



Masterarbeit

## Die Rolle der Suizidprävention in der Primärversorgung

Eingereicht von

**Kerstin Rieger, BSc**

zur Erlangung des Akademischen Grades

Master of Public Health

an der

**Medizinischen Universität Graz**

Universitätslehrgang Public Health

Betreuung:

Mag.<sup>a</sup> Gerlinde Rohrauer-Näf, MPH

Graz, Jänner 2022

## Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

## Abstract

**Background:** In 2018 950 men and 259 women died because of suicide in Austria. This shows a suicide rate of 23,4 per 100.000 inhabitants for men and 5,5 per 100.000 inhabitants for women. Deaths, which could be prevented. 77 % of the people, which died by suicide, are visiting their general practitioner in the year bevor they die. Consequently, general practitioners play an important role in suicide prevention.

**Aim:** The aim of this master thesis is to determine potential influencing factors on suicidality, which could be realized by general practitioners in primary health care centres. Furthermore, international concepts for suicide prevention in primary health care centres should be identified and consequential approaches for suicide prevention in Austrian primary health care centres should be derived.

**Methods:** To give a summary of this topic a detailed literature research should be done. In the empirical part of this master thesis approaches for greater involvement of suicide prevention in Austrian primary health care centres should be identified by interviewing experts, which is a qualitative method. Based on the transcribed interviews a content analysis should be done.

**Results:** Physical handicap, mental illness and crisis in patients' life are influencing factors for suicidality, which could be realized by general practitioners in primary health care centres. Increased networking between organisations for suicide prevention and training programs for general practitioners and health care workers are important approaches for suicide prevention in Austrian primary health care centres.

**Discussion:** To increase the offer of training programs for general practitioners and health care workers is what should be done in Austria. Furthermore, suicide prevention and psychosocial health should be more integrated in providing concepts. Moreover, general practitioners should be sensitized to their important role in suicide prevention.

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Im Jahr 2018 nahmen sich in Österreich 950 Männer und 259 Frauen das Leben. Daraus ergibt sich eine Suizidrate von 23,4 pro 100.000 EW bei Männern und 5,5 pro 100.000 EW bei Frauen. Todesfälle, die vermieden werden können. 77 % der Menschen, die einen Suizid begehen suchen im Jahr vor der Tat den Kontakt zu ihrem\*r Hausarzt\*Hausärztin. Somit nehmen Hausärzt\*innen eine zentrale Rolle bei der Behandlung von Suizidalität ein.

**Ziel der Arbeit:** Diese Arbeit hat zum Ziel, mögliche Einflussfaktoren auf Suizidalität, die in einem PVE erkannt werden können zu erfassen und Konzepte, die international Anwendung in der Suizidprävention im Setting Primärversorgung oder Allgemeinmedizin finden, zu identifizieren und daraus Ansatzpunkte für Suizidprävention in österreichische PVEs abzuleiten.

**Methoden:** Anfangs soll eine ausführliche Literaturrecherche zum Thema Suizidprävention durchgeführt werden, um einen Überblick über dieses Thema zu erhalten. Im empirischen Teil soll durch qualitative Experten\*inneninterviews Ansatzpunkte für die stärkere Einbindung der Suizidprävention in die Primärversorgung identifiziert werden. Auf Basis der transkribierten Interviews wird im nachfolgenden Schritt eine inhaltliche Analyse durchgeführt.

**Resultate:** Körperliche Einschränkungen, psychische Vorerkrankungen und Krisen im Leben der Patient\*innen stellen Einflussfaktoren auf Suizidalität dar, welche im PVE von Allgemeinmediziner\*innen erkannt werden können. Eine stärkere Vernetzung zwischen suizidpräventiven Organisationen, sowie die Schulung von Allgemeinmediziner\*innen und dem Gesundheitspersonal stellen Ansatzpunkte für die Umsetzung von Suizidprävention in österreichischen PVEs dar.

**Diskussion:** Der Ausbau des Schulungsangebotes, sowohl für Ärzt\*innen, aber auch für alle die als Gatekeeper zum Einsatz kommen könnten, sollte in Österreich weiter forciert werde. Außerdem sollte Suizidprävention, sowie psychosoziale Gesundheit, stärker in das Versorgungskonzept der PVEs einfließen. Des Weiteren sollten Hausärzt\*innen in PVEs auf ihre wichtige Funktion, die sie in der Suizidprävention einnehmen könnten, hingewiesen werden.

## Abkürzungsverzeichnis

BSS	Beck Scale for Suicide Ideation
CASE	Chronological Assessment of Suicide Events
DSI-SS	Depressive Symptom Inventory – Suicidality Subscale
ERSI	Estonian-Swedish Mental Health and Suicidology Institute
EW	Einwohner
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NASP	National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health
NaSPro	Nationales Suizidpräventionsprogramm
ÖGS	Österreichische Gesellschaft für Suizidprävention
PCMH	Patient centered medical homes
PrimVG	Primärversorgungsgesetz
PRISM	Pictural Representation of Illness Self Measure
PRISM-S	Pictural Representation of Illness Self Measure – Suicidality
PSN	Psychosoziales Netzwerk
PVE	Primärversorgungseinrichtung
PVZ	Primärversorgungszentrum
QPR	Question, Persuade, Refer
SPA	Österreichischer Suizidpräventionsplan
SUPRA	Suizidprävention Austria

