

Carlos Watzka

Suizide und ihre biopsychosozialen Bedingungsfaktoren

Epidemiologische Analysen auf Basis
von Aggregat- und Individualdaten



Springer VS

Suizide und ihre biopsychosozialen Bedingungsfaktoren

Carlos Watzka

Suizide und ihre biopsychosozialen Bedingungsfaktoren

Epidemiologische Analysen auf Basis
von Aggregat- und Individualdaten

Carlos Watzka
Graz, Österreich

ISBN 978-3-658-09928-2 ISBN 978-3-658-09929-9 (eBook)
DOI 10.1007/978-3-658-09929-9

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer VS

© Springer Fachmedien Wiesbaden 2015

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen.

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Fachmedien Wiesbaden ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media (www.springer.com)

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	11
1 Einleitung.....	15
1.1 Das Problem der Selbsttötung, seine gesellschaftliche und politische Bedeutung in Österreich und speziell in der Steiermark	15
1.2 Erläuterung grundlegender Begriffe zum Thema	19
1.3 Der Forschungsstand	21
2 Konzept, Methode und Durchführung der Studie	31
2.1 Konzept und Design der Studie.....	31
2.2 Hypothesen, Variable und Daten in der Aggregatdatenanalyse	32
2.3 Hypothesen, Variable und Daten in der Individualdatenanalyse	35
2.4 Praktische Aspekte und Probleme der Datenerhebung.....	38
3 Ergebnisse	41
3.1 Epidemiologische Basisdaten zum Suizid.....	41
3.1.1 Suizid im Bundesländervergleich	41
3.1.2 Regionale Differenzen der Suizidraten	56
3.1.3 Die Suizidraten in den steirischen Bezirken gemäß Todesursachenstatistik und gemäß Aktenanalyse	64
3.2 Selbsttötungen und ihre biopsychosozialen Bedingungsfaktoren in Österreich 2001-09 – Deskription und Analyse von Aggregatdaten... 71	
3.2.1 Bivariate Zusammenhänge möglicher Bedingungsfaktoren mit den regionalen Suizidraten – Ergebnisse der Analysen	72
3.2.2 Multivariate Modelle zur Erklärung der Differenzen zwischen den regionalen Suizidraten in Österreich – Ergebnisse der Analysen	103
3.2.3 Ursachen der erhöhten Suizidraten des Landes Steiermark – Ergebnisse der multivariaten quantitativen Analyse	121
3.3 Selbsttötungen in der Steiermark 2005-09 und ihre biopsychosozialen Bedingungsfaktoren – Deskription und Analyse von Individualdaten 129	
3.3.1 Zeitliche Verteilung der Suizide	129
3.3.2 Räumliche Verteilung der Suizide	132

3.3.3	Wohnortgröße und Urbanisierungsgrad	134
3.3.4	Geschlecht als Risiko- bzw. Protektivfaktor	138
3.3.5	Alter als Risiko- bzw. Protektivfaktor	142
3.3.6	Familienstand als Risiko- bzw. Protektivfaktor	155
3.3.7	Partner- und Elternschaft als Risiko- bzw. Protektivfaktor	163
3.3.8	Versicherungszugehörigkeit der Suizidenten	166
3.3.9	Der Erwerbsstatus als Risiko- bzw. Protektivfaktor	169
3.3.10	Die Art der Berufstätigkeit der Suizidenten	175
3.3.11	Wechsel des Versicherungsstatus der Suizidenten	179
3.3.12	Ausbildungsniveau der Suizidenten	180
3.3.13	Einkommen der Suizidenten	181
3.3.14	Geburtsland der Suizidenten	183
3.3.15	Geburtsregion der Suizidenten	184
3.3.16	Staatsbürgerschaft der Suizidenten	185
3.3.17	Religionszugehörigkeit der Suizidenten	188
3.3.18	Delinquenz und Suizid	189
3.3.19	Psychische Beeinträchtigungen und psychosoziale Versorgung	190
3.3.20	Suizidversuche und Suizid	214
3.3.21	Abhängigkeitserkrankungen und Suizid	216
3.3.22	Körperliche Beeinträchtigungen und medizinische Behandlung	217
3.3.23	Arbeitsunfähigkeitsmeldungen und Suizid	237
3.3.24	Familiäre Probleme der Suizidenten	239
3.3.25	Probleme der Suizidenten im Wohnbereich	241
3.3.26	Sonstige soziale und ökonomische Probleme	243
3.3.27	Mentale und physische Belastungsaspekte	245
3.3.28	Selbsttötungsankündigungen der Suizidopfer	246
3.3.29	Suizidmethoden und nähere Umstände der Suizide	247
4	Zusammenfassung	251
5	Literaturverzeichnis	273
6	Anhang	279

⇒ **Zusatzmaterialien sind unter www.springer.com auf der Produktseite dieses Buches verfügbar.**

Abkürzungsverzeichnis

Die Abkürzungen kommen aus Darstellungsgründen vor allem in den Tabellen zur Anwendung. Nicht aufgenommen sind allgemeinverständliche Abkürzungen (z.B.: EDV, HNO, z.B.).

Abw. =	Abweichung
AMS =	Arbeitsmarktservice
ASR =	altersstandardisierte Suizidrate
ATC =	Anatomic-Therapeutic-Chemical Classification
AV =	abhängige Variable
b =	nicht standardisierter Regressionskoeffizient
B =	Burgenland
beta =	standardisierter Regressionskoeffizient
Bez. =	Bezirk
BKA =	Bundeskriminalamt
BKK =	Betriebskrankenkasse
BL =	Bundesland
BMG =	Bundesministerium für Gesundheit
BM =	Bruck an der Mur (Bezirk)
BMS =	Berufsbildende Mittlere Schulen
BuQ =	Anzahl Bezirke im untersten Quartil
BVA =	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
Diff. =	Differenz
DL =	Deutschlandsberg (Bezirk)
Ds. =	Durchschnitt
ECW =	Erhebung Carlos Watzka
emp. =	empirisch
EVK =	Erhebung Verena Köck
Ew. =	Einwohnerzahl
F =	Frauen
FB =	Feldbach (Bezirk)
FF =	Fürstenfeld (Bezirk)
G =	Gesamt(rate)
gesch. =	geschätzt
GKK =	Gebietskrankenkasse

GR =	Gender-Ratio
GU =	Graz-Umgebung (Bezirk)
gün. =	günstig
HB =	Hartberg (Bezirk)
hyp. =	hypothetisch
ICD =	International Classification of Diseases
ISCO =	International Classification of Occupations
JU =	Judenburg (Bezirk)
K =	Kärnten
KFA =	Krankenfürsorgeanstalt
Koeff. =	Koeffizient
koll. =	kollektiv
Korr. =	Korrelation
korr. =	korrigiert
KF =	Knittelfeld (Bezirk)
LB =	Leibnitz (Bezirk)
LE =	Leoben (Bezirk)
LI =	Liezen (Bezirk)
M =	Männer
MU =	Murau (Bezirk)
MW =	Mittelwert
MZ =	Mürzzuschlag (Bezirk)
N =	Fallzahlen absolut
NACE =	Statistische Systematik der Wirtschaftszeige in der EU
NÖ =	Niederösterreich
Ö =	Österreich
o.n.A. =	ohne nähere Angabe
ÖAK =	Österreichische Ärztekammer
ÖNACE =	Österreichische Version der NACE-Klassifikation
OÖ =	Oberösterreich
PA =	Polizeiakten
R =	Determinationskoeffizient der multivariaten linearen Regression
RA =	Radkersburg (Bezirk)
RR =	Relative Risiken
S =	Salzburg
SEYLE =	Saving and Empowering Young Lives in Europe (Forschungs- und Präventionsprojekt)
SF =	Standardfehler
Sig. =	Signifikanz
SR =	Suizidrate

SR F =	Suizidrate Frauen
SR G =	Suizidrate Gesamt
SR M =	Suizidrate Männer
SSF =	Standard-Schätzfehler
ST =	Steiermark
stand. =	standardisiert
Stat A =	Statistik Austria
STGKK =	Steiermärkische Gebietskrankenkasse
SUPRA =	Suizidpräventionsplan Austria des Bundesministeriums für Gesundheit
SVA =	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
SVB =	Sozialversicherungsanstalt der Bauern
SVI =	Sozialversicherungs-Informationen
t =	Ergebnis des t-Tests
T =	Tirol
Tol. =	Toleranz
TU =	Todesursachenstatistik
ung. =	ungünstig
UV =	unabhängige Variable
V =	Vorarlberg
VAEB =	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
VIF =	Varianz-Inflations-Faktor
VO =	Voitsberg (Bezirk)
VZ =	Volkszählung
W =	Wien
WHO =	World Health Organisation
WZ =	Weiz (Bezirk)

Vorwort

Habent sua fata libelli.

Der Verfasser schätzt sich glücklich, nunmehr seine zweite umfassende Studie zur Epidemiologie des Suizids in Österreich insgesamt, und in der Steiermark im Speziellen als Publikation vorlegen zu können. Diese bezieht sich nunmehr auf den Untersuchungszeitraum 2001 bis 2009, und kombiniert, wie schon die Pilotstudie, Analysen auf der Basis von Aggregatdaten auf der Ebene von politischen Bezirken und solche von Individualdaten.

