

# Eine Frage der Erreichbarkeit. Soziologische Befunde zu Ausbaugrad und Angebotsstrukturen von Suizidprävention und Krisenintervention in Österreich

Carlos Watzka

## Zusammenfassung

Der Beitrag befasst sich mit dem derzeitigen Stand von Suizidprävention und Krisenintervention in Österreich im Hinblick auf deren strukturelle Bedingungen, vorhandene und benötigte Ressourcen. In einem ersten Abschnitt werden, primär anhand des Beispiels der Steiermark, erhebliche Versorgungslücken hinsichtlich psychotherapeutischer, psychosozialer und psychiatrischer Angebote vor allem im ländlichen Raum aufgezeigt. Der zweite Abschnitt widmet sich den spezifisch der Krisenintervention dienenden Einrichtungen, wobei erhebliche Differenzen im Ausbaugrad der Angebote in den einzelnen österreichischen Bundesländern konstatiert werden, sowohl was die Organisationsstrukturen, als auch was die Erreichbarkeit anlangt. Präsentiert werden auch zentrale Ergebnisse einer Expertenbefragung zu Verbesserungsstrategien. Der dritte Abschnitt erörtert dem Einsatz von Informationsinitiativen zur Suizidprävention, wobei die Bedeutung von zielgruppenadäquater Kommunikation hervorgehoben wird.

*Schlüsselwörter:* Suizidprävention, Versorgungssystem, Krisenintervention, Medienarbeit, Organisationssoziologie, Erreichbarkeit

## **A question of reachability. Sociological findings on extents and structures of supplies regarding suicide prevention and crisis intervention in Austria**

### Summary

The article deals with the current state of suicide prevention and crisis intervention in Austria with regard to their structural conditions, available and needed resources. In a first section, vast gaps in provision concerning psychotherapeutical, psychosocial and psychiatric offers, particularly in rural areas, are highlighted – mainly referring to the example of Styria. The second section refers to those institutions, which are specifically devoted to crisis intervention in Austria; considerable differences in the extent of such supplies become visible between various Austrian federal states. This regards the organisational structures as well as the reachability. Moreover, central findings of an expert survey on improvement strategies are addressed. The third chapter finally deals with the use of informational initiatives on suicide prevention, and points out the importance of adequateness to target-groups of such communication.

*Key words:* suicide prevention, supply system, crisis intervention, media work, sociology of organization, reachability

## Einleitung

Der vorliegende Beitrag widmet sich der Frage nach dem Stellenwert von Suizidprävention und Krisenintervention im österreichischen Gesundheitswesen aus soziologischer Perspektive. Hierbei wird auf drei Bereiche fokussiert: Zum einen die diesbezüglichen Ressourcen des allgemeinen medizinischen und psychosozialen Versorgungssystems, gemessen u.a. anhand quantitativen Indikatoren wie Fachärzte-Dichte, zum zweiten die spezifischen Angebote für Krisenintervention im extramuralen und im stationären Bereich, und zum dritten der Thematik suizidpräventiver Informationsarbeit. Hierbei wird u.a. erörtert inwieweit regionale Differenzen in den Angebotsstrukturen, sowie sozialstrukturelle Differenzen in den Nachfragestrukturen zu Suizidprävention und Krisenintervention vorliegen, und wie hierauf im Rahmen von Suizidpräventionsstrategien reagiert werden könnte.

Die Überlegungen des Autors hierzu entstanden im Rahmen seiner Mitarbeit am österreichischen Suizidpräventions-Umsetzungsplan, der 2010/11 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit unter der Leitung von Christian Haring (PKH Hall in Tirol) erstellt wurde (Haring et al. 2011), und sind empirisch und pragmatisch orientiert. Für weitergehende sozialtheoretische Reflexionen, etwa zur Tabuisierung des Themas „Suizid“ insgesamt, zur Stigmatisierung von suizidal Handelnden oder auch zu den Ursachen der bis heute auffällig marginalen öffentlichen Wahrnehmung von Suizid und Suizidprävention als gesellschaftlicher Probleme (etwa im Vergleich zu Todesfällen durch Krankheiten, Verkehrsunfälle oder Drogengebrauch) sei hier lediglich auf die einschlägige soziologische Forschungsliteratur verwiesen (vgl. bes. Feldmann 1999, Ahrens 2001, Feldmann 2010, Baudelot/Establet 2008).

## **1. Zu suizidpräventiven bzw. suizidfördernden Auswirkungen des allgemeinen medizinischen und psychosozialen Versorgungssystems in Österreich**

Die Suizidrate in Österreich ist seit einigen Jahren relativ stabil und stagniert bei 15-16 pro 100.000 Einwohner und Jahr (vgl. Kapusta 2011, Etzersdorfer et al. 2005,

Sonneck/Stein/Voracek 2002). Ein entscheidender Faktor hierfür ist zweifellos der Umstand, dass seitens des politischen Systems dem medizinischen und psychosozialen Versorgungssystem für psychisch Kranke und Suizidgefährdete insgesamt nicht den – steigenden – Anforderungen genügende finanzielle Ressourcen zur Verfügung gestellt werden (vgl. Eggerth/Bednar/Hagleitner 2010, S. 37). In Zusammenhang damit steht auch das – freilich nicht kurzfristig durch finanzielle Mittel allein zu lösende – Problem mangelnder personeller Ressourcen. Für den Bereich der psychotherapeutischen Versorgung resümierte kürzlich selbst das staatliche "Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen": *"Psychotherapie ist mit sozialen Schwellen verbunden, die Anzahl vollfinanzierter Therapieplätze ist unzureichend. Von diesem Mangel sind vor allem einkommensschwache Personen betroffen. Vor allem in ländlichen Regionen stehen zum Teil sehr wenige Psychotherapeutinnen und -therapeuten zur Verfügung [...]. Spezialisierte Einrichtungen für ganz bestimmte Zielgruppen konzentrieren sich eher auf die größeren Städte."* (Hagleitner/Willinger 2008, S. 4)

Ausbaugrad und Struktur psychosozialer und medizinischer Angebote unterscheiden sich innerhalb Österreichs regional beträchtlich: So existieren periphere Bezirke – wie Murau, Tamsweg, Rohrbach, Jennersdorf oder Radkersburg – in denen gerade einmal 1 Psychotherapeuten je 10.000 Einwohner zur Verfügung steht – und zwar im niedergelassenen, extramuralen und stationären Bereich zusammengenommen! (Berechnung des Autors anhand der amtlichen Psychotherapeutenliste des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend, Stand Ende 2009).

