	40,6	31,8	31,7	28,4	43,1	31,0	42,6	26,4	51,6	27,4	47,5	31,6	23,7	23,6	21,5	23,7	10,6	17,5
6-10 Jahre	51,3	25,1	53,7	28,5	42,0	30,9	32,4	30,2	42,2	31,8	42,9	28,6	52,4	26,3	50,2	31,7	23,7	24,2	22,8	24,7	12,1	18,4
über 10 Jahre	52,6	27,6	54,0	30,6	45,3	34,1	28,6	28,2	42,7	29,9	45,3	27,4	53,3	28,3	55,2	32,6	24,4	26,6	22,0	26,4	10,4	18,1

Tab. 11: Deskriptive Ergebnisse zur Bedeutung unterschiedlicher Maßnahmen zur Senkung der Suizidrate

Um die Möglichkeit zu schaffen, dass die Suizidrate in Österreich in den nächsten 10 Jahren um 30-50% sinkt, was wären für Sie die wesentlichen Maßnahmen? Wählen Sie die aus Ihrer Sicht 7 wichtigsten aus.																	
Angaben in %	Einrichtung eines nationalen Suizidpräventionsprogrammes	Einrichtung einer zentralen Koordinationsstelle für Suizidprävention	Vernetzung der verschiedenen Berufsgruppen	Vermehrte Fortbildung der im psychosozialen Bereich Tätigen	Vermehrte Forschung zum Thema Suizid	Einrichtung von Kriseninterventionszentren in allen Regionen	Erhöhung der personellen Ressourcen in Betreuungseinrichtungen	Einrichtung von Krisenwohnheimen (temporäre Aufenthaltsmöglichkeiten)	Umsetzung von Psychotherapie auf Krankenschein	Professionell besetzte 24-Stunden-Krisentelefonhotline	Spezielle Präventionsprogramme für Risikogruppen	Installerung von Suizidkoordinatoren auf Bundesländerebene (nach dem Vorbild der Sucht- und Psychiatriekoordinatoren)	PR-Kampagnen zur Bewusstseinsbildung in der Bevölkerung	Maßnahmen zur Entstigmatisierung und Enttabuisierung von Suizid	Verringerung der Verfügbarkeit von Suizidinstrumenten (z.B. Waffen)	Psychoedukative Angebote für Familien von Suizidgefährdeten	Sonstiges/neue Ideen
Gesamtergebnisse; n=508	28,8	22,4	61,5	49,6	18,4	74,4	56,6	40,2	69,0	51,7	33,3	6,6	43,2	39,1	10,7	50,0	4,7
nach Alter																	
20-39 Jahre	27,8	23,8	64,3	52,0	20,7	73,6	62,1	35,7	65,2	47,1	39,2	5,7	43,2	41,0	48,9	48,9	3,1
40-59 Jahre	29,9	21,2	58,9	47,3	16,2	75,1	51,5	44,4	72,6	56,0	27,8	7,5	43,2	37,3	13,7	51,0	6,2
60+ Jahre	31,6	28,9	52,6	39,5	18,4	73,7	52,6	34,2	65,8	63,2	31,6	10,5	52,6	44,7	15,8	36,8	7,9
nach Geschlecht																	
Männlich	26,5	22,1	60,9	49,2	18,4	75,4	61,2	41,9	70,4	52,5	34,4	7,3	45,8	38,3	9,2	50,8	4,5
Weiblich	35,6	25,5	61,1	48,3	18,8	71,8	45,0	34,2	64,4	52,3	30,2	6,0	38,9	42,3	15,4	44,3	6,0
nach suizidpräventivem Interventionsbedarf																	
<= 5% der Klient/innen	32,3	21,4	61,5	47,5	17,9	73,9	54,9	38,1	66,5	53,7	32,7	7,4	41,6	37,0	12,8	47,1	32,3
> 5% der Klient/innen	26,0	24,8	60,4	50,4	19,2	74,8	58,0	41,2	70,8	51,2	33,6	6,4	46,0	42,0	9,2	50,8	26,0