Wie schon im Falle der Vorgängerstudie wäre das Zustandekommen der Studie undenkbar gewesen ohne die Unterstützung und Beauftragung durch die Steiermärkische Landesregierung und deren Behörden, wofür an dieser Stelle nochmals ausdrücklich gedankt sei. Gerade in Zeiten ökonomischer und budgetärer Schwierigkeiten ist es keine Selbstverständlichkeit, dass vermeintlich „randständige“ Probleme wie die Selbsttötung politische Beachtung finden – und gerade dann ist diese besonders nötig, wie die erschreckende Zunahme von Suiziden seit dem Beginn der Finanz- und Wirtschaftskrise 2008 in mehreren europäischen Ländern gezeigt hat.

Eine solche Entwicklung ist für Österreich derzeit glücklicherweise nicht auszumachen; vielmehr stagnieren die „Selbstmord“-Raten nach einem deutlichen Rückgang in der Zeit von ca. 1985 bis 2005, nunmehr auf einem Niveau von etwa 15 Selbsttötungen pro 100.000 Einwohnern und Jahren, während in der Steiermark derzeit jährlich etwa 20 Todesfälle durch Suizid pro 100.000 Personen zu beklagen sind – umgerechnet auf die Sterblichkeit insgesamt bedeutet dies aber immer noch, dass aktuell im Österreich-Durchschnitt einer von 60 Todesfällen, in der Steiermark einer von 50 Todesfällen durch Suizid erfolgt. Die gesellschaftlichen und auch volkswirtschaftlichen Folgen des Phänomens „Selbsttötung“ sollten daher, ganz abgesehen vom Aspekt der menschlichen Tragödien, die mit den meisten dieser Todesfälle verbunden sind, keineswegs unterschätzt werden.

Nach dieser Vorbemerkung bleibt dem Verfasser an dieser Stelle noch, namentlichen Dank an all diejenigen auszusprechen, die das Zustandekommen der vorliegenden Arbeit gefördert haben: Zuallererst möchte ich Frau DDr. Susanna Krainz als Psychiatriekoordinatorin des Landes Steiermark herzlich danken, die das Zustandekommen der vorliegenden Studie überhaupt erst ermöglicht hat und meine diesbezügliche Tätigkeit in allen, teils schwierigen Phasen konsequent und konstruktiv unterstützt hat.

Weiters gilt mein Dank ihnen, mit meinen Forschungsanliegen ebenfalls befassten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der nunmehrigen Fachabteilung A8, Wissenschaft und Gesundheit. Ebenso habe ich Herrn DI Martin Mayer und Frau DI Dr. Sigrid Kern vom Referat Statistik und Geoinformation des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung sehr zu danken, die mir auch diesmal, wie schon für die Pilotstudie, in zuvorkommender Weise umfassendes Datenmaterial der Steiermärkischen Todesursachenstatistik zur Verfügung gestellt haben. Im Bereich der Landesbehörden gilt mein Dank weiters all jenen Bezirkshauptmannschaften, die durch ihre Kooperation das Zustandekommen der vorliegenden Studie gefördert haben. Leider war dies keineswegs bei allen Bezirksbehörden der Fall.

Umso wertvoller war wiederum die konstruktive Zusammenarbeit mit den Polizeibehörden der Steiermark in den Jahren 2011/2012. Als meinen damaligen Ansprechpartnern im Landespolizeikommando Steiermark danke ich hierbei namentlich Herrn Oberst August Feyerer und Herrn AI Rainer Psenicnik. Obwohl schon länger zurückliegend, möchte ich an dieser Stelle auch Herrn OI Siegfried Köppel vom Stadtpolizeikommando Graz für seine eingehende Einführung in die Aktenlektüre von polizeilichen Berichten zu unnatürlichen Todesfällen im Rahmen der Pilotstudie nochmals herzlich danken – die diesbezüglichen Einsichten waren auch für die Fortsetzungsstudie von großem Wert.

Gleichermaßen danke ich hiermit der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse, insbesondere Frau Generaldirektorin HR Mag. Andrea Hirschenberger, sowie Herrn Johann Perschthaller als Verantwortlichen in der Leistungsabteilung, für die gute Kooperation und die Zurverfügungstellung von Informationen zu sozialen, ökonomischen und gesundheitlichen Verhältnissen der 2005 bis 2009 in unserem Bundesland durch Suizid verstorbenen Menschen. Ich hoffe, die Darlegungen des vorliegenden Textes machen deutlich, wie ungemein wertvoll die betreffenden Daten für die weitere Aufhellung des Phänomens Suizid als biopscho-sozialem Prozess sind. Weiteren Dank möchte ich, zum wiederholten Male, Frau Mag. Barbara Leitner als seitens der Statistik Austria für die Führung der österreichweiten amtlichen Todesursachenstatistik für die Bereitstellung wichtiger Daten auf der Aggregatebene der politischen Bezirke aussprechen, sowie Herrn Mag. Anton Sinabell von der Österreichischen Ärztekammer für die Übermittlung von Daten zur medizinischen Versorgungssituation auf Bezirksebene.

Den nachfolgend genannten Wissenschaftler/innen und Kollegen/innen will ich schließlich für anregende Gespräche zu Problemen der Suizidforschung, Gesundheitssoziologie, Epidemiologie und/oder Statistik respektive diesbezügliche Ratschläge herzlichen Dank aussprechen:

Karl Acham, Thomas Brunner, Eva Fleiß, Jürgen Fleiß, Eberhard Gabriel, Rainer Greca, Christian Haring, Sabine Haring, Hartmann Hinterhuber, Franz Höllinger, Thomas Hutsteiner, Nestor Kapusta, Verena Köck, Susanna Krainz, Helmut Kuzmics, Josef Missethon, Eva Nwobum, Bernhard Plé, Manfred Prisching, Dirk Raith, Ulrike Schrittwieser, Gernot Sonneck, Elise Steiner, Erwin Stolz, Sandro Stücker, Eva Tröbinger-Steinreiter, Wilfried Tröbinger, Human-Friedrich Unter-rainer, Martin Wammerl.

Ganz besonderen Dank schulde ich unter den Vorgenannten Frau Eva Fleiß, Frau Verena Köck und Frau Eva Nwobum, sowie auch meiner lieben Frau, Elisabeth Watzka-Pauli, die alle an den der vorliegenden Studie zugrunde liegenden Forschungsarbeiten, insbesondere im Bereich der Datenerfassung, -kontrolle und aufbereitung, in wertvoller und konstruktiver Weise mitgearbeitet haben. Verena Köck hat zudem im Rahmen ihrer Masterarbeit eigenständig Indikatoren für die gesundheitliche Versorgungssituation auf Bezirksebene weiter- und neu entwickelt, auf ihre Relevanz für die Erklärung der Differenzen zwischen den regionalen Suizidraten geprüft sowie die entsprechenden Ergebnisse dankenswerterweise auch für diese Studie zur Verfügung gestellt. Weiters danke ich Erwin Stolz ganz herzlich dafür, meine „selbstgebastelten“ Karten zur Thematik in eine mit GIS-Software graphisch professionell gestaltete Form überführt zu haben.

Schließlich danke ich Springer VS, und namentlich Herr Dr. Andreas Beier-waltes als Verlagsdirektor für den Bereich Sozial- und Geisteswissenschaften sowie Frau Sabine Schöller als Lektorin, für die Möglichkeit, auch die vorliegende Studie unter kompetenter Betreuung von Verlagsseite in diesem Verlagshaus publizieren zu können. Weiters weise darauf hin, dass Zusatzmaterialien zur Printversion dieser Studie (Farb-Diagramme und Karten) im Rahmen des „OnlinePlus“-Programms auf der homepage des Verlags verfügbar sind.

Markt Hartmannsdorf, 15. März 2015

Carlos Watzka

1 Einleitung

1.1 Das Problem der Selbsttötung, seine gesellschaftliche und politische Bedeutung in Österreich und speziell in der Steiermark

In der öffentlichen respektive medialen Wahrnehmung spielt Suizid als Todesursache immer noch eine völlig unterschätzte Rolle, was sich direkt in den für Präventionsarbeit (nicht) aufgewandten öffentlichen und auch privaten Mitteln widerspiegelt: Erheblich seltenere Phänomene mit letalen Folgewirkungen, wie bestimmte infektiöse Erkrankungen (z.B. AIDS), aber auch Verkehrsunfälle oder Suchtmittelkonsum werden regelmäßig – sowohl medial als auch in privat in breiten Bevölkerungskreisen – als gefährliche soziale und gesundheitliche Probleme wahrgenommen; in ihre Prävention fließen beachtliche Finanzmittel, und es existieren gut ausgebaute, auf hauptberuflichen Mitarbeiter/innen ebenso wie auf ausgedehnter Freiwilligenarbeit basierende Strukturen zur Umsetzung von breiten Paletten entsprechender, wissenschaftlich wie gesellschaftlich als wirksam anerkannten Präventionsmaßnahmen, was mittel- und langfristig auch zu erheblichen Senkungen der Zahl der durch diese Faktoren verursachten Todesfälle wesentlich beitrug.¹

Nicht so im Bereich der Suizidprävention. Insbesondere konnten bislang Präventionsmaßnahmen im engeren Sinn der primären Prävention, also der Verhinderung schon des Entstehens von Suizidalität, meist nur punktuell, projektbezogen und in begrenztem Rahmen realisiert werden. Demgegenüber ist die Sekundär- und Tertiärprävention vergleichsweise stark ausgebaut, also die Betreuung und Behandlung von Menschen, welche bereits manifeste psychische Probleme aufweisen, die suizidales Verhalten nach sich ziehen könnten, bzw. jene von Menschen, die bereits – jedoch vorerst „erfolglos“ – versucht haben, sich das Leben zu nehmen. Insbesondere in diesen Bereichen sind die Aktivitäten der Kriseninterventionszentren in Wien, Salzburg, Oberösterreich, Kärnten und Tirol hervorzuheben,² deren Anfänge im Falle Wiens bis in die Zwischenkriegszeit zurückgehen.