Noch erheblicher ist die Unterversorgung – auch gemessen an internationalen Vergleichskriterien und politischen Zielsetzungen (vgl. BMG 2009) – aber im Bereich der fachärztlich-psychiatrischen Betreuung im niedergelassenen Bereich. Hier sei nur das Beispiel der Steiermark herausgegriffen: In diesem Bundesland stehen für derzeit etwas mehr als 1.200.000 Einwohner gerade einmal 11 [sic] niedergelassene Psychiater mit GKK-Kassenvertrag zur Verfügung, also etwa eine/r pro 110.000 Einwohner (!), wobei die folgenden acht Bezirke *gar nicht* mit niedergelassenen Psychiatern ausgestattet sind, auch nicht mit solchen ohne Kassenverträge! (vgl. Krainz 2009, S. 53f.): Murau (ca. 31.000 Menschen), Judenburg (ca. 48.000), Bruck an der Mur (ca. 65.000), Hartberg (ca. 68.000), Fürstenfeld (ca. 23.000), Radkersburg (ca. 24.000), Deutschlandsberg (ca. 61.000) und Leibnitz (ca. 75.000 Einwohner).

Diese Daten zeigen deutlich, dass selbst bei mäßigem Inanspruchnahmeverhalten hier eklatante Kapazitätsmängel gegeben sind, woraus lange Wartezeiten und unzureichende Betreuungsintensitäten, Überlastungsprobleme, und damit auch qualitative Defizite in der

Behandlung resultieren. Gemessen an den Kriterien der WHO und den ÖBIG liegt die Versorgungsdichte in diesem Bereich gerade einmal bei etwa 20 % des anzustrebenden Niveaus. Selbst unter Einrechnung der neurologischen Fachärzte mit Kassenverträgen (derzeit 16 in ganz Steiermark) in den Bereich 'Psychiatrie' würde dasselbe noch um mehr als die Hälfte unterschritten (Krainz 2009, S. 53f.). Solche Mangellagen wirken sich zweifellos negativ auf den Verlauf psychischer Erkrankungen in den betreffenden Regionen aus, und damit auch auf die Häufigkeit von Suiziden; eine Korrelation zwischen psychiatrischem Versorgungsgrad einerseits und den höchst unterschiedlichen regionalen Suizidraten andererseits (vgl. Kapusta et al. 2008) konnte für Österreich 2008 mittels multivariater Regressionsanalyse nachgewiesen werden (vgl. Watzka 2008). Die Einrichtung zusätzlicher Kassen-Facharztstellen wäre daher dringend geboten.

Für den Bereich der niedergelassenen Psychotherapeuten wäre die sinnvollste – weil umfassendste, administrativ effizienteste und zugleich einzig der verfassungsrechtlich festgelegten Garantie der Gleichstellung von Psychotherapie mit anderen Behandlungsformen von Erkrankungen voll Rechnung tragende – Maßnahme natürlich die vollständige Realisierung von ‚Psychotherapie auf Krankenschein‘. Mit der 50. ASVG-Novelle (BGBl 1991/676, § 135) wurde in Österreich im Jahr 1991 die gesetzliche Grundlage für ein einheitliches System von krankenkassenfinanzierten psychotherapeutischen Angeboten geschaffen, welche 'barrierefrei' und ohne Zusatzkosten allen Behandlungsbedürftigen zur Verfügung stehen sollen. Seit dem darauffolgenden Jahr wird auch tatsächlich von allen Versicherten ein Betrag von 0,6 % der Sozialversicherungsbemessungsgrundlage zur Sicherstellung der Krankenkassen-Leistungen im Bereich Psychotherapie eingehoben (vgl. Hagleitner/Eggerth 2009, S. 1-12 u. 35).

Dennoch stehen wegen der seit 1992 ausständigen Einigung des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger mit der Interessensvertretung der Psychotherapeuten (ÖBVP) bis heute nur provisorische Lösungen in Form von Kontingenten kostenloser Therapiestunden für eine beschränkte Zahl von ökonomisch besonders bedürftigen Patienten zur Verfügung. So wird insgesamt nur ein kleiner Teil des Bedarfs an psychotherapeutischer Unterstützung realisiert, eine sehr sorgfältig durchgeführte Schätzung auf Basis von Daten des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheit (ÖBIG) geht von ca. 12 % aus. Auch der Ausbaugrad der psychosozialen Zentren hat in vielen Regionen Österreichs trotz deutlichen Wachstums gerade in den 1990er Jahren noch keineswegs den von Gesundheitsexperten als zureichend definierten Umfang erreicht, in der Steiermark etwa waren es 2009 durchschnittlich ca. 70 % des ÖBIG-Richtwerts (Gutiérrez-Lobos/Trappl 2006, S. 57 u. 69f.).