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung .....	1
1.1	Problemstellung.....	1
1.2	Zielsetzung und Forschungsfrage .....	1
1.3	Methodik und Vorgehensweise .....	2
2	Suizid und Suizidprävention .....	3
2.1	Definitionen .....	3
2.2	Epidemiologie.....	3
2.3	Einflussfaktoren auf suizidale Handlungen.....	7
2.3.1	Körperliche Einschränkung .....	8
2.3.2	Psychische Vorerkrankungen .....	10
2.3.3	Krisen .....	11
2.3.4	Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen .....	13
2.4	Suizidprävention.....	14
2.5	Suizidprävention in Österreich am Beispiel der Region Obersteiermark ..	17
2.5.1	SUPRA .....	17
2.5.2	Dachverband der Sozialpsychiatrischen Vereine und Gesellschaften Steiermark.....	19
2.5.3	Go-On Suizidprävention Steiermark .....	19
2.5.4	Psychosoziales Netzwerk .....	19
3	Primärversorgung.....	21
3.1	„Das Team rund um den Patienten“ .....	21
3.2	Aufgaben und Kompetenzen.....	22
4	Suizidprävention in der Primärversorgung .....	24
4.1	Internationale Beispiele .....	27
4.1.1	Deutschland.....	27

4.1.2	Estland.....	29
4.1.3	Schweden.....	29
4.1.4	Großbritannien.....	31
4.1.5	Niederlande .....	33
4.1.6	Frankreich.....	34
4.1.7	Schweiz .....	35
4.1.8	USA .....	36
4.2	Derzeitige Situation in Österreich.....	38
5	Empirischer Teil.....	40
5.1	Datenerhebung.....	40
5.2	Datenaufbereitung.....	41
5.3	Datenanalyse .....	42
6	Ergebnisse .....	44
6.1	Arbeit mit suizidalen Patient*innen .....	44
6.2	Einflussfaktoren auf suizidale Neigungen.....	45
6.3	Chancen des PVEs gegenüber einer Hausarztpraxis .....	46
6.4	Suizidprävention im PVE.....	47
6.5	Vernetzung mit relevanten Organisationen .....	48
6.6	Bildungsangebote für Allgemeinmediziner*innen/Gesundheitspersonal .	49
6.7	Wünsche und Verbesserungsvorschläge .....	50
7	Diskussion.....	51
8	Literaturverzeichnis .....	viii
9	Abbildungsverzeichnis.....	xvi
10	Tabellenverzeichnis.....	xvii
11	Anhang.....	xviii

# 1 Einleitung

## 1.1 Problemstellung

*„Gibt es in Ihrer derzeitigen schwierigen Situation auch Gedanken an den Tod?“*

Eine Frage, die frühzeitig im richtigen Moment gestellt, Leben retten kann. Jeder begangene Suizid nimmt die Rolle eines tragischen Ereignisses ein. Nicht nur auf persönlicher Ebene der verstorbenen Person, sondern auch in deren Umfeld. Familien, Freundeskreis und Gemeinschaften werden vom selbstgewählten Tod eines nahestehenden Menschen dramatisch beeinflusst. Im Jahr 2018 nahmen sich in Österreich 950 Männer und 259 Frauen das Leben (BMSGPK, 2020). Daraus ergibt sich eine Suizidrate von 23,4 pro 100.000 EW bei Männern und 5,5 pro 100.000 EW bei Frauen. Todesfälle, die vermieden werden können. 77 % der Menschen, die einen Suizid begehen suchen im Jahr vor der Tat den Kontakt zu ihrem\*r Hausarzt\*Hausärztin (Luoma, et al., 2002). Somit nehmen Hausärzt\*innen eine zentrale Rolle bei der Behandlung von Suizidalität ein. Die Patient\*innen sind oft über einen längeren Zeitraum bekannt und dadurch kann der\*die Hausarzt\*Hausärztin körperliche und psychische Symptomaten richtig einordnen. In weiterer Folge wird somit eine Gefährdung rechtzeitig erkannt. Außerdem arbeiten in PVEs unterschiedliche Gesundheitsberufe zusammen. Folglich liegt es nahe, die Primärversorgung stärker in die Suizidprävention einzubinden.

In den österreichischen Gesundheitszielen ist die Förderung psychosozialer Gesundheit im Ziel Nummer 9 verankert (BMGF, 2012). Dadurch soll das Bewusstsein für psychische Erkrankungen verbessert und somit Ausgrenzungen und Vorurteilen entgegengesteuert werden.

## 1.2 Zielsetzung und Forschungsfrage

Aus den oben angeführten Erläuterungen geht hervor, dass es zur Identifizierung von Maßnahmen, um die Primärversorgung stärker in die Suizidprävention einzubauen, zuerst einer Problemanalyse und einer genauen Betrachtung des Settings und der Determinanten bedarf. Diese Arbeit hat zum Ziel, mögliche Einflussfaktoren, die in einem PVE erkannt werden können zu erfassen und Konzepte, die international Anwendung in der Suizidprävention im Setting

Primärversorgung oder Allgemeinmedizin finden, zu identifizieren und daraus Ansatzpunkte für Suizidprävention in österreichische PVEs abzuleiten.