¹ Vgl. hierzu, für die österreichische Situation: Nestor Kapusta, Aktuelle Daten und Fakten zur Zahl der Suizide in Österreich 2010. Online-Publikation. URL: http://www.suizidforschung.at/statistik_suizide_oesterreich_2010.pdf

² Vgl. als Übersicht: Carlos Watzka, Eine Frage der Erreichbarkeit. Soziologische Befunde zu Ausbaugrad und Angebotsstrukturen von Suizidprävention und Krisenintervention in Österreich. In: Suizidprophylaxe 39/2 (2012), S. 69-76, sowie bes. Gernot Sonneck et al., Krisenintervention. Von den Anfängen der Suizidprävention bis zur Gegenwart (= Enzyklopädie des Wiener Wissens 6), Wien 2008.

Österreichweite und inhaltlich umfassende Präventionsstrategien unter Einbeziehung des Primärbereichs wurden dagegen zwar von den einschlägigen ExpertInnen (vornehmlich MedizinerInnen, PsychologInnen und PsychotherapeutInnen) gerade auch aus den Kriseninterventionszentren seit den 1990er Jahren erarbeitet und in Form von detailreichen Konzepten den politisch Verantwortlichen vorgelegt,³ sind aber noch nie über das Planungsstadium hinausgelangt, primär wohl aufgrund des fehlenden politischen Willens, hierfür ausreichend Finanzmittel zur Verfügung zu stellen.

Auf der für das österreichische Gesundheitssystem zentralen Ebene der Bundesländer stellt sich die diesbezügliche Lage heterogen dar. Zwar bestehen – wenn auch in regional sehr unterschiedlichem Maße – in jedem Bundesland ambulante, extramurale und fast überall auch stationäre Versorgungsangebote für Menschen mit psychischen Störungen und Krankheiten, institutionell etablierte, mit finanziellen Mitteln in relevanter Größenordnung und ausreichendem Planungshorizont sowie Pouvoir zu eigenständiger Gestaltung ausgestattete Suizidpräventionsagenturen gibt es bislang aber auch auf Länderebene nicht, jedenfalls nicht im Sinne behördlicher oder offiziöser Einrichtungen.⁴

Vorhandene Aktivitäten und Programme werden vielmehr von den Zuständigen im Bereich der psychosozialen Versorgung sowie der Suchtprävention getragen bzw. betreut; dies muss inhaltlich keineswegs ein Nachteil sein, geht es doch in allen drei Feldern in dem wichtigen Bereich der Primärprävention vor allem um die Förderung von „allgemeinen Lebenskompetenzen“.⁵ Es zeigt aber nichtsdestoweniger den bislang geringen Stellenwert auf, welcher dem Problem Suizid und Suizidprävention politisch wie öffentlich zugemessen wird, lässt sich dieses doch weder mit dem Thema „psychische Krankheiten“ und ihrer Behandlung noch mit der Problematik von Suchterkrankungen in eins setzen, trotz der besagten Überschneidungen.

Im Österreich-Vergleich stellt sich die diesbezügliche Situation in der Steiermark ambivalent dar: Auf der einen Seite wurden seit den 1990er Jahren durch die Psychiatriekoordinationsstelle des Landes Steiermark unter der Leitung von DDr.

³ Erste umfassende, nur als graue Literatur erschienene Arbeit: Gernot Sonneck, Suizidpräventionsplan. Erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Wien 1999. Derzeit aktuell: Christian Haring et al. – Bundesministerium für Gesundheit (Hg.), SUPRA – Suizidprävention Austria. Wien 2011. Online abrufbar unter URL: <http://www.suizidpraevention.at/pdf/suizidpraeventionsplan.pdf> bzw. unter: http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/0/1/5/CH1099/CMS1348578975700/supra_gesamt10092012.pdf

⁴ Aktueller Erhebungsstand nach Recherchen des Verfassers sowie der anderen im SUPRA-Beitrag des Gesundheitsministeriums tätigen ExpertInnen, Ende 2013.

⁵ Vgl. hierzu: Anneke Bühler, Kathrin Hepppekausen, Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland – Grundlagen und kommentierte Übersicht. Köln 2005 (Broschüre der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung).

Susanna Krainz mehrere fruchtbare Initiativen gestartet,⁶ welche sowohl die Erhebung des epidemiologischen Ist-Standes zur Suizidalität⁷ und die Entwicklung von Präventionsinstrumenten⁸ umfassen, als auch seit der Gründung von „GO ON – Kompetenz-zentrum für Suizid-Prävention Steiermark“ im Jahr 2011 unter der Leitung von Dr. Ulrike Schrittwieser bereits konkrete Präventionsaktivitäten in mehreren steirischen Bezirken realisieren.⁹ Damit wurden beachtliche Maßnahmen zur Reduktion der Suizidhäufigkeit hierzulande gesetzt, die in anderen Bundesländern meist kein Pendant haben.

Auf der anderen Seite sind einige allgemein als zentral anerkannte „Bausteine“ einer suizidpräventiven „Grundversorgung“ in der Steiermark, im Gegensatz zu den meisten anderen Bundesländern, immer noch bloß angekündigt, und politisch nicht umgesetzt (zweifellos vorrangig aus Kostengründen, in zweiter Linie offenbar auch aufgrund gewisser Defizite in der öffentlichen Verwaltung). Hierzu zählen insbesondere eine professionell besetzte 24-Stunden-Krisenhotline mit ExpertInnen in der Steiermark, sowie ausreichend niederschwellige extramurale und ambulante Anlaufstellen für akut und schwer psychisch Leidende in allen Bezirken mit möglichst weitreichenden Öffnungszeiten für persönliche Kontakte mit idealerweise ausreichenden Ressourcen und Kompetenzen auch für nachgehende sozialpsychiatrische Bereuung.

Die hier nur knapp skizzierte Situation hat aber dazu geführt, dass zumindest auf Expertenebene gut bekannt ist, dass in der Steiermark aus epidemiologischer Sicht Suizidprävention besonders vonnöten ist: In unserem Bundesland nehmen sich nämlich seit Jahrzehnten mit steter Regelmäßigkeit deutlich mehr Menschen selbst das Leben, als im Österreich-Durchschnitt, was ebenso sozialwissenschaftlich und epidemiologisch auffallend wie menschlich und gesellschaftlich bedenklich erscheinen muss.

Die zur Rede stehende Differenz ist beträchtlich; je nach Beobachtungszeitraum handelte es sich in den Jahren 1970 bis 2004 – bei jeweils mehrjähriger Betrachtung – um Unterschiede von ca. 10 bis zu ca. 20 % mehr Todesfällen (bezo-

⁶ Vgl. hierzu auch die Steirischen Psychiatrieberichte, zuletzt: Susanna Krainz – Gesundheitsplattform Steiermark (Hg.), Psychiatriebericht Steiermark 2012. Graz 2013 (<http://www.plattformpsyche.at/dokumente/psychiatriebericht2012.pdf>) und Susanna Krainz – Amt der Steiermärkischen Landesregierung (Hg.), Psychiatriebericht Steiermark 2009. Graz 2009 (<http://www.plattformpsyche.at/dokumente/psychiatriebericht2009.pdf>).

⁷ Carlos Watzka, Sozialstruktur und Suizid. Ergebnisse einer epidemiologischen Studie für das Land Steiermark. Wiesbaden 2008.

⁸ Gerda Krasser, Hans-Georg Zapotoczky, Entwurf eines Suizidpräventionskonzeptes für die Steiermark. Graz 2002 (Broschüre).

⁹ Vgl. die Online-Informationen auf: <http://www.suizidpraevention-stmk.at>

gen auf die Bevölkerungszahl), welche in der Steiermark auf Selbsttötungen zurückzuführen sind, als im österreichischen Gesamtdurchschnitt.¹⁰ Dieser Befund, der vom Verfasser in der 1. Steirischen Suizidstudie erhoben wurde, hat sich für den in der hier vorgelegten Folgestudie vorrangig behandelten Zeitraum 2005-2009 leider nicht positiv verändert – im Gegenteil:

Es sind zwar erfreulicherweise sowohl die absoluten Suizidzahlen als auch die (rohen) Suizidraten¹¹ in der Steiermark in den Jahren 2005 bis 2009 gegenüber den Jahren davor zurückgegangen, jedoch in einem deutlich geringeren Ausmaß, als dies für Österreich insgesamt der Fall war (siehe dazu ausführlich Kapitel 3.1.), sodass der Abstand der steirischen Suizidrate zur gesamtösterreichischen für die Periode 2005-2009 nun sogar fast 30 % (!) beträgt und damit höher ausfällt, als irgendwann zuvor seit 1970.

Zudem es zeichnet sich bereits ab, dass auch die nachfolgende Periode 2010-2014 erneut das Muster einer erheblichen Übersterblichkeit der Steierinnen und Steirer durch Suizid, im Vergleich zum Rest Österreichs, aufweisen wird, denn 2010 lag die Suizidrate der Steiermark bei 17,5 gegenüber 15,1 für Gesamtösterreich, 2011 waren es sogar 19,5 versus 15,3 und 2012 19,3 versus 15,1;¹² prozentual lag die Suizidrate in unserem Bundesland damit auch in den letzten Jahren erheblich, und zwar um 16 % (2010), 27 % (2011) bzw. 28 % (2012) über der gesamtösterreichischen Rate.