Selbst im Bereich der stationären psychiatrischen Versorgung ist keineswegs ein optimaler Zustand gegeben; allzu sehr hat die Gesundheitspolitik in den letzten Jahrzehnten hier das bequeme, da kostensparende Ziel des 'downsizing' verfolgt, ohne die Qualität der Arbeit der betreffenden Institutionen zureichend zu beachten (vgl. Forster 1998). 'Drehtürpsychiatrie' ist mittlerweile eine bekannte Metapher für allzu rasche Entlassungen aus stationären Einrichtungen, die baldige Wiederaufnahmen nötig machen. Die Phase kurz nach der Entlassung muss mittlerweile im Hinblick auf Suizide als der gefährlichste Teil einer stationären psychiatrischen Behandlung bezeichnet werden (vgl. Finzen 1990, Hoffmann-Richter/Känzig/Frei/Finzen 2002, Wolfersdorf/ Etzersdorfer 2009). Es ist daher sehr fraglich, ob eine Umsetzung von Plänen, die durchschnittlichen Aufenthaltsdauern in diesen Einrichtungen von derzeit 2-3 Wochen noch weiter abzusenken, dem Wohl der unmittelbar Betroffenen dienen würde. Mehr Kapazitäten für die Akutstationen wären zweifellos oft angebracht; eine gleichzeitige weitere Reduktion der 'Dauerstationen' wäre dagegen wohl nur dann dem Patientenwohl förderlich, wenn zugleich ein weiterer Ausbau dezentraler, 'gemeindenaher' Strukturen in Form von betreuten Wohnheimen, Wohngemeinschaften usw. erfolgt. Solche Strukturen sind ja mittlerweile seit Jahrzehnten als für die meisten Betroffenen bei weitem geeignete Betreuungsvarianten anerkannt, und zwar sowohl hinsichtlich Lebensqualität und Therapieerfolg, als auch hinsichtlich der Kosteneffizienz (Vgl. Danmayr/Glatz 1999, Meise/Hafner/Hinterhuber 1998). Aber auch die seit den 1980er Jahren propagierte "Regionalisierung" der stationären Angebote, von der gleichfalls positive Effekte auf die Behandlungsqualität zu erwarten ist, hat bislang unzureichende Fortschritte gemacht.

Irreführend erscheint in diesem Zusammenhang etwa, wenn in politischen Erklärungen in Bezug auf die Steiermark von einer bereits "regionalisierten Psychiatrie" gesprochen wird, bloß weil in dem mittlerweile "Landesnervenklinik Sigmund Freud" (LSF) betitelten, immer noch als Zentralanstalt für das ganze Bundesland fungierenden Krankenhaus in Graz-Feldhof seit einiger Zeit die Patientenaufnahme in nach regionaler Herkunft differenzierten Abteilungen (!) erfolgt (Organigramm LSF, online abrufbar: URL: <http://www.lsf-graz.at/cms/beitrag/10006308/2170668>), und somit für Personen aus entlegeneren Landesteilen weiterhin – etwa bei Besuchen – Anfahrtszeiten von bis zu zwei Stunden (pro Strecke) anfallen.

**2. Stand und Entwicklungsmöglichkeiten eines Kriseninterventionssystems in Österreich**

Nachdem das allgemeine medizinische und psychosoziale Versorgungssystem im Hinblick auf seine suizidpräventive Relevanz umrissen wurde, sollen nun die spezifisch diesen Aufgaben gewidmeten Einrichtungen etwas näher betrachtet werden. Hierzu erfolgte im Zeitraum von Oktober bis November 2010 eine Erhebung des Autors anhand aktueller, durch Publikationen, online bzw. mittels telefonischer Auskünfte erhobener Informationen seitens der Träger, der Einrichtungen bzw. einschlägiger öffentlicher Informationsplattformen. Nicht berücksichtigt sind in den Tabellen die Journdienste der psychiatrischen Krankenhäuser, die insbesondere für eine Abklärung der Notwendigkeit stationärer Aufenthalte ebenfalls 0-24 Uhr telefonisch erreichbar sind, die ehrenamtlich arbeitende, österreichweit rund um die Uhr telefonisch erreichbare Telefonseelsorge, sowie die immer wieder auch bei suizidalen Krisen kontaktierten Einsatzdienste von Polizei, Rettung und Feuerwehr.

Bundesland	Betreuung im Rahmen von psychosozialen Zentren/Diensten	Betreuung in psychiatrischen Abteilungen/ Krankenanstalten	Betreuung in Kriseninterventionszentren für spezifische Gruppen*	Betreuung in Kriseninterventionszentren für jede/n *	professionelle telefonische Anlaufstelle mit 24-Stunden Erreichbarkeit**	landesweit koordinierte, persönliche Betreuung, bestimmte Zeiten**	landesweit koordinierte, persönliche Betreuung, 24-Stunden erreichbar**	landesweit koordinierte, 24 Stunden einsatzbereite, mobile Krisenteams**
Wien	X	X	X	X	X	X	X	X
Burgenland	X	X	-	-	X	X	-	-
Kärnten	X	X	X	-	X	X	X	X
Niederösterreich	X	X	-	-	X	X	-	-
Oberösterreich	X	X	X	X	X	X	X	***
Salzburg	X	X	X	X	X	X	-	-
Steiermark	X	X	-	-	-	-	-	-
Tirol	X	X	X	-	-	X	-	-
Vorarlberg	X	X	-	-	-	-	-	-

\* Standorte: W: Wien IX, K: Klagenfurt, Spittal a.d. Drau, OÖ: Linz, S: Salzburg Stadt, St. Johann im Pongau, Zell am See, T: Innsbruck – die KIZ in Kärnten und Tirol betreuen nur Kinder und Jugendliche.  
 \*\* Träger: W: Sozialpsychiatrischer Notdienst; B: Psychosozialer Dienst Burgenland; K: Psychiatrischer Not- und Krisendienst; NÖ: Telefonischer Krisendienst Niederösterreich; OÖ: Telefonischer Notruf Oberösterreich, S: Krisenintervention pro mente, T: Psychosoziale Dienste  
 \*\*\* mobile Krisenteams sind in einem Teil der oberösterreichischen Bezirke, aber noch nicht landesweit etabliert.