Im Rahmen dieser Masterarbeit sollen folgende Fragestellungen beantwortet werden:

- *Gibt es Einflussfaktoren auf suizidale Handlungen, die im PVE erkannt werden können und an denen Suizidprävention im Setting PVE ansetzen kann?*
- *Welche Möglichkeiten suizidpräventiv tätig zu werden, gibt es für Allgemeinmediziner\*innen im PVE?*

### 1.3 Methodik und Vorgehensweise

Im ersten Teil soll eine ausführliche Literaturrecherche zum Thema Suizidprävention durchgeführt werden, um einen Überblick über Konzepte, die international Anwendung finden, zu erhalten. Das Hauptaugenmerk soll auf Schulungen für Allgemeinmediziner\*innen und Gatekeeper gelegt werden. Des Weiteren wird die Ist-Situation der Suizidprävention in Österreich erörtert. Der darauffolgende empirische Teil soll die Verknüpfung zwischen Theorie und Praxis darstellen. Dies wird durch qualitative Experten\*inneninterviews bewerkstelligt. Hierbei sollen Ansatzpunkte für die stärkere Einbindung der Suizidprävention in die Primärversorgung identifiziert werden. Ferner soll herausgefunden werden, welche Vorteile PVEs gegenüber herkömmlichen Hausarztpraxen im Hinblick auf Suizidprävention bieten und welche Rolle Suizidprävention in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Allgemeinmediziner\*innen spielt. Auf Basis der transkribierten Interviews wird im nachfolgenden Schritt eine inhaltliche Analyse durchgeführt. Durch das gewählte Vorgehen soll zum einen kontrolliert werden, ob die Fragestellungen durch die Ergebnisse beantwortet wurden und zum anderen, ob die Schlussfolgerungen am aktuellen Forschungsstand ansetzen. Im letzten Teil erfolgt eine Diskussion der erzielten Resultate.

## 2 Suizid und Suizidprävention

### 2.1 Definitionen

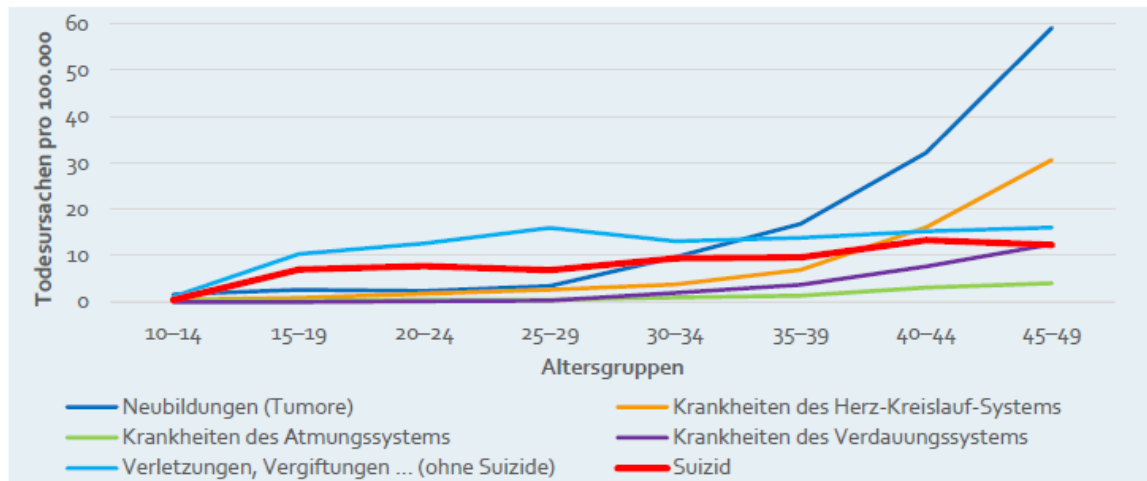
Suizidalität stellt ein vielschichtiges Themengebiet dar, das ein breites Spektrum menschlichen Denkens, menschlicher Erlebnisse und Handlungen umfasst: Angefangen vom Suizidgedanken, der als „Erleichterung“ in der akuten Überwältigungsreaktion nach einem traumatischen Erlebnis empfunden wird, bis hin zur klaren Vorbereitung der suizidalen Handlungen – wofür es schließlich keine einheitliche Definition gibt (Gerngroß, 2020b, S. 14).

Zum Thema Suizid können unterschiedliche Quellen zur Begriffserklärung verwendet und dementsprechend unterschiedliche Definitionen gefunden werden. Zum besseren Verständnis soll an dieser Stelle dennoch versucht werden, die folgenden Begriffe genauer zu definieren: Suizid, Suizidversuch, Suizidalität und suizidales Verhalten:

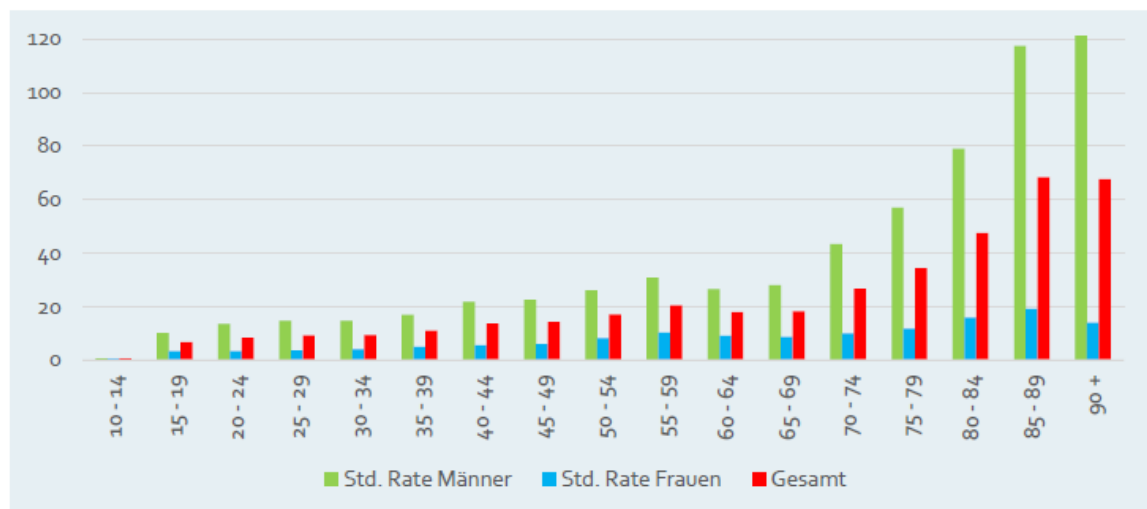
- Suizid: Akt der Bewussten Selbsttötung (World Health Organization, 2014, S. 14)
- Suizidversuch: jegliches nicht-tödliches suizidales Verhalten, bezieht sich auf bewusst selbstzugefügte Vergiftungen, Verletzungen und jede andere Selbstschädigung, die einen tödlichen Ausgang haben kann (World Health Organization, 2014, S. 14)
- Suizidalität, suizidales Verhalten: Verhaltensweisen, zu denen „konkrete und unkonkrete Suizidgedanken“, Suizidpläne, Suizidversuche und der Suizid selbst gehören (World Health Organization, 2014, S. 14)

### 2.2 Epidemiologie

In Österreich nahmen sich im Jahr 2018 1.209 Menschen das Leben, 950 Männer und 259 Frauen (BMSGPK, 2020). Daraus ergibt sich eine Suizidrate von 23,4 pro 100.000 EW bei Männern und 5,5 pro 100.000 EW bei Frauen. Suizid stellt vor allem in der Altersgruppe der unter 50-Jährigen eine der häufigsten Todesursachen dar. In der Gruppe der 15- bis 29-Jährigen sogar die zweithäufigste. Dies gilt sowohl für Männer als auch für Frauen (siehe Abbildung 1).



Des Weiteren lässt sich beobachten, dass die Anzahl der Suizide mit dem Alter zunimmt. Vergleicht man den Durchschnitt der Suizidraten der Jahre 2014 - 2018 lässt sich feststellen, dass das Suizidrisiko der Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen fast zweieinhalbmal und jenes der 85- bis 89-Jährigen fast fünfmal so hoch ist wie das Suizidrisiko der Durchschnittsbevölkerung (siehe Abbildung 2).



Anzumerken ist, dass die Suizidzahlen in Österreich seit dem Jahr 1986 kontinuierlich sinken. Im Jahr 1986 nahmen sich 2.139 Personen das Leben, das entspricht einer standardisierten Rate von 32,4 pro 100.000 EW (Kapusta, 2011). Mit dem Einsetzen der Weltwirtschaftskrise im Jahr 2008 verlangsamte sich der Rückgang. 2008 betrug die Suizidrate 17,1 pro 100.000 EW, 2018 schlug sich die

Anzahl der Selbsttötungen mit 14,4 pro 100.000 EW nieder. Vergleicht man die relativen Suizidzahlen der Jahre 1986 und 2018 lässt sich dennoch ein Rückgang von 55 % feststellen (BMSGPK, 2020).

Unterschiede an der Anzahl an Suiziden lassen sich auch auf Bundesländerebene feststellen. Die Steiermark und Kärnten weisen die höchsten Zahlen auf. Wien, Vorarlberg und das Burgenland die niedrigsten, wobei insbesondere Wien, das Umland von Wien, Osttirol und das nördliche Burgenland signifikant niedrigere Suizidraten aufzeigen als der österreichische Durchschnitt (Kapusta, 2011).

Ferner ist die Anzahl der an Suizid Verstorbenen drei Mal höher als die der Verkehrstoten. Im Jahr 2018 verstarben in Österreich 409 Menschen im Zuge eines Verkehrsunfalls (Statistik Austria, 2021). Der Höchstwert der Verkehrstoten wurde im Jahr 1973 mit 3.039 Unfallopfern erreicht (Kapusta, 2011). Seit diesem Zeitpunkt ging die Anzahl der Verkehrstoten kontinuierlich zurück. Dieser Rückgang hängt mit einer Vielzahl gesetzlicher Maßnahmen, wie dem Einführen eines Tempolimits auf Bundesstraßen und Autobahnen, der Gurtpflicht oder der Alkoholobergrenze von 0,5 ‰ zusammen. Im Gleichen Zeitraum veränderte sich die Anzahl der an Suizid Verstorbenen nur gering von 1.651 im Jahr 1973 auf 1.209 in 2018 (Kapusta, 2011; Statistik Austria, 2021). Auch in diesem Falle lässt sich ein Zusammenhang mit präventiven Schritten, wie der Einführung der Medienrichtlinien 1987 oder der Änderung des Waffengesetzes 1997 feststellen (Kapusta, 2011).

Nicht außer Acht gelassen werden darf das Problem der Dunkelziffer bei Suiziden. Wolfersdorf und Etzersdorfer stellen dar, dass die Dunkelziffer schwer zu erfassen ist (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011, S. 38). Es liegt nahe, dass viele tödliche Unfälle aus der Absicht zur Selbsttötung herbeigeführt werden, wie zum Beispiel Unfälle von Geisterfahrer\*innen oder der Tod eines drogenabhängigen Menschen nach einer Überdosis (Gerngroß, 2020b, S. 26). Somit ist die Zahl an Suizidversuchen nur schwer einschätzbar, da sie weder veröffentlicht werden noch meldepflichtig sind.