Angaben in %	Einrichtung eines nationalen Suizidpräventionsprogrammes	Einrichtung einer zentralen Koordinationsstelle für Suizidprävention	Vernetzung der verschiedenen Berufsgruppen	Vermehrte Fortbildung der im psychosozialen Bereich Tätigen	Vermehrte Forschung zum Thema Suizid	Einrichtung von Kriseninterventionszentren in allen Regionen	Erhöhung der personellen Ressourcen in Betreuungseinrichtungen	Einrichtung von Krisenwohnheimen (temporäre Aufenthaltsmöglichkeiten)	Umsetzung von Psychotherapie auf Krankenschein	Professionell besetzte 24-Stunden-Krisen-Telefonhotline	Spezielle Präventionsprogramme für Risikogruppen	Installation von Suizidkoordinatoren auf Bundesländerebene (nach dem Vorbild der Sucht- und Psychiatriekoordinatoren)	PR-Kampagnen zur Bewusstseinsbildung in der Bevölkerung	Maßnahmen zur Entstigmatisierung und Enttabuisierung von Suizid	Verringerung der Verfügbarkeit von Suizidinstrumenten (z.B. Waffen)	Psychoedukative Angebote für Familien von Suizidgefährdeten	Sonstiges/neue Ideen
nach NUTS1																	
Ostösterreich	30,5	24,4	66,5	49,7	16,8	73,6	59,4	39,6	69,0	52,3	33,0	7,6	44,2	36,5	11,2	41,6	4,6
Südösterreich	29,1	22,8	55,9	44,1	22,0	74,8	59,8	41,7	67,7	59,1	34,6	8,7	36,2	38,6	11,0	49,6	5,5
Westösterreich	27,9	21,9	58,5	51,4	18,0	74,9	50,8	38,3	68,9	48,1	32,2	4,9	48,6	43,2	10,9	56,3	4,9
nach Berufsgruppe																	
Arzt/Ärztin	32,1	26,4	64,2	49,1	18,9	75,5	45,3	37,7	56,6	60,4	26,4	5,7	35,8	41,5	13,2	39,6	5,7
PsychotherapeutIn	29,5	25,0	52,3	44,7	16,7	76,5	49,2	47,0	83,3	55,3	30,3	6,8	49,2	38,6	10,6	47,7	6,1
PsychologIn	29,2	23,6	64,8	50,0	21,8	73,6	61,1	35,2	60,2	46,8	39,4	6,9	41,7	38,4	9,7	50,0	5,6
Multiprofessionell	27,8	17,5	63,9	50,5	13,4	73,2	62,9	38,1	75,3	60,8	25,8	6,2	45,4	41,2	13,4	52,6	2,1
nach Setting der Berufsübung																	
stationäre Einrichtung	29,2	26,4	62,3	51,9	16,0	76,4	57,5	41,5	58,5	58,5	35,8	4,7	40,6	41,5	9,4	50,0	1,9
extramurale Einrichtung	34,8	21,3	59,6	43,8	16,9	76,4	65,2	38,2	73,0	44,9	42,7	7,9	40,4	34,8	10,1	43,8	5,6
niedergelassene Praxis	29,1	22,5	59,4	50,4	17,6	75,0	51,6	41,0	73,4	56,6	27,5	7,8	44,3	40,2	12,7	49,2	6,1
sonstiges Setting	22,1	22,1	66,2	45,6	27,9	66,2	60,3	33,8	61,8	38,2	36,8	5,9	51,5	39,7	8,8	52,9	4,4
nach Dauer der Berufsübung																	
bis 1 Jahr	23,7	34,2	71,1	57,9	10,5	68,4	63,2	44,7	50,0	39,5	47,4	5,3	47,4	47,4	5,3	55,3	0,0
2-5 Jahre	28,0	19,9	57,1	50,3	21,7	73,9	61,5	42,9	68,3	48,4	36,0	8,1	44,1	39,1	8,7	51,6	2,5
6-10 Jahre	30,9	29,8	70,2	50,0	22,3	73,4	51,1	34,0	72,3	47,9	31,9	3,2	40,4	37,2	7,4	41,5	10,6
über 10 Jahre	30,4	20,6	57,9	45,8	15,9	76,2	53,7	38,8	70,6	59,8	29,0	7,9	44,4	39,3	15,4	49,1	5,1

Tab. 12: Deskriptive Ergebnisse zur Bedeutung unterschiedlicher Settings im Hinblick auf suizidpräventive Maßnahmen