**Tab.1: Krisenintervention in Österreich – Erreichbarkeit und Organisationsformen 2010**

Wie Tabelle 1 näher zeigt, sind Krisenintervention und Suizidprävention in den einzelnen Bundesländern Österreichs derzeit (Stand 4. Quartal 2010) sowohl dem Umfang der Angebote als auch ihrer Strukturierung und organisationellen Einbettung nach höchst unterschiedlich ausgebaut (vgl. bereits Ehalt 2008, Sonneck 2000):

Spezifische Kriseninterventionszentren für alle Hilfesuchenden existieren gegenwärtig in drei Bundesländern, nämlich Wien, Salzburg und Oberösterreich. Keineswegs überall ist eine – wie auch immer organisierte – regional verankerte Anlaufstelle mit telefonischer 24-Stunden-Erreichbarkeit gegeben. Auch mobile Krisenarbeit – also die Möglichkeit, dass Experten im Bedarfsfall anrufende Suizidgefährdete auch an ihrem jeweiligen Aufenthaltsort für ein professionelles Gespräch und gegebenenfalls zur Veranlassung weiterer Betreuung aufsuchen – wird derzeit nur in zwei Bundesländern, Wien und Kärnten, flächendeckend, und in einem weiteren, Oberösterreich, in manchen Bezirken praktiziert.

Dem weiteren Ausbau niederschwelliger, regionaler und mobiler Angebote zur Suizidvermeidung sollte demgemäß in Zukunft besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden, wenn eine weitere Absenkung der Suizidraten angestrebt wird.

Diese Auffassung wird nicht nur von Suizidforschern aller relevanten Disziplinen vertreten (vgl. Sonneck 2000, Sonneck/Niederkrotenthaler 2008; spezifisch zu Krisen-Hotlines: Gould/Kalafat 2009), sondern auch von zahlreichen österreichischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten (PT) sowie Psychologinnen und Psychologen (PL), wie aus einer rezenten standardisierten Befragung unter Mitwirkung des Verfassers hervorgeht (vgl. Hutsteiner/Missethon/Watzka 2009).<sup>1</sup> Auch wenn die hierbei geäußerten Ansichten der Experten

<sup>1</sup> Basisdaten zur Befragung: Webbasierte Onlinebefragung. Befragungszeitraum November 2008-Februar 2009. Grundgesamtheit: ca. 6500 Psychotherapeuten sowie 5500 Klinische Psychologen und Gesundheitspsychologen in Österreich; Kontaktierung via Aussendungen über den österreichischen Bundesverband für Psychotherapie bzw. den Berufsverband österreichischer Psychologen mit Ersuchen um Teilnahme. Auch Mediziner wurden befragt; wegen der weitgehend fehlenden Email-Kontaktadressen und einer dementsprechend verzerrten Stichprobe mit zudem geringem Rücklauf werden die Daten zu dieser Berufsgruppe aber hier nicht weiter berücksichtigt. Für Psychotherapeuten und Psychologen ergab sich ein Rücklauf von 881 Fragebögen, davon wurden 508 vollständig ausgefüllt. Nur diese wurden in die weitere Auswertung einbezogen; die Nettostichprobe enthält 228 Psychotherapeuten und 296 Psychologen (die beiden Berufsgruppen überschneiden sich stark); die Rücklaufquoten betragen 3,5 % in der ersten, und 5,4 % in der zweiten Gruppe. Gewisse Verzerrungseffekte des Antwortverhaltens durch Selbstselektion sind also auch hier zu erwarten, dürften aber bei den im vorliegenden Beitrag diskutierten Fragebogenteilen eine nicht allzu große Rolle spielen. Selbstverständlich stellen die hier erhobenen Daten – wie auch die Ansichten der wissenschaftlich tätigen Suizidologen insgesamt – keine 'absoluten' Wahrheiten dar, sondern sind eben als 'Expertenmeinungen' mit ihren Vorzügen, aber auch ihren Begrenztheiten, im Vergleich z.B. mit alltagsweltlichem Wissen zum Gegenstand, zu betrachten.

selbstredend keine 'absoluten Wahrheiten' darstellen – und in manchen Aspekten merklich durch die jeweils eigene professionelle Position mitgeprägt sind: sowohl PT als auch PL sehen die jeweils eigene Berufsgruppe als die wichtigste im Tätigkeitsbereich der Suizidprävention an –, konvergieren die ermittelten Auffassungen in zentralen Fragestellungen doch sehr deutlich: Nach den wichtigsten Maßnahmen zur Erreichung einer signifikanten Reduktion der Suizidzahlen in Österreich gefragt, rangierte unter 16 verschiedenen Antwortmöglichkeiten die Einrichtung von Kriseninterventionsstellen in allen Regionen bei beiden Berufsgruppen weit oben, ebenso bei den multiprofessionell qualifizierten Experten (MP) (meist Psychotherapie- und Psychologie-Ausbildung), mit Auswahlraten von 77, 74 bzw. 73 % (es war eine Auswahl der 7 wichtigsten unter 16 items zu treffen; 43 % Nennungen entspräche einer durchschnittlich häufigen Selektion). Bei den Psychologen steht diese Forderung überhaupt an erster Stelle, bei den Psychotherapeuten wird sie lediglich übertroffen von der Forderung nach "Umsetzung von Psychotherapie auf Krankenschein" (mit einer Auswahlrate von 83 %). Auch die Einrichtung professionell besetzter, 24 Stunden täglich erreichbarer, telefonischer Krisenhotlines findet sich unter den von den meisten Befragten gewünschten Maßnahmen (MP: 61 %, PT: 55 %, PL: 47 %), neben der Forderung nach einer besseren Vernetzung der verschiedenen mit Krisenintervention befassten Berufsgruppen (MP: 64 %, PT: 52 %, PL: 65 %), und jener nach einer Erhöhung der personellen Ressourcen in den psychosozialen Betreuungseinrichtungen insgesamt (MP: 63 %, PT: 49 %, PL: 61 %). Die von den befragten Experten als prioritär bezeichneten Maßnahmen verweisen also nicht zuletzt auf die Wichtigkeit regionalisierter, zugleich aber koordinierter Angebote.