Der bedauerliche Umstand der deutlich erhöhten Suizidraten in unserem Bundesland ließ es schon nach Abschluss der besagten ersten Suizidstudie angebracht erscheinen, die Suizidalität in der Steiermark auch weiterhin einem möglichst umfassenden „Monitoring“ zu unterziehen, wozu der nun vorliegende Bericht für den Zeitraum 2005 bis 2009 einen weiteren Baustein liefern soll. Tatsächlich können nun, auf Basis einer erweiterten Datengrundlage, neue Einsichten zu den Risikolagen einzelner Bevölkerungsgruppen in der Steiermark präsentiert werden; über den wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn hinaus können die vorgelegten Ergebnisse freilich nur relevant werden, wenn sich auch in eine tatsächlich erweiterte und verbesserte, praktische Suizidpräventionsarbeit einfließen.

¹⁰ Vgl. Watzka, Sozialstruktur und Suizid, S. 19, Carlos Watzka, Analysen zur Suizidstatistik in Österreich 2000-2009. In: Kurzberichte des Instituts für Suizid-Prävention und Forschung 2/1 (2010), S. 6, sowie die aktuellen Auswertungen in 3.1. dieser Studie. Bei Betrachtung aller Bundesländer können lediglich Kärnten und Salzburg bei diesem traurigen Rekord zeitweilig mit der Steiermark mithalten.

¹¹ Wo nicht gesondert angegeben, sind im Folgenden mit „Suizidrate“ immer die tatsächlichen, nicht altersstandardisierten (sog. „rohen“) Raten gemeint. Siehe dazu auch 1.2.

¹² Berechnung des Verfassers anhand der amtlichen Todesursachenstatistik der Statistik Austria. Die Rohdaten sind frei abrufbar unter: http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html

Als Grundlage für die Ratenberechnung wurden die jeweiligen Jahresdurchschnittsbevölkerungen herangezogen, die ebenfalls von der Statistik Austria ermittelt und publiziert werden.

1.2 Erläuterung grundlegender Begriffe zum Thema

Hinsichtlich einer eingehenden Auseinandersetzung mit dem Begriff „Suizid“ selbst kann hier auf die zahlreich vorliegende Fachliteratur verwiesen werden;¹³ gemeint ist mit „Suizid“ in der vorliegenden Studie, entsprechend der Definition der Weltgesundheitsorganisation stets „eine Handlung mit tödlichem Ausgang, die der Verstorbene mit Wissen und in Erwartung des tödlichen Ausgangs selbst geplant und ausgeführt hat mit der Absicht, die [...] gewünschten Veränderungen herbeizuführen“,¹⁴ also eine intentionale und „erfolgreiche“ Selbsttötung. Diese tödlichen Handlungen bilden den Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit; nicht tödlich endende Versuche von Selbsttötungen dagegen werden, wo überhaupt angesprochen, konsequent als „Suizidversuche“ oder „Parasuizide“ bezeichnet, und bleiben von den statistischen Analysen in dieser Studie ausgeklammert (mit Ausnahme von früheren Suizidversuchen in den Biographien später „erfolgreicher“ Suizidenten).¹⁵

Entsprechend der obigen Definition sind auch Todesfälle, die auf mehr oder minder bewusst „risikofreudiges“ Handeln bzw. dauerhaft selbstschädigendes Verhalten zurückzuführen sind (z.B. massiver Drogenkonsum, riskantes Autofahren, Nicht-Einnahme von Medikamenten trotz Wissens um eventuell lebensbedrohliche Konsequenzen u.a.), aber nicht einen gezielten Selbsttötungsakt beinhalten, wie allgemein üblich aus der Betrachtung des Phänomens „Suizid“ ausgeklammert, trotz der unzweifelhaft gegebenen, erheblichen Schnittmengen sowohl in psycho- wie in soziologischer Hinsicht. Im vorliegenden Text ist weiters stets – synonym – von „Suizid“ oder „Selbsttötung“ die Rede; insbesondere die medial immer noch kursierenden Begriffe „Freitod“ und „Selbstmord“ sollten wegen ihrer massiv wertenden Konnotationen im wissenschaftlichen wie im öffentlichen Diskurs möglichst gemieden werden.¹⁶

Da die vorliegende Studie vornehmlich quantitativ orientiert ist, und anhand verschiedener Maßzahlen zur letalen Suizidalität Erkenntnisse zu deren Ursachen und Bedingungen zu erlangen bestrebt ist, seien auch hierzu gleich an dieser Stelle

¹³ Vgl. dazu etwa: Thomas Bronisch, *Der Suizid. Ursachen – Warnsignale – Prävention*. München 2002; Manfred Wolfersdorf, Elmar Etzersdorfer, *Suizid und Suizidprävention*. Stuttgart 2011.

¹⁴ Michael Kelleher et al., *Suizid*. In: Hanfried Helmchen et al. (Hg.), *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd. 6. Berlin 2000, S. 228.

¹⁵ Dies hat insbesondere seinen Grund in der hier noch weit mangel- und lückenhafteren Datenlage gegenüber den „vollendeten“ Suiziden.

¹⁶ Vgl. z.B. Watzka, *Sozialstruktur und Suizid*, S. 23f., sowie ausführlicher: Matthias Kettner, Benigna Gerisch, *Zwischen Tabu und Verstehen. Psycho-philosophische Bemerkungen zum Suizid*. In: Ines Kappert, Benigna Gerisch, Georg Fiedler (Hg.), *Ein Denken, das zum Sterben führt. Selbsttötung - das Tabu und seine Brüche*. Göttingen 2004, S. 38-66.

die wichtigsten Begriffe und ihr Gebrauch im vorliegenden Text möglichst präzise erläutert: Von grundlegender Bedeutung ist zunächst die absolute Zahl der Suizide, bezogen jeweils auf einen exakt bestimmten räumlichen und zeitlichen Untersuchungsbereich, also z.B. Österreich oder die Steiermark im Laufe des Jahres X oder Y. Selbst für diese basale Maßzahl ergeben sich bei der konkreten Datenerhebung gewisse Operationalisierungsprobleme.¹⁷ Indem hier für den österreichweiten Untersuchungsteil auf Basis der Aggregatdaten den Definitionen der Statistik Austria gefolgt wird, für die Analyse der Individualdaten aber den Erfassungslogiken der jeweiligen Behörden Rechnung getragen wird, ist ein einheitliches, nachvollziehbares Klassifizieren gewährleistet.¹⁸

Als zentrale Maßzahl für vergleichende Berechnungen eignet sich aber die absolute Zahl von Suiziden kaum, vielmehr wird diese stets in Relation zur jeweiligen Bevölkerungszahl gesetzt, und so eine Suizidrate ermittelt. Im Folgenden wird vor allem die allgemein übliche epidemiologische Berechnungsweise für so genannte „rohe“ Suizidraten verwendet, und wenn ohne nähere Spezifikation von „Suizidrate“ die Rede ist, dann ist damit die nach untenstehender Formel ermittelte, nicht-altersstandardisierte Rate gemeint:

$$SRrj = Srj / EWr * 100.000$$

Hierbei gilt:

SRrj [ist] die zu ermittelnde Suizidrate in der Untersuchungsregion R für die Zeitspanne des Jahres J, Srj die Anzahl der in diesem Jahr in jener Region vorgefallenen Suizide, und EWr die Gesamtanzahl der Einwohner in der Untersuchungsregion.

Die ermittelte Kennzahl, welche im Aufbau dem allgemeineren epidemiologischen Maß der Inzidenzrate entspricht, stellt sich dann als Anzahl von Suiziden pro Jahr je 100.000 Einwohner dar.¹⁹ Diese Suizidrate wird im Folgenden bei eigenen Berechnungen des Verfassers, soweit möglich, auf Grundlage jährlicher Beobachtungszeiträume und unter Bezug auf die jeweiligen Jahresdurchschnitts-Bevölkerungen berechnet²⁰, auf deren Basis dann in einem zweiten Schritte gegebenenfalls Mehrjahres-Durchschnitte errechnet werden.

¹⁷ Insbesondere muss geklärt sein, ob das Wohnsitz- oder das Durchführungsprinzip der Zurechnung zur Anwendung kommt, oder beide, ob also im Ausland durch Selbsttötung verstorbene Personen mit regulärem Wohnsitz in Österreich zur Menge der Suizide hinzuzuzählen sind, oder hierzulande von bloß vorübergehend Anwesenden Fremden durchgeführte Suizide, oder beides.

¹⁸ Details hierzu siehe in Kapitel 2.4.

¹⁹ Watzka, Sozialstruktur und Suizid, S. 28.