In welchen Settings sollte Suizidprävention zukünftig einen besonderen Stellenwert haben? Wählen Sie die für Sie 5 wichtigsten Settings aus.											
Angaben in %	Eltern/Erziehungsberechtigte	Volksschulen	Hauptschulen und AHS/BHS-Unterstufen	Mittleren und höheren Schulen (BMS, BHS, AHS)	Berufsschulen	Bundesheer	Unternehmen	Arbeitsmarktservice	Seniorenbetreuung	Medien	Sonstiges
Gesamtergebnisse; n=	69,7	14,5	60,6	74,0	51,0	48,6	33,0	29,2	45,0	45,0	4,5
nach Alter											
20-39 Jahre	64,8	15,9	66,1	74,0	52,0	46,3	33,0	29,1	48,0	42,3	3,1
40-59 Jahre	74,4	13,2	55,4	74,0	50,0	50,8	33,1	29,3	42,1	47,5	5,8
60+ Jahre	81,6	13,2	57,9	65,8	50,0	57,9	13,2	18,4	55,3	44,7	0,0
nach Geschlecht											
Männlich	69,8	15,9	62,0	73,7	51,7	45,5	34,9	30,4	46,1	45,5	3,1
Weiblich	72,7	11,3	56,7	72,7	49,3	58,0	23,3	23,3	44,7	43,3	6,7
nach suizidpräventivem Interventionsbedarf											
<= 5% der Klient/innen	69,0	16,3	62,8	72,1	55,0	50,8	29,5	26,0	39,9	43,0	5,0
> 5% der Klient/innen	72,4	12,8	58,0	74,8	46,8	47,6	33,6	30,8	51,6	46,8	3,2
nach NUTS1											
Ostösterreich	67,0	13,7	55,3	72,6	46,7	52,3	25,9	28,9	49,7	47,2	5,6
Südösterreich	71,1	18,0	62,5	75,0	53,9	47,7	31,3	27,3	44,5	45,3	3,9
Westösterreich	74,3	13,1	64,5	73,2	53,6	47,0	37,7	28,4	42,1	42,1	2,7
nach Berufsgruppe											
Arzt/Ärztin	73,6	18,9	71,7	81,1	50,9	56,6	24,5	15,1	35,8	34,0	5,7
PsychotherapeutIn	78,8	12,1	56,8	75,0	53,8	51,5	28,8	30,3	41,7	53,0	4,5
PsychologIn	66,4	15,2	59,9	69,1	51,2	46,5	33,6	30,9	48,4	42,4	4,6
Multiprofessionell	67,0	13,4	59,8	76,3	47,4	49,5	34,0	26,8	49,5	48,5	2,1

Angaben in %	El-tern/Erziehungsberechtigte	Volksschulen	Hauptschulen und AHS/BHS-Unterstufen	mittleren und höheren Schulen (BMS, BHS, AHS)	Berufsschulen	Bundesheer	Unternehmen	Arbeitsmarktservice	Seniorenbetreuung	Medien	Sonstiges
nach Setting der Berufsübung											
stationäre Einrichtung	65,4	12,1	57,9	63,6	43,0	44,9	37,4	30,8	60,7	48,6	2,8
extramurale Einrichtung	61,8	14,6	68,5	78,7	56,2	43,8	38,2	27,0	43,8	41,6	4,5
niedergelassene Praxis	76,2	13,9	61,5	76,2	54,5	52,5	28,3	26,2	39,3	43,9	4,1
sonstiges Setting	70,6	20,6	50,0	72,1	44,1	51,5	25,0	33,8	47,1	47,1	5,9
nach Dauer der Berufsübung											
bis 1 Jahr	68,4	18,4	71,1	73,7	44,7	42,1	23,7	39,5	50,0	44,7	0,0
2-5 Jahre	70,2	14,9	64,0	73,3	50,9	47,8	35,4	26,1	50,3	43,5	3,1
6-10 Jahre	66,0	16,0	58,5	74,5	55,3	47,9	29,8	33,0	42,6	43,6	6,4
über 10 Jahre	73,5	13,0	56,7	73,0	50,2	52,1	30,7	26,0	42,8	46,5	4,7