Nur auf diese Weise erscheinen entscheidende Angebote wie 24-Stunden-Hotlines, sowie rund um die Uhr erreichbare, im Notfall mobil agierende Krisenteams auch finanzier- und organisierbar: Denn zum einen wird es kaum möglich sein, psychosoziale Zentren in allen Bezirken als 24-Stunden-Institutionen zu führen, sodass eine Koordination jedenfalls nötig erscheint, zum anderen müssten die jeweils diensthabenden Krisenteams aber so organisiert und positioniert sein, dass sie in ausreichend kurzer Zeit jeden (bewohnten) Teil des betreffenden Bundeslandes erreichen können. Wie leicht zu erkennen ist, ergeben sich in dieser Hinsicht durchaus unterschiedliche Herausforderungen für die verschiedenen Länder, abhängig nicht zuletzt von geographischer Größe und topographischer Situation.

Deutlich wird auch, dass eine Einrichtung spezifischer Kriseninterventions- bzw. Suizidpräventionszentren im Sinne räumlich und rechtlich gesonderter Einrichtungen *neben* dem mittlerweile bereits sehr engmaschig geknüpften System psychosozialer Zentren – solche

existierten mittlerweile in den meisten Bezirken Österreichs – sicherlich nur eine ergänzende Strategie darstellen kann, wie sie insbesondere für Ballungsräume sinnvoll ist. Für die weniger dicht besiedelten Regionen erscheint dagegen die Etablierung von Einrichtungen zur Krisenintervention geeigneter, welche an bestehende Strukturen des allgemeineren psychosozialen und medizinischen Versorgungssystems anknüpfen (Sonneck 2000, S. 94, Krainz 2009, S. 192f.), und die im Folgenden als 'regionale Krisenstellen' und 'regionale Krisenteams' bezeichnet werden sollen. Derartige Einrichtungen eines "regionalen Krisendienstes" sollten in allen Versorgungsregionen Österreichs etabliert werden, und über österreichweit oder wenigstens bundeslandweit einheitliche Krisennotrufnummern rund um die Uhr erreichbar sein.

Die Anrufe sollten hierbei, schon wegen der eminenten Bedeutung einer möglichst breiten soziokulturellen (auch: sprachlichen) Verständigungsbasis in derartigen Kontaktaufnahmen, möglichst direkt an regionale Krisenstellen geleitet werden. Es wäre nämlich höchst bedenklich, einer lediglich den lokalen Dialekt ausreichend sprechenden Person – und derer gibt es auch heute viele – nur eine rein in 'hochdeutscher Sprache' sozialisierte Ansprechperson aus dem jeweiligen, urbanen Landeshauptstadtmilieu zu bieten, umso mehr bei telefonischem Kontakt, bei welchem sich Verständigungsschwierigkeiten rasch potenzieren. Überlegenswert wäre die Etablierung derartiger Dienste in Kooperation mit bestehenden, allgemein anerkannten Einsatzorganisationen wie dem Roten Kreuz, was auch für eine Entstigmatisierung entsprechender Hilfsangebote sehr vorteilhaft sein könnte.

Nach dieser Skizze zu möglichen Verbesserungen im Versorgungssystem sei noch auf einen weiteren, für den Erfolg von Präventionsvorhaben fraglos fundamentalen Faktor näher eingegangen, die Frage der geeigneten Informationsvermittlung über Suizidalität und suizidpräventive Angebote. Hier sind die Verbesserungspotentiale besonders groß. Diese Einschätzung teilen auch die in der erwähnten Expertenstudie Befragten: Während bei der Frage nach dem Stand der Sekundärprävention in der jeweiligen Region immerhin, gemessen auf einer Skala von 0 (katastrophal) bis 100 (optimal), immerhin Mittelwerte von 50 (MP), 45 (PT) bzw. 47 (PL) resultierten, erreichten die entsprechenden Angaben für den Bereich der Primärprävention lediglich Mittelwerte von 34 (MP), 27 (PT) bzw. 30 (PL) (vgl. Hutsteiner/Missethon/Watzka 2009, S. 27).

### **3. Zur Bedeutung zielgruppenorientierter suizidpräventiver Informationsarbeit**

Während in urbanen Zentren Österreichs trotz der dort besonders hohen Angebotsdichte immer wieder Versorgungsengpässe auftreten – ein mehrmonatiges

Warten auf ein Erstgespräch in einem psychosozialen Zentrum ist derzeit, bei Verneigung der Frage akuter Suizidgefahr durch den potentiellen Klienten, durchaus keine Seltenheit –, werden in manchen peripheren, ruralen Bezirken in den Alpenregionen auch die ohnehin nur rudimentär vorhandenen Betreuungsangebote nicht ausgeschöpft. Dies, da die potentiellen Klienten die betreffenden psychosozialen Zentren entweder gar nicht kennen, oder aber eine Konsultation von vornherein als fruchtlos ablehnen bzw. aus Angst vor Stigmatisierung im lokalen sozialen Umfeld vermeiden (so Experten wie Betroffene in Interviews und Gesprächen mit dem Autor). Eine deutliche Absenkung der Suizidrate gerade in besonders betroffenen ruralen Regionen wäre daher durch eine bloße Erhöhung der Versorgungskapazitäten, ja selbst durch die Etablierung von regionalen, mobilen Krisenteams, wie vorhin skizziert, allein wohl nur schwer zu erreichen.

Dementsprechend wäre eine auf diese Zielgruppen abgestimmte 'Aufklärungsarbeit' neben der Bereitstellung ausreichender materieller Ressourcen ein weiterer Faktor von zentraler Wichtigkeit für künftige Erfolge in der Suizidprävention. Hierbei ist zum einen an den Bereich der medial vermittelten, allgemeinen Öffentlichkeitsarbeit zu denken, zum anderen an die Etablierung spezifischer Bildungsangebote, für potentielle Multiplikatoren (Bürgermeister, Lehrer usw.), aber auch für die Menschen in besonderen Risiko- und Zielpopulationen selbst (vgl. Sonneck 1999).