²⁰ Für einige Vergleichsanalysen auf Aggregatebene war es aber nötig, mit den jeweiligen Jahresanfangs-Bevölkerungen bzw., für Vergleichsdaten von 2001, mit den Volkszählungsdaten von Mai 2001 zu arbeiten, die rechnerisch sich ergeben könnenden Differenzen gegenüber einem Bezug zu den Jahresdurchschnitts-Bevölkerungen sind jedoch minimal. Anders sähe es dagegen bei einer (hier nicht erfolgten) Zugrundelegung der Anfangsbevölkerung für die Ratenberechnungen eines mehrjährigen

Neben diesem Maß wird teils auch die Berechnung von altersstandardisierten Suizidraten vorgenommen, die in der Darstellung stets als solche bezeichnet werden. Diese verkürzt oftmals nur als „standardisiert“ bezeichneten Raten kommen aber nur selektiv für bestimmte Fragestellungen zum Einsatz; eine grundsätzliche Kritik des Verfassers an einer generellen Bevorzugung altersstandardisiert transformierter Raten gegenüber den tatsächlichen Raten im Bereich der Suizidforschung findet sich in der ersten von ihm erstellten Suizidstudie.²¹

Erwähnt sei an dieser Stelle schließlich noch der Suizidratio als Maß des Anteils der Todesfälle durch Suizid in Relation zur Gesamtzahl der Sterbefälle innerhalb eines bestimmten Zeitraums. Die seltene Verwendung dieses Parameters steht in merkwürdigem Gegensatz zu seiner hohen Aussagekraft. Für die gesamtösterreichischen Verhältnisse ergab eine entsprechende Berechnung des Verfassers für den Zeitraum 2001 bis 2004 etwa einen Suizidratio von 2,0 %, für die steirischen sogar 2,3 %, was nichts anderes bedeutet, als dass in Österreich jeder 50. Todesfall, in der Steiermark sogar jeder 43. auf eine Selbsttötung zurückzuführen war.²²

Führt man die analogen Berechnungen nun für den Zeitraum 2005 bis 2009 weiter, ergibt sich für Österreich ein Suizidratio von immer noch 1,7 %, für die Steiermark einer von 2,1 %;²³ auch diese Werte zeigen also einerseits einen gewissen Rückgang der Suizidsterblichkeit in Österreich insgesamt, und in der Steiermark im Besonderen, andererseits aber auch die vergleichsweise immer noch deutlich stärkere Betroffenheit unseres Bundeslandes von Selbsttötungshandlungen.

1.3 Der Forschungsstand

Im Kontext der hier vorgelegten Studie erscheint es nicht notwendig, den inter- und transdisziplinären wissenschaftlichen Forschungsstand zum Phänomen Suizid umfassend zu referieren; vielmehr kann für allgemeine Informationen auf die zahlreich vorhandene Fachliteratur verwiesen werden, die das Problem vornehmlich aus medizinischer, psychologischer und psychotherapeutischer, aber auch aus sozial- und kulturwissenschaftlicher, nicht zuletzt natürlich aus philosophischer und theologischer Sicht behandelt.²⁴ Betont sei aber, dass nach Auffassung des Verfassers

Zeitraums aus, was angesichts sich gerade auf regionaler Ebene relativ rasch wandelnder Bevölkerungszahlen unbedingt vermieden werden sollte, da so gegenüber den tatsächlichen Relationen divergierende Ergebnisse produziert würden.

²¹ Vgl. Watzka, Sozialstruktur und Suizid, S. 29-31.

²² Ebd., S. 32.

²³ Berechnung des Verfassers auf Basis der Daten der Todesursachenstatistik der Statistik Austria.

²⁴ Hier angeführt seien lediglich die wichtigsten aktuellen Einführungs- und Übersichtswerke deutscher Sprache sowie einige ausgewählte englischsprachige Arbeiten: Thomas Bronisch, Der Suizid. Ursa-

gerade epidemiologische Fragestellungen zum Suizid – also insbesondere die Frage nach regionalen und nationalen, aber auch zeitlichen Varianzen in den Suizidhäufigkeiten – nur durch transdisziplinäre Herangehensweisen jemals einigermaßen zufriedenstellend lösbar sein werden. Damit zusammenhängend wird auch ein einigermaßen vollständiges Bild der Möglichkeiten suizidpräventiven Handelns erst durch eine tatsächlich multiprofessionelle Perspektive entstehen können, in welche medizinisch-biologische, ökologische, psychologische und psychotherapeutische, nicht zuletzt auch verhaltens-, sozial- und kulturwissenschaftliche Forschungsergebnisse Eingang finden.

Ein Versuch einer Zusammenschau der fundamentalen bisherigen Einsichten der unterschiedlichen an der Suizidforschung maßgeblich beteiligten Disziplinen für den Zweck der Generierung und Detaillierung empirischer Fragestellungen zur erhöhten Suizidalität im Bundesland Steiermark wurde vom Verfasser bereits im Rahmen der 1. Steirischen Suizidstudie unternommen, sodass hier für eine ausführlichere Darstellung auf die diesbezüglichen Erörterungen in derselben verwiesen werden kann.²⁵

Zusammenfassend sei an dieser Stelle lediglich wiederholt: Die epidemiologisch, also auf die Fragestellung der Verbreitung des Phänomens innerhalb der Bevölkerung hin orientierte Forschung zur Suizidalität ist sich seit langem weitestgehend einig, dass einige demographische – zugleich biologisch, wie sozial-kulturell hochbedeutsame – Merkmale das individuelle Suizidrisiko wesentlich beeinflussen, und damit bei Vorliegen unterschiedlicher Verteilungen in unterschiedlichen Populationen auch wichtige Teilerklärungen für die empirisch feststellbaren Varianzen kollektiver Suizidraten liefern können:

chen - Warnsignale - Prävention. München 2002; Gernot Sonneck, Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien 2000; Wolfram Dorrman, Suizid. Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten. Stuttgart 2009; Hans Wedler, Manfred Wolfersdorf, Rainer Welz (Hg.), Therapie bei Suizidgefährdung. Ein Handbuch. Regensburg 1992; Manfred Wolfersdorf, Christoph Franke (Hg.), Suizidforschung und Suizidprävention am Ende des 20. Jahrhunderts. Regensburg 2000; Manfred Wolfersdorf, Thomas Bronisch, Hans Wedler (Hg.), Suizidalität. Verstehen – Vorbeugen – Behandeln. Regensburg 2008; Günter Albrecht, Suizid. In: Günter Albrecht, Axel Groenemeyer (Hg.), Handbuch soziale Probleme, Wiesbaden 2012, Bd. 2, S. 979-1173; Klaus Feldmann, Tod und Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick. Wiesbaden 2010; Ines Kappert, Benigna Gerisch, Georg Fiedler (Hg.), Ein Denken, das zum Sterben führt. Selbst-tötung - das Tabu und seine Brüche. Göttingen 2004; Andreas Bähr, Hans Medick (Hg.), Sterben von eigener Hand. Selbsttötung als kulturelle Praxis. Köln 2005; Jörn Ahrens, Selbstmord. Die Geste des illegitimen Todes. München 2001; Ursula Baumann, Vom Recht auf den eigenen Tod. Die Geschichte des Suizids vom 18. bis zum 20. Jahrhundert. Weimar 2001; George Minois, Geschichte des Selbstmords. Düsseldorf 1996; Danuta Wasserman, Camilla Wasserman (Hg.), Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. Oxford u.a. 2009; Keith Hawton, Kees van Heeringen (Hg.), The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. Chichester u.a. 2002; Armin Schmidtke et al. (Hg.), Suicidal behaviour in Europe: Results from the WHO/Euro multicentre study on suicidal behavior. Bern 2004; Christian Baudelot, Roger Establet, Suicide. The Hidden side of modernity. Cambridge - Malden 2008; David Lester, Bijou Yang, The Economy and Suicide. Economic perspectives on suicide. New York 1997; Ronald Clarke, David Lester, Suicide: Closing the exits. New Brunswick 2013.

²⁵ Vgl. Watzka, Sozialstruktur und Suizid, S. 33-78.

An allererster Stelle ist diesbezüglich das Geschlecht zu nennen; nahezu überall weltweit töten sich regelmäßig weitaus mehr Männer als Frauen selbst; in europäischen Gesellschaften liegen die festzustellenden Relationen (der sogenannte Gender-Ratio des Suizids) häufig bei etwa 3:1, stellen demnach Selbsttötungen von männlichen Personen etwa drei Viertel aller Suizide dar, und solche von weiblichen Personen „nur“ etwa ein Viertel; allerdings sind festzustellende Abweichungen beträchtlich, und reichen, wenn man lediglich Staaten mit relativ solider Todesursachenstatistik berücksichtigt, von Verhältnissen von ca. 2:1 in den Niederlanden in manchen Erhebungsjahren nach 2000 bis zu Relationen von ca. 6:1 zum Beispiel in Polen und Litauen in den Jahren 2008 bzw. 2009.²⁶ Schon diese Varianzen²⁷ weisen darauf hin, dass bei aller wahrscheinlicher Bedeutung biologischer Aspekte für das Zustandekommen der erheblichen Geschlechterdifferenz im letalen suizidalen Verhalten auch soziale und kulturelle Bedingungen stark einwirken.

Analoges kann vom Lebensalter behauptet werden: Auch hier zeigen sich im internationalen Vergleich dominierende Muster, zugleich aber beträchtliche Abweichungen in einigen Gesellschaften; vorherrschend im europäischen Raum sowie in industrialisierten Gesellschaften generell ist aber eine beträchtliche Übersterblichkeit älterer Menschen durch Suizid im Vergleich zu Personen jüngeren Alters.²⁸ Meist steigen die Suizidraten mit dem Lebensalter ab der Pubertät zunächst allmählich, ab dem Ende des Erwerbsalters dann aber stark an, wobei beide Geschlechter betroffen sind, Männer aber ungleich massiver als Frauen.²⁹ Diese fundamentalen Befunde wurden seit den 1980er Jahren systematisch international erhoben und bestätigen sich weiterhin anhand aktueller Daten. Auch hier dürfen die Trends empirischer Daten aber nicht mit ‚universalen‘ Naturgesetzen verwechselt werden, zeigen doch die Erhebungen für manche außereuropäische Länder ein gegenteiliges Bild des Absinkens der Suizidraten im höheren, im Allgemeinen nicht mehr dem Erwerbsleben gewidmeten Alter, und stellten sich auch in den traditionell-vorindustriellen Gesellschaften Europas, soweit die Datenlage hier sichere Schlüsse zulässt, die altersassoziierten Suizidrisiken noch erheblich anders dar, als in der Gegenwart³⁰

²⁶ Vgl. hierzu besonders die zusammenfassende Darstellung der offiziellen nationalen Suizidstatistiken auf den Websites der WHO: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/en

²⁷ Bei globaler Betrachtung stellen sich die Unterschiede noch deutlicher dar; einzelne asiatische Länder weisen in etwa „ausgeglichene“ oder sogar „umgekehrte“ Geschlechterrelationen auf, d.h. es überwiegen die Selbsttötungen von Frauen über jene der Männer. Vgl. Baudelot/Establet, *Suicide*; Andrew Cheng, Chau-Shoun Lee, *Suicide in Asia and the Far East*. In: Keith Hawton, Kees van Heeringen (Hg.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Chichester u.a. 2002, S. 29-48.