Tab. 13: Deskriptive Ergebnisse zur Bedeutung unterschiedlicher Versorgungsangebote für suizidpräventive Maßnahmen

Wenn Sie die folgenden Bereiche psychosozialer Versorgung betrachten: Welche davon sollten in Zukunft besonders eingebunden sein, wenn es um die Betreuung von suizidgefährdeten Menschen geht? Wählen Sie bitte die 7 für Sie wichtigsten Gruppen aus.																	
Angaben in %	Niederschwellige Angebote (24 Stunden Hotline u.ä.)	psychosoziale Zentren und Dienste	Kliniken/Krankenhäuser	Kriseninterventionszentren	Mobile, aktiv aufsuchende Krisenteams	Niedergelassene Allgemeinmediziner	Niedergelassene Psychiater/Neurologen	Niedergelassene Psychotherapeuten	Niedergelassene Psychologen	Sanitäter/Krankenpfleger/Pflegekräfte	Sozialarbeiter	Sicherheitskräfte	Geistliche	ehrenamtliche Helfer	Angehörigengruppen	Selbsthilfegruppen	Sonstiges
Gesamtergebnisse; n=																	
	68,7	71,9	47,1	78,7	65,2	47,3	39,4	56,9	39,9	11,3	27,3	15,1	12,2	5,8	26,0	27,5	2,3
nach Alter																	
20-39 Jahre	69,2	72,2	49,8	80,2	65,2	44,1	32,6	44,9	58,1	11,9	24,2	11,5	11,0	6,6	25,1	28,6	0,9
40-59 Jahre	68,2	71,5	44,6	77,3	65,3	50,4	45,9	68,2	22,7	10,7	30,2	18,6	13,2	5,0	26,9	26,4	3,7
60+ Jahre	63,2	55,3	39,5	73,7	52,6	65,8	34,2	65,8	26,3	15,8	39,5	13,2	23,7	10,5	39,5	23,7	0,0
nach Geschlecht																	
Männlich	70,7	72,3	49,7	78,5	67,3	47,5	38,0	56,4	42,2	11,2	28,2	13,7	8,7	5,6	28,8	27,7	2,0
Weiblich	62,7	66,7	39,3	78,0	57,3	52,0	42,0	60,0	30,7	12,7	28,0	18,0	23,3	7,3	22,7	26,0	2,7
nach suizidpräventivem Interventionsbedarf																	
<= 5% der Klient/innen	65,1	65,5	41,5	75,2	63,2	50,8	44,6	62,8	39,5	10,1	31,4	12,0	13,6	4,7	26,0	32,6	1,9
> 5% der Klient/innen	71,6	76,0	52,0	81,6	65,6	46,8	33,6	52,0	38,0	13,2	24,8	18,0	12,4	7,6	28,0	21,6	2,4
nach NUTS1																	
Ostösterreich	66,5	69,5	49,2	78,2	57,9	47,7	40,6	60,4	43,1	13,7	27,9	14,7	11,7	5,1	25,9	23,9	2,0
Südösterreich	76,6	73,4	39,1	83,6	65,6	39,1	34,4	59,4	38,3	7,8	31,3	17,2	14,1	2,3	30,5	37,5	2,3
Westösterreich	64,5	69,9	49,2	74,9	70,5	56,8	41,0	53,0	34,4	12,0	26,2	13,7	13,7	6,0	25,7	23,5	2,2