Aus dem Health at a Glance Report 2020 der OECD geht hervor, dass die Suizidrate in Österreich im Vergleich mit anderen EU-Staaten über dem Durchschnitt liegt. In den Staaten der europäischen Union nahmen sich 2017 mehr als 48.000 Menschen das Leben, woraus sich eine standardisierte Suizidrate von 11 pro 100.000 EW

ergibt (OECD/European Union, 2020). Wie in Abbildung 3 ersichtlich, weisen Zypern, Griechenland, Italien und Malta mit einer Suizidrate von weniger als 6 pro 100.000 EW die niedrigste Anzahl an Suiziden auf. Die höchsten Suizidraten findet man in Litauen und Slowenien mit 26 bzw. 20 Suiziden pro 100.000 EW. Männer ab dem 45. Lebensjahr weisen ein erhöhtes Risiko durch Suizid zu sterben auf. Drei Viertel der gesamten Suizide in der EU entfallen auf diese Risikogruppe (OECD/European Union, 2020).

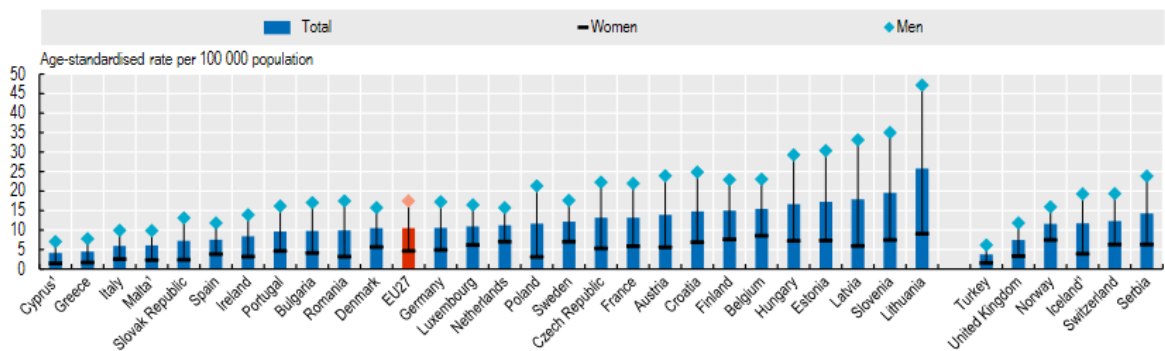


Abbildung 3: Suizidraten in Europa, 2017 (OECD/European Union, 2020)

Weltweit zählt Suizid zu den zehn häufigsten Todesursachen und wurde seitens der WHO als weltgesundheitsliches Problem definiert. Im Zuge dessen wurde der Mental Health Action Plan ins Leben gerufen. Im Zeitraum zwischen 2012 und 2020 sollte die Anzahl der Suizide weltweit um 10 % gesenkt werden (World Health Organization, 2013). 2021 wurde darauf aufbauend der Comprehensive Mental Health Action Plan veröffentlicht (World Health Organization, 2021). Eine Maßnahme des Mental Health Action Plans stellt die Früherkennung und in weiterer Folge die Behandlung von psychischen Problemen und der Suizidneigung dar. Unter anderem soll dies durch die Schulung von Gesundheitspersonal bewerkstelligt werden. Speziell sollen Fähigkeiten zur Erkennung von psychischen Erkrankungen und zur Anwendung von evidenzbasierten und kulturell angepassten Interventionen vermittelt werden (World Health Organization, 2013). Dies deckt sich mit dem Ziel Nummer 8 „Psychosoziale Gesundheit fördern“ der österreichischen Gesundheitsziele (BMGF, 2012). Dieses soll unter anderem durch eine umfassende und bedarfsgerechte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörigen erreicht werden.

### 2.3 Einflussfaktoren auf suizidale Handlungen

Laut Sonneck *et al.* gelten Menschen als „suizidgefährdet“, wenn deren Risiko zu suizidalem Verhalten höher ist als jenes der Normalbevölkerung (Sonneck, 2016, S. 160) Unterschiedliche Faktoren führen dazu, dass ein Mensch einer gedanklichen Auseinandersetzung suizidale Handlungen folgen lässt. Beschrieben wird ein „bewusst psychoreaktiver Zusammenhang“ zwischen einer Vorstellung von Suizid und dem Todeswunsch, beeinflusst durch Umstände aus dem Beziehungs- und Arbeitsbereich, die als narzisstische Kränkungen oder existenzielle Bedrohungen wahrgenommen werden (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011, S. 64). Hinzu kommt die spezifische Wahrnehmung, die von Depressivität, Verzweiflung, Angst, Hoffnungslosigkeit und fehlenden Perspektiven geprägt ist. Suizidalität kann als vielschichtiges Geschehen angesehen werden, das immer aus einer Interaktion zwischen Risiko- und Schutzfaktoren besteht. Somit lässt das Vorhandensein einiger Risikofaktoren nicht bedingt auf eine Suizidgefährdung rückschließen. Faktoren, die das Risiko einer suizidalen Handlung erhöhen, können folgende sein (Gerngroß, 2020b, S. 36ff):