²⁸ Vgl. Baudelot/Establet, *Suicide*, sowie: Daniel Harwood, Robin Jacoby, *Suicidal behaviour among the elderly*. In: Keith Hawton, Kees van Heeringen (Hg.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Chichester u.a. 2002, S. 275-291.

²⁹ Vgl. die Zusammenstellung für ausgewählte Staaten in: Sonneck, *Krisenintervention*, S. 259f.

³⁰ Vgl. hierzu Watzka, *Sozialstruktur und Suizid*, S. 37, mit weiterführenden Angaben. Genau dieser Punkt ist aus Sicht des Verfassers ein zentrales Argument gegen ein ausschließliches oder vorrangiges

Ein weiterer – und aus medizinischer wie psychologischer Sicht wohl der wichtigste Faktor – für die Entstehung von Suizidalität und damit auch für die Abschätzung von individuellem bzw. kollektiven Suizidrisiken, ist das Vorliegen psychischer Störungen bzw. Erkrankungen bei einer Person respektive das Ausmaß von deren Verbreitung in einer gegebenen Bevölkerungsgruppe bzw. Gesamtbevölkerung. Zwar kennt die moderne Psychiatrie und Psychologie eine Vielzahl von unterschiedlichen mentalen Dysfunktionen mit ebenso unterschiedlichen Ursachen, Schweregraden und Auswirkungen auf die Betroffenen, und damit auch unterschiedlichen Konsequenzen für das Auftreten von Suizidalität, als deren Risiko in gewissem Maß erhöhend gelten aber nahezu alle.³¹ Weitestgehende Einigkeit besteht darüber hinaus darin, dass bei starken affektiven Störungen, allen voran „major depressions“ („schwere Depressionen“) und bipolaren Störungen (Manie-Depression), sowie bei massiven Wahrnehmungs- und Denkstörungen (Schizophrenie, wahnhaftige Störungen; sogenannte „Psychosen“), aber auch bei Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol, Opiate etc. sowie nicht-substanzgebundene Suchten) das individuelle Suizidrisiko stark erhöht ist, wenngleich selbstverständlich nicht alle Betroffenen Selbsttötungsabsichten hegen, geschweige denn irgendwann konkrete Suizidhandlungen setzen. Für epidemiologische Fragestellungen ist es zudem von zentraler Bedeutung, zu beachten, dass das individuelle Auftreten einer psychischen Erkrankung seinerseits nicht ein isoliertes (und z.B. rein genetisch oder psychologisch erklärbares) Phänomen darstellt, sondern stets in komplexen gesellschaftlichen und ökologischen Zusammenhängen steht.

Neben psychischen Störungen erkennt die neuere Suizidforschung zunehmend auch die Bedeutung schwerer körperlicher Erkrankungen als suizid-disponierend und damit nicht nur für die individuelle Risikoabschätzung, sondern auch epidemiologisch hochrelevant an.³² Hier besteht offensichtlich – unter den Gegebenheiten einer höchst potenten modernen Körpermedizin – ein starker Zusammenhang mit dem Phänomen der mit dem Alter zunehmenden Suizidhäufigkeit, steigt doch mit zunehmendem Lebensalter auch das Risiko des Leidens an auch nach aktuellem medizinischen Stand nicht heilbaren Erkrankungen (z.B. Karzinome, degenerative Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems). Auch derartige körperliche Erkrankungen sind wiederum in unterschiedlichen Bevölkerungen und Bevölkerungsgruppen in sehr unterschiedlichen Häufigkeiten anzutreffen, da diese den jeweiligen Risikofaktoren in sehr verschiedenem Maß ausgesetzt sein können.³³

Arbeiten mit altersstandardisierten Raten in der Suizidologie, kann doch Suizidalität offenkundig nicht als „degenerative“ oder sonst strikt altersassoziierte biologische Erscheinung angesehen werden.

³¹ Vgl. z.B. Bronisch, Suizid, S. 40.

³² Vgl. hierzu: Elsebeth Nylev Stenanger, Egon Stenanger, Physical illness and suicidal behavior. In: Keith Hawton, Kees van Heeringen (Hg.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Chichester u.a. 2002, S. 405-420.

³³ Vgl. Ruth Bonita, Robert Beaglehole, Tord Kjellström, *Einführung in die Epidemiologie*. Bern 2008.

Neben für größere Populationen schwer exakt messbaren Verhaltensweisen, wie z.B. regelmäßigem Zigarettenrauchen, bedingen diesen Umstand der Ungleichverteilung von Krankheitsrisiken auch statistisch gut erhebbare Faktoren; abgesehen von schon angesprochenen demographischen Basisvariablen wie Geschlecht und Alter zählen hierzu nicht zuletzt soziale und ökonomische Parameter, die zweifellos vielfältig auf die individuellen Risiken für somatische und psychische Erkrankungen einwirken, aber auch direkt das Risiko für suizidales Verhalten zu beeinflussen scheinen

Als wichtigste unter den soeben angesprochenen, sozio-ökonomischen Risikofaktoren für Suizid können jedenfalls gelten: Niedriger sozialer Status insgesamt, respektive niedriges Einkommen, niedriger Berufsstatus bzw. Arbeitslosigkeit; niedriges Ausbildungsniveau;³⁴ allerdings sind auch Personen mit sehr hohem sozialen Status, den bisherigen Forschungsergebnissen zufolge, stärker suizidgefährdet, als „Durchschnittsbürger“.³⁵ Neben diesen im engeren Sinn sozialstrukturellen Aspekten werden aber seit dem Beginn sozialwissenschaftlichen Suizidforschung auch soziokulturelle Faktoren für die beobachtbaren Unterschiede in den Suizidhäufigkeiten unterschiedlicher Kollektive (Gesellschaften, Regionen, Gemeinden usw.) verantwortlich gemacht, allen voran Verschiedenheiten der Religionszugehörigkeiten und –praxen.

Schon Durkheim hat Ende des 19. Jahrhunderts auf das deutliche, gesamteuropäisch feststellbare Muster hingewiesen, wonach in stark protestantisch geprägten Regionen die Suizidraten meist deutlich höher sind, als in vorwiegend katholischen.³⁶ Dieser Befund dürfte noch heute nicht ganz an Gültigkeit verloren haben, freilich ist mit der sinkenden Bedeutung der Religionen für das Alltagsleben des Großteils der Bevölkerung auch ein Rückgang der Relevanz dieses Faktors für die Haltungen zum Suizid vermutbar. Allerdings werden die kollektiven Einstellungen zum Suizid, deren national, regional und auch subkulturell sehr unterschiedliche Ausprägung mittlerweile durch zahlreiche Studien belegt ist,³⁷ neben dem Einfluss religiösen Überzeugungen auch von vielen anderen Faktoren beeinflusst, und unterliegen, wie fundamentale Lebensauffassungen überhaupt, im Allgemeinen radikalen Veränderungen nur im Rahmen von langfristigen Prozessen.

³⁴ Vgl. Watzka, Sozialstruktur und Suizid, S. 47-58, Baudelot/Establet, Suicide, bes. S. 13-23 u. 141-160; Günter Albrecht, Suizid. In: Günter Albrecht, Axel Groenemeyer (Hg.), Handbuch soziale Probleme, Wiesbaden 2012, Bd. 2, S. 979-1173; Ilkka Henrik Mäkinen, Danuta Wasserman, Labour market, work environment and suicide. In: Danuta Wasserman, Camilla Wasserman (Hg.), Oxford Textbook of Suiciology and Suicide Prevention. Oxford u.a. 2009, S. 221-229; Stephen Platt, Keith Hawton, Suicidal Behaviour and the Labour Market. In: Keith Hawton, Kees van Heeringen (Hg.), The international handbook of suicide and attempted suicide. Chichester u.a. 2000, S. 309-384.

³⁵ Hierzu bereits: Emile Durkheim. Der Selbstmord. Frankfurt a.M. 1983 (zuerst frz. 1897).

³⁶ Vgl. Durkheim. Der Selbstmord, bes. S. 162-185.

³⁷ Vgl. Wasserman/Wasserman (Hg.), Oxford Textbook of suiciology and suicide prevention, S. 3-87.