Hinsichtlich der Prioritätensetzung bei den letzteren liegt es grundsätzlich einmal nahe, Personen, die besonders gefährdeten Gruppierungen angehören, präventiv besonders starke Aufmerksamkeit zuzuwenden, da hiervon starke Effekte bei vorgegebenem Rahmen von personellen und finanziellen Mitteln zu erwarten sind: Psychisch und/oder körperlich kranke bzw. behinderte Menschen, Suchtkranke, Senioren, Personen mit niedrigen Bildungsabschlüssen, in unqualifizierten Berufen und mit niedrigem Einkommen, etwa Fabrikarbeiter, aber auch Landwirte, Polizisten, Ärzte und Angehörige einiger anderer Berufsgruppen, sowie generell Menschen in Krisensituationen persönlicher, familiärer, beruflicher und/oder ökonomischer Natur sollten daher besondere Aufmerksamkeit erfahren (vgl. Fartcek/Fartacek/Plöderl 2008, Wolfersdorf/Etzersdorfer 2009, Sonneck 2000).

Jedoch ist auch die durchaus unterschiedliche Zugänglichkeit für präventive Maßnahmen, insbesondere im primärpräventiven Bereich, bei der weiteren Strategieplanung mit zu bedenken. Dieser Umstand lässt es geraten sein, auch Kindern und Jugendlichen besonderes Augenmerk zu widmen (Sonneck 1999, S. 50-58). Für eine langfristige Senkung der Suizidalität im Sinne der Primärprävention, also der Verhinderung schon des Auftretens suizidaler Tendenzen, sind Kinder,

Jugendliche und junge Erwachsene sicher als die wichtigste Zielgruppe überhaupt zu benennen, zudem ist ihre Erreichbarkeit sowohl durch das Eingebundensein in Ausbildungssysteme als auch durch die hohe Soziabilität grundsätzlich eine vergleichsweise gute (Sonneck 2000, S. 120-128). Hinsichtlich der quantitativen Relevanz ist weiters zu bedenken, dass zwar unter allen Altersklassen Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene das niedrigste individuelle Suizidrisiko pro Zeitspanne aufweisen, andererseits aber noch die längste Lebenszeit vor sich haben. Unter den Todesfällen in diesen Altersklassen nimmt Suizid sogar eine herausragende quantitative Rolle ein: Fast jeder fünfte Todesfall von Menschen im Alter zwischen 10 und 29 in Österreich geht derzeit auf eine Selbsttötungshandlung zurück (vgl. Watzka 2010, S. 3).

Für die Gestaltung der gesamten Suizidprävention ist der Aspekt der Erreichbarkeit der potentiell Betroffenen für Interventionen bzw. umgekehrt die Zugänglichkeit von suizidpräventiven Angeboten für diese als hochbedeutsam betrachten; er wurde bislang aber zu wenig beachtet. Es kann geradezu als ein gemeinsames, charakteristisches Merkmal der verschiedenen Hochrisikogruppen betrachtet werden, dass sie aufgrund verschiedener Faktoren bzw. Faktorenbündel dem rezenten medizinisch-psychosozialen Versorgungssystem fernstehen: Es fehlen Informationen über dasselbe, aber auch (sub-)kulturelle Dispositionen zur Inanspruchnahme von grundsätzlich bekannten Angeboten bei bildungsfernen Personen sowie allen jenen, welchen 'postmoderne' Diskurse über das Selbst (vgl. Ehrenberg 2004) habituell und/oder ideologisch ablehnen, also u.a. konservatives Bürgertum, Landbevölkerung und traditionelle Arbeiterschaft (zum Lebensstil-Konzept vgl. Endruweit 2000).

Alle diese Personengruppen mit hohen Suizidrisiken bringen tendenziell ungünstige mentale Voraussetzungen für eine positive 'compliance' mit professionellen Betreuungssystemen bei psychischen Problemen und Krisen mit, dazu treten bei vielen von ihnen noch ökonomische und sprachliche Hürden, sowie andere praktische Schwierigkeiten. Letztere Probleme betreffen auch Migranten in besonderem Ausmaß, insbesondere solche aus außereuropäischen Kulturräumen, bei welchen allerdings zum Teil noch traditionelle kulturelle Orientierungen suizidprotektiv zu wirken scheinen (vgl. Baudelot/Establet 2008).

Bei der Konzeption künftiger Präventionsinitiativen im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit sollte jedenfalls die Frage, welche Zielgruppen damit adäquat erreicht werden können, als fundamental wichtig mitbedacht werden, damit nicht, wie in vielen Bereichen der Gesundheitsförderung üblich, ohnehin nur diejenigen Bevölkerungsteile erreicht werden, die der entsprechenden Ratschläge am wenigsten bedürfen, also