- Vorliegen einer psychischen Erkrankung
- Ernsthafte körperliche Erkrankung
- Verluste, Trennung, Tod eines geliebten Menschen
- Frühere Suizidversuche
- Suizide und Suizidversuche in der Familie
- Erleben von Traumatisierungen
- Entlassung aus psychiatrischer Behandlung
- Männliches Geschlecht
- Migrationshintergrund
- Höheres Alter
- Angehörigkeit zu einer sexuellen Minderheit

Es wird angenommen, dass 30 % aller Suizide von Menschen mit Depressionen getätigt werden. Dieser Prozentsatz lässt sich auf 50 % anheben, wenn Depression nicht im engeren Sinne als Krankheitsbild betrachtet wird, sondern auch als unspezifisch affektiver Gefühlszustand. Von Alkohol-, Medikamenten- und

Drogenabhängigen wird ein weiteres Drittel aller Suizide unternommen. Etwa 40 % der Suizide entfallen auf die Gruppe der über 60-Jährigen (Sonneck, 2016, S. 161).

### 2.3.1 Körperliche Einschränkung

Sowohl eine schwere Erkrankung, aber auch das zunehmende Alter kann für eine Person eine körperliche Einschränkung bedeuten. Körperlichen Erkrankungen, allen voran neurologische Erkrankungen mit chronischem Verlauf und fortschreitender Beeinträchtigung (zum Beispiel Epilepsie, Schlaganfall, Multiple Sklerose, Morbus Huntington, Morbus Parkinson), HIV-Infektionen, Krebserkrankungen und terminale Niereninsuffizienzen können einen Hinweis auf eine erhöhte Suizidgefahr liefern (Gmeiner & Peer, 2020, S. 194).

Eine besondere Gruppe stellen krebserkrankte Patient\*innen dar. Eine Studie aus Norwegen kommt zum Schluss, dass krebserkrankte Männer eine um 55 % und krebserkrankte Frauen eine um 35 % erhöhte Suizidwahrscheinlichkeit im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung aufweisen (Hem, et al., 2004). Eine weitere Studie aus den USA zeigt ebenso, dass eine Krebsdiagnose einen Einfluss auf die Suizidalität hat (Misono, et al., 2008). Misono *et al.* postulieren, dass das Suizidrisiko von Krebspatient\*innen von weiteren Faktoren, wie zum Beispiel Alter und Geschlecht, der Lokalisation des Tumors oder dem Zeitpunkt der Diagnosestellung abhängt (Misono, et al., 2008). Männer über 65, sowie Patient\*innen mit Colon- oder Rektumkarzinomen, Prostatakarzinomen oder Krebsarten des HNO-Bereichs, weisen das höchste Risiko auf, einen Suizid zu begehen. Des Weiteren ist die Suizidalität im ersten Jahr nach der Diagnosestellung am höchsten. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen auch Vyssoki *et al.*, die Suizidraten von Krebskranken in Österreich untersuchten. Demnach haben Patient\*innen mit Krebserkrankungen ein durchaus höheres Suizidrisiko als die Normalbevölkerung, wobei Männer eine besondere Risikogruppe darstellen (Vyssoki, et al., 2015).

Körperlich kranke Menschen, die eine geringe oder fehlende Aussicht auf Heilung haben, gelten als besonders suizidgefährdet (Gmeiner & Peer, 2020, S. 194ff). Mögliche Gründe für die Auseinandersetzung mit Suizid stellen unterschiedliche Ängste dar, wie zum Beispiel die Angst, die Situation nicht auszuhalten oder mit der Behandlung nicht zurechtzukommen, die Angst vor Autonomieverlust und

schwindender Kontrolle, die Angst vor dem Verlust sozialer Beziehungen, sowie die Angst vor dem Sterbeprozess und dem Tod (Gmeiner & Peer, 2020, S. 196ff).

Wie zuvor bereits beschrieben, nimmt die Suizidalität im Alter zu. Vor allem betroffen sind Männer über 75 Jahren. Die Kombination der Faktoren hohes Alter und Vereinsamung stellt ein wesentliches Suizidrisiko dar. Mit dem Alter verschlechtert sich zunehmend der Gesundheitszustand. Schlecht therapierter Schmerz, sensorische Störungen, Mobilitäts- und Funktionsverlust und die damit verbundene zunehmende Pflegebedürftigkeit sind die häufigsten Gründe für Suizid. Alterssuizide stehen aber nicht nur in Verbindung mit schwerer psychischer oder körperlicher Erkrankung, sondern auch mit der Belastung, die mit Isolation, Übersiedlung, Verlust von Vertrautem und fehlender Perspektive einhergeht (Gmeiner & Peer, 2020, S. 191).

Das Verhältnis Suizid zu Suizidversuch ist in der Gruppe der älteren Menschen mit 1:1,5 deutlich höher als in jüngeren Altersgruppen (Altenhöfer, 2007). Das liegt daran, dass ältere Menschen eher zu effektiveren Suizidmethoden greifen. Schmidtke *et al.* postulieren, dass in der Gruppe der über 60-Jährigen das Erhängen die Hauptsuizidmethode darstellt und bestätigen, dass ältere Menschen zu „härteren“ Suizidarten greifen (Schmidtke, et al., 2008). Hier spielt auch das Vorhandensein von Schusswaffen eine wichtige Rolle. Steht eine Schusswaffe zur Verfügung, handelt es sich beim Erschießen um eine Tat, die sich sehr schnell umsetzen lässt. Ein solches Vorhaben erzeugt bei vielen Menschen geringere zu überwindende Hemmungen als andere Methoden, die mit Vorstellungen eines möglicherweise langsamen, quälenden Todes assoziiert sind (Erhängen, Vergiften, Ertränken etc.) und/oder eine noch unmittelbarere Gewaltanwendung gegen sich selbst erfordern (Erstechen, Ersticken etc.) (Watzka, 2021).