Über diese Aspekte hinaus ist auch die jeweilige Wohnsituation offenkundig von erheblicher Bedeutung für das individuelle Suizidrisiko, und diese ihrerseits steht wiederum stark in Zusammenhang mit dem sozialen Status und der persönlichen (Erwerbs-)Biographie einerseits, der gesundheitlichen Verfassung andererseits. So haben Insassen nahezu aller Arten von „Anstalten“, wie Gefängnissen, psychiatrischen, aber auch allgemeinmedizinischen Krankenhäusern, Pflege-, Behinderten- und Altersheimen, deutlich erhöhte Suizidraten gegenüber der nicht-institutionalisiert, also in Privathaushalten lebenden Bevölkerung.³⁸

Weniger eindeutig stellt sich der Einfluss der weiteren Wohnumgebung, also von Gemeindegröße bzw. Urbanisierungsgrad auf die Suizidhäufigkeit dar. Hierzu kann summarisch festgestellt werden, dass ältere Studien bis etwa zur Mitte des 20. Jahrhunderts fast immer eine erhebliche „Übersterblichkeit“ durch Selbsttötung in den großen Städten konstatierten, und dies meist wohl zu Recht;³⁹ jüngere Befunde zeigen jedoch, zumindest für die „alten“ Industriestaaten Europas, ein sich wandelndes Bild, mit zurückgehenden Suizidraten in den urbanen Zentren,⁴⁰ und unverändert hohen Raten in vielen ländlichen Regionen, welche damit insbesondere in Österreich mittlerweile seit mehreren Jahrzehnten die am stärksten betroffenen Regionen im innerstaatlichen Vergleich darstellen.⁴¹ Allerdings ist diese bedeutsame Veränderung bislang nicht einmal in Expertenkreisen allgemein bekannt geworden, sodass insbesondere ein Teil der medizinischen und psychologischen Literatur immer noch fälschlich die großen Städte als stärker von Suizidalität betroffen darstellt, als das vermeintlich ‚idyllischere‘ Land.

Sucht man nach Erklärungen für diesen Wandel, rückt rasch ein weiterer Aspekt ins Zentrum der Aufmerksamkeit, der erst im Laufe der letzten Jahrzehnte größere Bedeutung erlangen konnte, nämlich das Entstehen von psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Therapie- und Betreuungsangeboten, denen erstens eine tatsächliche und erhebliche suizidpräventive Wirksamkeit unterstellt werden

³⁸ Für die österreichische Situation vgl. zum Bereich Gefängnisse: Stefan Fruehwald et al., Impact of overcrowding and legislative change on the incidence of suicide in custody. Experiences in Austria 1967-1996. In: *International Journal of Law and Psychiatry* 25/2 (2002), S. 119-128; Stefan Fruehwald, Kriminalität und Suizidalität. Selbstmorde in Österreichs Haftanstalten 1975-1984. Ursachen, Statistik, Schlussfolgerungen. In: *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe* 45/4 (1996), S. 218-224; für psychiatrische Anstalten vgl. die Ergebnisse der Vorgängerstudie: Watzka, Sozialstruktur und Suizid, bes. S. 326-332. Zum Problem der „Hospitalisierung“ in „totalen Institutionen“ immer noch grundlegend: Erving Goffman, *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt a.M. 1973.

³⁹ Vgl. Durkheim, *Der Selbstmord*, bes. S. 137-146; auch: Enrico Morselli, *Der Selbstmord. Ein Kapitel aus der Moralstatistik*. Leipzig 1881, bes. S. 171-179.

⁴⁰ Vgl. Baudelot/Establet, *Suicide*, S. 124-132.

⁴¹ Vgl. Watzka, *Sozialstruktur und Suizid*, bes. S. 111-124, Nestor Kapusta et al., Rural-urban differences in Austrian suicides. In: *Social Psychiatry und Psychiatric Epidemiology* 43 (2008), S. 311-318.

kann, und die zweitens über begrenzte Kreise sozialer Eliten hinaus breiteren Bevölkerungskreisen zugänglich gemacht wurden.⁴²

Diese gleichfalls für alle Industriestaaten beobachtbare Entwicklung des Einsatzes moderner Psychopharmaka und verbesserter psychotherapeutischer Verfahren, sowie der Schaffung zahlreicher ambulanter und extramuraler Behandlungsangebote – Facharzt- und psychotherapeutische Praxen, psychosoziale Zentren, betreute Übergangs-Wohngemeinschaften für psychisch Kranke u.a. – setzt in Österreich ab den 1980er Jahren an und erlebte im Laufe der 1990er und 2000er Jahre einen beträchtlichen Ausbau, der aber noch nicht abgeschlossen ist.⁴³

Neben derartigen, soziokulturellen Faktoren wurden und werden immer wieder auch ökologische Unterschiede für regionale und nationale Differenzen in den Suizidraten verantwortlich gemacht, von verschiedenen durchschnittlichen Temperaturen über unterschiedlich langen Sonnenscheindauern und topographische Differenzen bis hin zu Unterschieden in der – natürlich gegebene oder auch menschengemachten – chemischen Zusammensetzung von Nahrungsmitteln und Trinkwasser. Nicht wenige diesbezügliche Hypothesen wurden in der Vergangenheit allzu generell formuliert; dennoch sind ökologische Einflüsse auf die Suizidhäufigkeiten einer Population durchaus anzunehmen, wenn auch die seriöse diesbezügliche Forschung erst in den Anfängen steckt.

So ist etwa sehr wohl von protektiven Wirkungen von ausreichend Sonneneinstrahlung gegen gewisse Formen von Depressionen auszugehen,⁴⁴ was in Regionen mit diesbezüglichen topographischen bzw. meteorologischen Einschränkungen durch hohe Gebirge oder sehr häufige Bewölkung umgekehrt negative Folgen für die Suizidrate nach sich ziehen sollte, wenn man nicht davon ausgeht, dass die Bewohner derartiger Gegenden gegen solche Beeinträchtigungen eine besondere „Resistenz“ entwickelt haben. Und für den Bereich der geochemischen Gegebenheiten konnten erst kürzlich österreichische Suizidforscher bemerkenswerte neue Erkenntnisse präsentieren, indem sie einen deutlichen, negativen statistischen Zusammenhang zwischen dem Gehalt des Elements Lithium im Trinkwasser einer Region und der jeweiligen regionalen Suizidrate nachweisen konnten.⁴⁵

⁴² Vgl. hierzu Wasserman/Wasserman (Hg.), *Oxford Textbook of suiciology and suicide prevention*, Hawton, van Heeringen (Hg.), *The international handbook of suicide and attempted suicide*.

⁴³ Vgl. Joachim Hagleitner, Alexander Eggerth, *Versorgung mit Psychotherapie und Psychopharmaka*. Wien 2009 [Internetressource, abrufbar unter: <http://www.goeg.at/>]; Heinz Katschnig et al., *Österreichischer Psychiatriebericht 2001*. Wien 2001, Heinz Katschnig, Peter Denk, Michael Scherer, *Österreichischer Psychiatriebericht 2004*. Wien 2004 [Internetressource, abrufbar unter: www.bmgf.gv.at/].

⁴⁴ Vgl. Thomas Becker, Norman Sartorius, *Ökologie und Psychiatrie*. In: Hanfried Helmchen et al. (Hg.), *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd. 1. Berlin 1999, S. 473-506.

⁴⁵ Nestor Kapusta et al., *Lithium in drinking water is inversely associated with suicide mortality*. In: *British Journal of Psychiatry* 198 (2011), S: 346-350.

Im Anschluss sei an dieser Stelle gleich der spezifische Forschungsstand zur Suizidalität in Österreich zumindest kurz unter Nennung der wichtigsten neueren Literatur angesprochen, wobei auch hier angesichts der Ziele der vorliegenden Studie vor allem epidemiologisch relevante Erkenntnisse von Interesse sind.⁴⁶

Diesbezügliche Forschungen wurden innerhalb Österreichs in den letzten Jahren vornehmlich in Wien, Tirol, Salzburg und Steiermark betrieben, wobei allen voran die „Wiener Werkstätte für Suizidforschung“ und das Kriseninterventionszentrum Wien zu nennen sind, die sowohl für die Suizid- und Suizidpräventionsforschung insgesamt, als auch im Bereich der Epidemiologie des Suizids seit den 1980er Jahren unter der Leitung von Gernot Sonneck eine umfassende und produktive Tätigkeit entfalten, gestützt auf eine größere Zahl sehr engagierter Mitarbeiter/innen.⁴⁷

Für den epidemiologischen Bereich ist hierbei, neben sehr hilfreichen jährlichen Online-Darstellungen zu den aktuellen, fundamentalen Daten der österreichischen Suizid-Statistik durch Nestor Kapusta für die Jahre ab 2009⁴⁸, auf etliche rezente Publikationen von Nestor Kapusta, Gernot Sonneck, Martin Voracek, Elmar Etzersdorfer, Lisa Loibl, Kanita Dervic, Thomas Niederkrotenthaler, Kristina Ritter, Thomas Stompe u.a. hinzuweisen, die sich u.a. den Themen Kinder- und Jugendsuizide, Alterssuizide, Auswirkungen der Zugänglichkeit zu Suizidmitteln, Zusammenhang des psychosozialen und medizinischen Versorgungsgrades mit den Suizidraten, Stadt-Land-Differenzen der Suizidraten, Auswirkungen von medialer Berichterstattung auf die Suizidhäufigkeit, Auswirkungen kollektiver Einstellungen zu Suizid, sowie der Untersuchung der Bedeutung genetischer und ökologischer, ja sogar – mit negativem Ergebnis – astronomischer Faktoren widmen.⁴⁹

⁴⁶ Österreich hat in der internationalen Suizidforschung allgemein eine durchaus prominente Stellung, und zwar seit den in vielem wegweisenden Arbeiten Erwin Ringels ab den 1950er Jahren.

⁴⁷ Vgl. eine Liste mit weit über 100 Publikationen der letzten 10 Jahre: <http://www.suizidforschung.at>

⁴⁸ Nestor Kapusta, Aktuelle Daten und Fakten zur Zahl der Suizide in Österreich 2009, Wien 2010; Nestor Kapusta, Aktuelle Daten und Fakten zur Zahl der Suizide in Österreich 2010; Wien 2011; Nestor Kapusta, Aktuelle Daten und Fakten zur Zahl der Suizide in Österreich 2011; Wien 2012 (Online abrufbar auf: www.suizidforschung.at).