die gebildeten, urbanen Mittel- und Oberschichten. Es sollten daher für bildungsmäßig, sozial und ökonomisch unterprivilegierte Bevölkerungsgruppen spezifisch konzipierte, adäquat formulierte Informationsangebote bereitgestellt werden. Diese sollten unter Einbeziehung von Personen aus den entsprechenden Gruppen entwickelt, insbesondere vor ihrem Einsatz durch Pretests auf milieuspezifische Verständlichkeit überprüft werden. Weiters wäre darauf zu achten, dass neben der inhaltlichen Verständlichkeit die vermittelten Botschaften auch auf emotionaler Ebene im intendierten Sinn aufgefasst werden, und nicht bestimmte Formulierungen zu Abwehrreaktionen über das – angesichts der Thematik Suizid und seiner Tabuisierung – ohnehin unvermeidliche Maß hinaus führen (vgl. Hinnenkamp 2009, Löffler 2010). Daher sollte – in Inhalt wie Form – so kommuniziert werden, dass die entsprechenden Initiativen nicht als belehrend, herabsetzend oder gar autoritativ-anordnend aufgefasst werden. Auch eine pseudo-volkstümliche Sprache ist zu vermeiden, da diese peinlich und damit ebenso kontraproduktiv wirkt. Neben der geeigneten Gestaltung ist aber auch die zielgruppengerechte Verbreitung der Botschaften von Relevanz für eine tatsächliche Rezeption und damit potentiellen Erfolg der Informationsarbeit. Medienarbeit zur Suizidprävention etwa sollte sich auf jene publizistischen Produkte konzentrieren, die auch ländliche, bildungsferne und einkommensschwache Bevölkerungsgruppen ansprechen. Daher, und natürlich auch wegen der enormen Verbreitung des Mediums, ist eine in den Monaten Oktober bis Dezember 2010 erschienene Informationsserie unter dem Motto "Lichtblick. Stopp Suizid" in der Kronen Zeitung wahrscheinlich eine Intervention mit herausragendem Wirkpotenzial (vgl. Kronen Zeitung, 09.10.2010, 16.10.2010, 23.10.2010, 04.12.2010, 11.12.2010, 18.12.2010).

Zu bedenken ist schließlich aber noch, dass akut Suizidgefährdete eine Personenkategorie sind, die wegen der dem präsuizidalen Syndrom inhärenten mentalen Einengung und sozialen Isolationstendenz (vgl. hierzu Ringel 1953) durch alltagsübliche Kommunikationsformen, auch medial, schlecht bis gar nicht erreichbar sind. Umgekehrt ist auch das Risiko, suizidal zu werden, bei habituell und/oder strukturell sozial isoliert und unter einschränkenden Bedingungen lebenden Menschen deutlich erhöht: Verwitwete Senioren, introvertierte Fabrikarbeiter, workaholische Landwirte und Manager, alkoholabhängige Frühpensionisten, depressive Arbeitslose, pflegebedürftige Schwerkranke, soziopathische 'trouble-maker' – diese Personengruppen in Hochrisikokonstellationen für Suizidalität (vgl. Watzka 2008, S. 341-364) eint bei aller Unterschiedlichkeit ein aufgrund ihrer Lebenssituation deutlich reduzierter Grad von objektiven Möglichkeiten und/oder subjektiven Anreizen zur interpersonalen Kommunikation ebenso wie zur

Rezeption medial vermittelter Information über ihre persönliche Lebenssituation.

Daher sollten geeignete Instrumente entwickelt werden, um Angehörigen solcher Risikogruppen auf für sie gegebenen Kommunikationskanälen die entscheidenden Botschaften zu übermitteln. Gerade für diese Personengruppen ist ein einfachst strukturierter Zugang zu Hilfsangeboten vital, im Idealfall: eine einfache, rund um die Uhr erreichbare Notrufnummer, eine Anlaufstelle in der näheren Umgebung (Bezirk), klare Kommunikation, dass das Angebot anonym, kostenlos und mit keinen negativen rechtlichen Folgen (psychiatrische Zwangseinweisung, Führerscheinverlust usw.) verbunden ist. Beachtet werden sollten hierbei insbesondere Interventionsmöglichkeiten, die sich in standardisierte Prozesse, etwa im Zuge von behördlichen Maßnahmen, integrieren ließen. Beispielhaft sei hier auf jene Organisationen verwiesen, die im Falle von Scheidungen (Anwälte, Mediatoren, Gerichte), familiären Todesfällen (Bestattung, Notar) oder Arbeitsplatzverlust (AMS) ohnehin aufgrund rechtlicher Bestimmungen tätig werden.

#### Diskussion

Auf Grundlage der vorhandenen, oben erörterten Daten zum Gesundheitswesen in Österreich sind drei Probleme in diesem Bereich benennbar, die derzeit weiteren, größeren Erfolge in der Reduktion der Suizidraten in Österreich in besonderem Maß entgegenstehen: 1) der unzureichende Ausbaugrad des psychosozialen und psychiatrischen Versorgungssystems insbesondere in Teilen des ländlichen Raumes, 2) ein unzureichender, länderweise höchst unterschiedlicher Ausbaugrad von spezifisch der Krisenintervention und Suizidprävention gewidmeten Einrichtungen, insbesondere regionalen Krisenstellen und Krisenteams, die rund um die Uhr erreichbar sind und nötigenfalls auch mobile Arbeit leisten, 3) ein Mangel an öffentlich vermittelter, adäquater Information zu Suizidalität und Suizidprävention, welche auch die Hochrisikopopulationen für Suizid – also die älteren, ländlichen, wenig gebildeten und/oder ökonomisch deprivierten Bevölkerungsteile – so erreicht, dass sie adäquat rezipiert werden kann.

#### Literatur

AHRENS J (2001) Selbstmord. Die Geste des illegitimen Todes. München: Fink  
BAUDELLOT C, ESTABLET R (2008) Suicide. The Hidden Side of Modernity. Cambridge-Malden: Polity Press  
BMG (BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT) – GÖG – ÖBIG (2009) Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2008. Wien: Eigenverlag BMG  
DANMAYR W, E, GLATZ, W (1999) Struktureller Bedarf in der psychiatrischen Versorgung. Studie des ÖBIG. Wien: Eigenverlag ÖBIG  
EGGERTH A, BEDNAR W, HAGLEITNER J (2010) Versorgung mit Psychotherapie 2009. Eine Iststand-Erhebung mit einem Sonderkapitel zu Psychopharmaka. Wien: Eigenverlag ÖBIG