Angaben in %	Niederschwellige Angebote (24 Stunden Hotline u.ä.)	psychosoziale Zentren und Dienste	Kliniken/Krankenhäuser	Kriseninterventionszentren	Mobile, aktiv aufsuchende Krisenteams	Niedergelassene Allgemeinmediziner	Niedergelassene Psychiater/Neurologen	Niedergelassene Psychotherapeuten	Niedergelassene Psychologen	Sanitäter/Krankenpfleger/Pflegekräfte	Sozialarbeiter	Sicherheitskräfte	Geistliche	ehrenamtliche Helfer	Angehörigengruppen	Selbsthilfegruppen	Sonstiges
nach Berufsgruppe																	
Arzt/Ärztin	66,0	64,2	22,6	67,9	58,5	66,0	56,6	64,2	28,3	5,7	45,3	11,3	32,1	1,9	22,6	20,8	0,0
PsychotherapeutIn	70,5	74,2	47,7	77,3	65,2	47,7	48,5	76,5	10,6	7,6	34,1	17,4	11,4	5,3	26,5	30,3	3,8
PsychologIn	67,7	69,6	49,3	78,8	66,8	45,6	29,0	37,3	63,1	13,4	22,1	12,4	9,7	6,0	29,0	30,9	1,4
Multiprofessionell	68,0	70,1	54,6	83,5	60,8	49,5	39,2	74,2	30,9	15,5	22,7	18,6	13,4	9,3	25,8	18,6	1,0
nach Setting der Berufsübung																	
stationäre Einrichtung	69,2	69,2	54,2	79,4	69,2	43,9	27,1	41,1	57,0	12,1	29,0	10,3	10,3	9,3	24,3	27,1	2,8
extramurale Einrichtung	74,2	83,1	51,7	89,9	71,9	44,9	37,1	41,6	47,2	12,4	16,9	20,2	7,9	4,5	27,0	24,7	2,2
niedergelassene Praxis	66,8	67,2	42,6	75,8	63,5	52,9	48,0	71,3	25,8	8,6	32,0	15,2	16,0	4,9	26,2	26,6	2,0
sonstiges Setting	64,7	69,1	42,6	70,6	50,0	47,1	29,4	54,4	45,6	20,6	27,9	14,7	13,2	7,4	33,8	32,4	1,5
nach Dauer der Berufsübung																	
bis 1 Jahr	68,4	71,1	52,6	84,2	65,8	39,5	26,3	36,8	50,0	13,2	31,6	10,5	7,9	7,9	28,9	31,6	5,3
2-5 Jahre	64,6	73,9	46,6	78,3	62,1	46,0	36,0	48,4	56,5	13,0	23,6	11,2	9,9	5,6	26,1	30,4	1,2
6-10 Jahre	72,3	68,1	45,7	76,6	69,1	52,1	38,3	57,4	38,3	8,5	31,9	17,0	12,8	7,4	23,4	24,5	2,1
über 10 Jahre	69,3	69,3	46,0	78,1	63,7	51,2	44,2	67,9	23,7	11,6	29,3	17,7	16,3	5,6	28,8	25,1	2,3

Tab. 14: Deskriptive Ergebnisse zur Einschätzung des Fortbildungsbedarfs

Fühlen Sie sich persönlich zum Thema Suizid ausreichend fortgebildet?				
Angaben in %	ja, auf jeden Fall	eher ja	eher nein	nein, auf keinen Fall
Gesamtergebnisse; n=				
	20,9	49,8	27,2	2,2
nach Alter				
20-39 Jahre	15,4	43,6	36,6	4,4
40-59 Jahre	25,2	54,5	19,8	0,4
60+ Jahre	26,3	55,3	18,4	0,0
nach Geschlecht				
Männlich	24,7	54,7	20,0	0,7
Weiblich	19,3	47,8	30,2	2,8
nach suizidpräventivem Interventionsbedarf				
<= 5% der	16,3	48,8	31,0	3,9
> 5% der Klient/innen	25,6	50,8	23,2	0,4
nach NUTS1				
Ostösterreich	15,2	49,7	33,0	2,0
Südösterreich	21,1	49,2	28,1	1,6
Westösterreich	26,8	50,3	20,2	2,7
nach Berufsgruppe				
Arzt/Ärztin	17,0	50,9	32,1	0,0
PsychotherapeutIn	26,5	59,1	14,4	0,0
PsychologIn	11,1	42,9	41,5	4,6
Multiprofessionell	36,1	53,6	10,3	0,0
nach Setting der Berufsübung				
stationäre Einrichtung	22,4	44,9	31,8	0,9
extramurale Einrich-	18,0	51,7	25,8	4,5
niedergelassene Praxis	22,5	54,9	21,7	0,8
sonstiges Setting	16,2	36,8	41,2	5,9
nach Dauer der Berufsübung				
Bis 1 Jahr	15,8	26,3	39,5	18,4
2-5 Jahre	11,8	49,1	37,9	1,2
6-10 Jahre	26,6	48,9	23,4	1,1
über 10 Jahre	26,0	54,9	18,6	0,5