Ferner dürfen Suizid und Suizidversuche durch Unterlassungshandlungen wie Verweigerung der Flüssigkeitsaufnahme, Nahrung und Medikamenten oder die Falscheinahme von Medikamenten nicht außer Acht gelassen werden (Schmidtke, et al., 2008).

Hier kann die Primärversorgung eine Rolle in der Suizidprävention einnehmen, da sie mit den Risikogruppen der schwer erkrankten und älteren Menschen im regelmäßigen Kontakt steht. Das Screening für eine mögliche Suizidneigung, eine

adäquate Behandlung der Symptome, sowie die Empfehlung psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen, zählen zu den Ansatzpunkten der Primärversorgung, um suizidpräventiv tätig zu sein (Rogers, et al., 2021).

### 2.3.2 Psychische Vorerkrankungen

Psychische Erkrankungen stellen ein Risiko für einen Suizid dar. Durch psychologische Autopsie-Studien lässt sich der Zusammenhang zwischen psychischer Erkrankung und Suizid untersuchen. Retrospektiv wird durch Befragung von Hinterbliebenen, behandelnden Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen und Auswertung von Krankenakten früherer stationärer Aufenthalte ein genaueres Bild des Verstorbenen und dem dazugehörigen Entwicklungsgeschehen des Suizids gezeichnet. Aus diesen psychologischen Autopsien geht hervor, dass 90 % der Menschen, die einen Suizid begehen, an einer psychischen Erkrankung leiden (Arsenault-Lapierre, et al., 2004).

Für die klinische Bedeutung von depressiven Störungen beispielsweise spricht die Tatsache, dass bei Untersuchungen von stationären depressiven Patient\*innen, die über einen längeren Zeitraum geführt wurden, etwa 15 % dieser Gruppe an Suizid versterben, in der Allgemeinbevölkerung sind es dagegen lediglich ca. 2 % (Bronisch, 2020, S. 104).

Unipolare und bipolare depressive Episoden zählen zu den häufigsten Diagnosen bei suizidalen Patient\*innen. Depression kann mit schweren Komplikationen (suizidales Verhalten, Alkohol- und Medikamentenmissbrauch, etc.) verknüpft sein, die mit einer Verminderung der Lebensqualität und Einschränkungen im Alltag einhergehen, welche jenen einer schweren körperlichen Erkrankung gleichzusetzen sind (Davidson & Meltzer-Brody, 1999). Zwei Drittel der Patient\*innen mit einer unipolaren Depression oder einer bipolaren Störung leiden zusätzlich an einer Angststörung und/oder an Suchtmittelmissbrauch. Außerdem leidet ungefähr ein Drittel an einer oder mehreren schweren körperlichen Erkrankungen. Es wird beschrieben, dass Begleiterkrankungen das Risiko für suizidales Verhalten erhöhen (Davidson & Meltzer-Brody, 1999). Dennoch nehmen weniger als die Hälfte der Menschen, die eine Depression durchmachen, medizinische Hilfe in Anspruch. Die Mehrheit derjenigen, die ihre\*n Hausarzt\*Hausärztin aufsuchen, erhält trotzdem keine adäquate Diagnose und in

weiterer Folge eine unzureichende Therapie. Dieser Sachverhalt lässt sich auf die verbreiteten Schwierigkeiten beim Erkennen von und dem Umgang mit einer Depression im niedergelassenen Bereich zurückführen. Es wurde aufgezeigt, dass Hausärzt\*innen 62 - 85 % der Patient\*innen mit einer Depression als solche erkennen und davon 33 - 50 % eine adäquate Therapie mit Antidepressiva erhalten (Wittchen, et al., 2001; Berardi, et al., 2005). Suizidales Verhalten bei Patient\*innen mit affektiven Störungen tritt meistens während der depressiven Episode (79 - 89 %), weniger häufig im Laufe der dysphorischen Manie (11 - 20 %) und praktisch nie während der euphorischen Manie (0 - 1 %) auf (Tondo, et al., 1999). Dies deutet daraufhin, dass suizidales Verhalten bei affektiven Störungen abhängig von der jeweiligen Phase ist, in der sich die Patient\*innen befinden und manifestiert die Wichtigkeit der Erkennung und Behandlung einer Depression.

Trotzdem sollte dieser Risikofaktor vorsichtig betrachtet werden, da Depressionen, Substanzmissbrauchserkrankungen und antisoziales Verhalten häufig verbreitet sind und der Großteil der Menschen, die darunter leiden, kein suizidales Verhalten zeigen (World Health Organization, 2014, S. 42). Suizidale Personen können aber eine psychiatrische Komorbidität aufweisen, wobei das Suizidrisiko nicht bei jeder Erkrankung gleichzusetzen ist. Die häufigsten psychischen Erkrankungen, die mit Suizid in Verbindung stehen, sind Depressionen und Alkoholmissbrauch. Das Lebenszeitrisiko an Suizid zu versterben, wird auf 4 % bei Patient\*innen mit psychischen Erkrankungen (Bostwick & Pankratz, 2000), auf 7 % bei Menschen mit Alkoholabhängigkeit (Schneider, 2009), auf 8 % bei Menschen mit bipolarer Störung (Hawton, et al., 2005; Nordentoft, et al., 2011), sowie auf 5 % bei Menschen mit Schizophrenie geschätzt (Palmer, et al., 2005). Es ist zu beachten, dass das Risiko für suizidales Verhalten bei Komorbidität steigt. Somit haben Personen mit mehr als einer psychischen Erkrankung ein bedeutend höheres Risiko an Suizid zu versterben (Cavanagh, et al., 2003).