⁴⁹ Vgl. bes. Kanita Dervic et al., Suicide among Viennese minors, 1946-2002. In: Wiener klinische Wochenschrift, 118 (2006), S. 152-159; Elmar Etzersdorfer, Nestor Kapusta, Gernot Sonneck, Suicide by shooting is correlated to rate of gun licenses in Austrian counties. In: Wiener Klinische Wochenschrift 118 (2006), 464-468; Nestor Kapusta, Elmar Etzersdorfer, Gernot Sonneck, Trends in suicide rates of the elderly in Austria, 1970-2004: an analysis of changes in terms of age groups, suicide methods and gender. In: International Journal of Geriatric Psychiatry, 22/5 (2007), S. 438-444; Nestor Kapusta et al., Availability of mental health service providers and suicide rates in Austria: a nationwide study. In: Psychiatric Services 61/12 (2010), S. 1198-1203; Benjamin Vyssocki et al., Inpatient treatment of major depression in Austria between 1989 and 2009: impact of downsizing of psychiatric hospitals on admissions, suicide rates and outpatient psychiatric service. In: Journal of Affective Disorders 133 (2011), S. 93-96; Nestor Kapusta et al. Influence of Psychotherapist Density and Antidepressant Sales on Suicide Rates. In: Acta Psychiatrica Scandinavica 119 (2009), S. 236-242; Nestor

Auch die Salzburger Suizid-Forschungsgruppe an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität um Reinhold Fartacek hat wichtige Beiträge zur Erforschung des Suizids in Österreich geliefert, wobei hier epidemiologisch bedeutensame Arbeitsschwerpunkte u.a. in den Zusammenhängen von Suizidalität und sexueller Orientierung sowie Suizidrisiko bei schweren und chronischen psychischen Erkrankungen einerseits, bei Anpassungsstörungen andererseits liegen.⁵⁰

In Tirol wiederum wurde unter der Leitung von Christian Haring in den letzten Jahren insbesondere die Umsetzung des österreichweiten Suizidpräventionsplans vorangetrieben, in welchem Kontext in bundesländer-übergreifender Zusammenarbeit mehrere zentrale Publikationen zur aktuellen Epidemiologie der Selbsttötung in Österreich entstanden sind: Neben der Publikation der erwähnten, aktualisierten Suizidpräventionsplans selbst (Akronym: SUPRA) im Jahr 2011⁵¹ sei hier insbesondere auf die Arbeiten im Rahmen der WHO-multicentre-Studie zu suizidalem Verhalten sowie des europaweiten Suizidpräventions-Forschungsprogramms SEYLE sowie auf die Herausgabe mehrerer Österreich-Schwerpunktnummern in einschlägigen Journalen hingewiesen.⁵² Darüber hinaus betreiben an

Kapusta et al., Rural-urban differences in Austrian suicides. In: *Social Psychiatry und Psychiatric Epidemiology* 43 (2008), S. 311-318; Thomas Niederkrotenthaler et al., The role of media reports in completed and prevented suicide—Werther versus Papageno effects. *British Journal of Psychiatry* (197) 2010, S. 234-243; Kristina Ritter, Thomas Stompe, Die Akzeptanz von Suizidmotiven – ein Schlüssel zu den Unterschieden nationaler Suizidraten? *Neuropsychiatrie* 22 (2008), S. 1-8; Gernot Sonneck et al., Suizid des alten Menschen. In: *Österreichische Ärztezeitung* 11/6 (2006), S. 31-48; Martin Voracek et al., Consistency of immigrant suicide rates in Austria with country-of-birth suicide rates: A role for genetic risk factors for suicide? In: *Psychiatry Research* 170 (2009), S. 286-289; Martin Voracek et al., Not carried away by a moonlight shadow: No evidence for associations between suicide occurrence and lunar phase among more than 65,000 suicide cases in Austria, 1970-2006. In: *Wiener Klinische Wochenschrift*, 120 (2006), S. 343-349.

⁵⁰ Vgl. Martin Plöderl, Sexuelle Orientierung, psychische Gesundheit und Suizidalität. Weinheim 2005; Martin Plöderl, Reinhold Fartacek, Suicidality and associated risk factors among lesbian, gay, and bisexual compared to heterosexual Austrian adults. In: *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35 (2005), S. 661-670; Martin Plöderl, Reinhold Fartacek, Childhood gender nonconformity and childhood harassment as predictors of suicidality among gay, lesbian, bisexual, and heterosexual Austrians. In: *Archives of Sexual Behavior*, 38/3 (2009), S. 400-410; Karl Kralovec et al., Die Rolle von Religion und Religiosität in der Suizidologie. In: *Psychiatrie und Psychotherapie*, 1 (2009) 17-20; Martin Plöderl et al., Aggressivität, Impulsivität und die Entscheidung zu einer Suizidmethode. In: *Suizidprophylaxe*, 140 (2010) 3-7; Martin Plöderl, Gregor Faistauer, Reinhold Fartacek, The contribution of schools to the feeling of acceptance and the risk of suicide attempts among Austrian gay and bisexual males. *Journal of Homosexuality*, 57 (2010), S. 819-841; Karl Kralovec et al., Religion and suicide risk in lesbian, gay, and bisexual Austrians. In: *Journal of Religion and Health* 2012; Doi: 10.1007/s10943-012-9645-2.

⁵¹ Christian Haring et al., SUPRA – Suizidprävention Austria. Wien 2011.

⁵² *Neuropsychiatrie* 26/3 (2012); *Suizidprophylaxe* 39/2 (2012); Dirk Dunkel et al., Suicidal Behavior in Austria. In: Armin Schmidtke et al. (Hg.), *Suicidal behaviour in Europe: Results from the WHO/Euro multicentre study on suicidal behavior*. Bern 2004, S. 113-122; Armin Schmidtke et al., Sociodemographic characteristics of suicide attempters in Europe. In: Armin Schmidtke et al. (Hg.),

der Medizinischen Universität Innsbruck Hartmann Hinterhuber und Eberhard Deisenhammer mit MitarbeiterInnen fruchtbare Forschungen u.a. zu Suizidalität im stationären Bereich sowie zu Migration als Einflussfaktor auf suizidales Verhalten.⁵³

Für die Steiermark selbst sind schließlich, neben der erwähnten, ersten umfassenden epidemiologischen Suizidstudie des Autors aus dem Jahr 2007, auf mehrere rezentere Aufsatzpublikationen des Verfassers zu erwähnen, die sich ebenfalls vorrangig sozialen Aspekten des Suizidgeschehens widmen;⁵⁴ weiters Studien, die von Hans-Peter Kapfhammer, Human-Friedrich Unterrainer u.a. an der Medizinischen Universität Graz betrieben werden, und neben biologischen und psychopathologischen Aspekten von Suizidalität auch soziokulturelle und epidemiologische Fragestellungen betreffen.⁵⁵

Suicidal behaviour in Europe: Results from the WHO/Euro multicentre study on suicidal behavior. Bern 2004, S. 29-43; Camilla Wasserman et al., Suicide prevention for youth--a mental health awareness program: lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study. In: BMC Public Health 9/12 (2012).

⁵³ Vgl. Eberhard Deisenhammer et al., Ethnic and migrational impact on the clinical manifestation of depression. In: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 47 (2012), S. 1121-1129, Eberhard Deisenhammer et al., The duration of the suicidal process. How much time is left for intervention between consideration and accomplishment of a suicide attempt? In: Journal of Clinical Psychiatry 70 (2009), S. 19-24.

⁵⁴ Carlos Watzka, Soziale Bedingungen von Selbsttötungen in Österreich. Eine Übersicht zu Risiko- und Schutzfaktoren. In: Neuropsychiatrie 26 (2012), S. 95-102; Carlos Watzka, Eine Frage der Erreichbarkeit. Soziologische Befunde zu Ausbaugrad und Angebotsstrukturen von Suizidprävention und Krisenintervention in Österreich. In: Suizidprophylaxe. Theorie und Praxis 39, Heft 2 (2012), S. 69-75; Carlos Watzka, Zur Suizidstatistik für Österreich 2000-2009. In: Kurzberichte des Instituts für Suizid-Prävention und -Forschung 2/1 (2010), S. 1-8; Carlos Watzka, Zum Suizidgeschehen in Österreich 2001-2008. In: Kurzberichte des Instituts für Suizid-Prävention und -Forschung 1/1 (2009), S. 1-4; Carlos Watzka, Thomas Hutsteiner, Josef Missethon, Stand und Perspektiven der Suizidprävention in Österreich. ExpertInnenbefragung zur Sicht von PsychotherapeutInnen, PsychologInnen und ÄrztInnen [Onlinepublikation 2009].

⁵⁵ Giancarlo Giupponi et al., The association between suicide and the utilization of mental health services in South Tirol, Italy: A psychological autopsy study. In: International Journal for Social Psychiatry 60/1 (2014), S. 30-39; Human-Friedrich Unterrainer, Hans-Peter Kapfhammer, Religious/spiritual well-being in mentally ill persons II: The development of a short scale and comparison scores for clinical psychiatric groups and healthy controls. In: Neuropsychiatrie 28/2 (2014), S. 49-55, Human-Friedrich Unterrainer et al., Religious/spiritual well-being in mentally ill persons: a comparison of anxious/depressives, addicts and healthy controls. In: Neuropsychiatrie 27/4 (2013), S. 172-179; Human-Friedrich Unterrainer, Andrew Lewis, Andreas Fink, Religious/Spiritual well-being, personality and mental health: a review of results and conceptual issues. In: Journal for Religion and Health 51/2 (2012).