EHALT H (Hrsg.) (2008) Krisenintervention. Von den Anfängen der Suizidprävention bis zur Gegenwart. Weitra: Bibliothek der Provinz  
EHRENBERG A (2004) Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft. Frankfurt-New York: Campus  
ENDRUWEIT G (2000) Milieu und Lebensstilgruppe – Nachfolger des Schichtenkonzepts? München-Mering: Hampp  
ETZERSDORFER E, VORACEK M, KAPUSTA N et al. (2005) Epidemiology of suicide in Austria 1990-2000: General decrease, but increased suicide risk for old men. Wien Klin Wschr 117:31-35  
FARTACEK R, FARTACEK H, PLÖDERL M (2008) Lebenswert. Suizidprävention in Schulen. Salzburg: Verlag der Pädagogischen Hochschule  
FELDMANN K (2010) Tod und Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick. Wiesbaden: VS Verlag  
FELDMANN K (1999) Suizid und die Soziologie von Sterben und Tod. Österr Zeitschr Soziol 23/4:7-21  
FINZEN A (1990) Der Patientensuizid. Untersuchungen, Analysen, Berichte zur Selbsttötung psychisch Kranker während der Behandlung. Bonn: Psychiatrie-Verlag  
FORSTER R (1998) Modernisierung statt Reform. Zur Psychiatriepolitik in Österreich. In: MEISE U et al. (Hrsg.) Gemeindepsychiatrie in Österreich. Innsbruck-Wien: Verlag Integrative Psychiatrie, S. 20-34  
FOUCAULT M (1969) Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp  
GOFFMAN E (1972) Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp  
GOULD M, KALAFAT J (2009) Crisis hotlines. In: WASSERMAN, D et al. (Eds.) Oxford Textbook of Suididology and Suicide Prevention. A Global Perspective. Oxford, New York: Univ Press, p 459-462  
HAGLEITNER J, EGGERTH A (2009) Versorgung mit Psychotherapie und Psychopharmaka. Studie des ÖBIG im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien: Eigenverlag ÖBIG  
HAGLEITNER J, WILLINGER M (2008) Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie. Berufsgruppen 1991-2007. Studie des ÖBIG im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien: Eigenverlag ÖBIG  
HARING C, GOLLNER G, FARTACEK R et al. (2011) SUPRA – Umsetzungsplan für den Suizidpräventionsplan Austria, unveröffentlichte Studie für das Bundesministerium für Gesundheit  
HINNENKAMP V (2009) Soziolinguistik. Stuttgart: UTB Fink  
HOFFMANN-RICHTER U, KÄNZIG S et al. (2009) Suizid nach stationärer psychiatrischer Behandlung. Psychiatrische Praxis 29/1:22-24  
HUTSTEINER T, MISSETHON J, WATZKA C (2009) Stand und Perspektiven der Suizidprävention in Österreich. ExpertInnenbefragung zur Sicht von PsychotherapeutInnen, PsychologInnen und ÄrztInnen. Onlinepublikation. URL: <http://www.hilfe-in-der-krise.at/studie-suizidpraevention-in-oesterreich.html>  
GUTIÉRREZ-LOBOS K, TRAPPL E (2006) Benachteiligung von Menschen mit psychischen Krankheiten im österreichischen Rechtssystem. Ein Beitrag zur Entstigmatisierung und Entdiskriminierung. Studie für die Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie. Wien: Eigenverlag der ÖGPP

- KAPUSTA N, ZORMAN A, ETZERSDORFER E et al. (2008) Rural-urban differences in Austrian suicides. *Social Psychiat Psychiat Epidem* 43:311-318
- KAPUSTA N (2011) Aktuelle Daten und Fakten zur Zahl der Suizide in Österreich – 2010, Onlinepublikation. URL: [http://www.suizidforschung.at/statistik\\_suizide\\_oesterreich.pdf](http://www.suizidforschung.at/statistik_suizide_oesterreich.pdf).
- KRAINZ S (2009) *Psychiatriebericht Steiermark 2009*. Graz: Eigenverlag Amt der Steiermärkischen Landesregierung
- LÖFFLER H (2010) *Germanistische Soziolinguistik*. Berlin: Schmidt
- MEISE U, HAFNER F, HINTERHUBER H (Hrsg.) (1998) *Gemeindepsychiatrie in Österreich*. Innsbruck-Wien: Verlag Integrative Psychiatrie
- RINGEL E (1953) *Der Selbstmord*. Wien: Maudrich
- SONNECK G (1999) *Österreichischer Suizidpräventionsplan*. Erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Wien: Eigenverlag des BMAGS
- SONNECK G (2000) *Krisenintervention und Suizidverhütung*. Wien: UTB Facultas
- SONNECK G, STEIN C, VORACEK M (2002) *Suizide von Männern in Österreich*. Statistisch-epidemiologische Untersuchung für das Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz. Wien: Eigenverlag des BMSGK
- SONNECK G, NIEDERKROTENTHALER T (2008) *Zum österreichischen Suizidpräventionsplan*. In: *Spectr Psychiat* 2:32-35
- WASSERMAN D, WASSERMAN C (Eds.) (2009) *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. A Global Perspective*. New York: Oxford University Press
- WATZKA C (2008) *Sozialstruktur und Suizid in Österreich*. Ergebnisse einer epidemiologischen Studie für das Land Steiermark. Wiesbaden: VS Verlag
- WATZKA C (2010) *Zur Suizidstatistik für Österreich 2000-2009*. In: *Kurzberichte des Instituts für Suizid-Prävention und -Forschung* 2/1:1-8 – Onlinepublikation. URL: <http://www.hilfe-in-der-krise.at/wissenschaftliche-kurzberichte.html>
- WOLFERSDORF M, ETZERSDORFER E (2009) *Suizid und Suizidprävention*. Stuttgart: Kohlhammer

Eingang: 03.10.2010; akzeptiert: 12.01.2012

**Korrespondenzadresse:**

Prof. Dr. Carlos Watzka  
Lehrstuhl für Soziologie und Empirische Sozialforschung  
Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt  
Ostenstraße 24  
85072 Eichstätt, Deutschland  
[carlos.watzka@ku.de](mailto:carlos.watzka@ku.de)