### 2.3.3 Krisen

Prinzipiell können psychosoziale Krisen, sei es bei Erwachsenen oder bei Jugendlichen und Kindern, in zwei Klassen gegliedert werden: den traumatischen und den Veränderungskrisen. Diese Einteilung ist für das Verständnis des Krisenverlaufs und entsprechender Interventionsschwerpunkte sehr hilfreich. Die traumatische Krise beschreibt die plötzliche Änderung einer Situation, die mit

Bedrohungen der psychischen Existenz, der sozialen Identität und Sicherheit und/oder der fundamentalen Befriedigungsmöglichkeiten einhergeht (Sonneck, 2016, S. 33). Der typische Verlauf erfolgt in vier Phasen, wobei herausgefunden werden muss, in welcher Phase sich der\*die jeweilige Patient\*in befindet und dementsprechend werden Interventionsschwerpunkte gesetzt. Im Gegensatz dazu setzt die Veränderungskrise nicht schlagartig ein, sondern entwickelt sich aus gängigen Lebenssituationen heraus, die von vielen Menschen durchaus auch als positiv erlebt werden. Die Lebensveränderungskrise läuft in sechs Phasen ab, wobei diese in jeder Phase beendet werden kann (Sonneck, 2016, S. 36) Auf der einen Seite durch Wegfallen des Krisenanslasses, auf der anderen durch das Entwickeln von Lösungsstrategien oder Bewältigungsvermögen.

Eine Krise im Leben eines Menschen kann Arbeitslosigkeit darstellen. Der Anstieg der Anzahl von Arbeitslosen durch wirtschaftliche Krisen und Sparpakete ist zurzeit sehr aktuell. Nordt *et al.* gehen davon aus, dass sich das Suizidrisiko in Verbindung mit Arbeitslosigkeit um 20 - 30 % erhöht (Nordt, et al., 2015). In den von Nordt *et al.* untersuchten 63 Ländern nahmen sich im Zeitraum zwischen 2000 und 2011 pro Jahr ungefähr 230.000 Menschen das Leben. Jeder fünfte dieser Suizide kann demnach direkt oder indirekt mit Arbeitslosigkeit in Verbindung gebracht werden. Der\*die Betroffene reagiert auf den Arbeitsplatzverlust häufig mit Trauer, Ohnmacht, Hilflosigkeit und Auflehnung. Des Weiteren entwickeln Arbeitslose häufig selbstdestruktive Tendenzen. Dies kann zu depressiven Zuständen, Einengung und in weiterer Folge zu suizidalen Handlungen führen. Langzeitarbeitslose und solche, die aufgrund schlechterer Chancen in Zusammenhang mit höherer Krisenanfälligkeit benachteiligt sind, stellen eine besonders gefährdete Gruppe dar (Sonneck, 2016, S. 247).

Des Weiteren können zwischenmenschliche Konflikte oder Kränkungen der Auslöser für eine suizidale Krise sein. Vor allem bei älteren Menschen handelt es sich hierbei um Konflikte zwischen den Generationen, Verlust von Einfluss und Macht, sowie die Zunahme von Abhängigkeiten. Bei den Betroffenen entstehen Gefühle der Wertlosigkeit, Sterblichkeit und das Gefühl, ausgeschlossen zu sein. Diese Umstände können vernichtende Dimensionen einnehmen und in weiterer Folge zur Suizidneigung führen (Gmeiner & Peer, 2020, S. 192ff).

Als psychosoziale Krisen werden Umstände bezeichnet, die durch den Verlust des seelischen Gleichgewichts, die eine Person verspürt, wenn sie mit Ereignissen oder Lebensumständen konfrontiert ist, die sie im Moment nicht bewältigen kann. Mögliche Auslöser für eine psychosoziale Krise können Katastrophen- oder Massenbelastungen (zum Beispiel politische und rassistische Verfolgungen, Kriegswirren, etc.) oder individuelle Belastungen (zum Beispiel Schicksalsschläge, etc.) sein (Sonneck, 2016, S. 32). Partnerverlust oder Isolation bzw. Verlust des sozialen Netzwerks sind psychosoziale Krisen, die zum einen in jüngeren Jahren auftreten können, aber auch bei älteren Menschen eine Rolle spielen. Durch das Vorhandensein solcher Krisen wird die Wahrscheinlichkeit der Suizidalität erhöht (Gmeiner & Peer, 2020, S. 193).

#### 2.3.4 Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen

Verglichen mit Erwachsenen weist Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen einige Besonderheiten auf. Darum soll dieses Phänomen gesondert betrachtet werden. Im Vergleich zu Erwachsenen haben in erster Linie ähnliche Faktoren, wie psychische und körperliche Erkrankungen oder Alkohol- und Drogenabhängigkeit, einen Einfluss auf das Suizidrisiko, speziell aber auch Familienumstände, traumatische Ereignisse, sexuelle Orientierung oder Delinquenz (Kratzer & Juen, 2020, S. 135).

Die Familie wird allgemein als Ort der Geborgenheit, Zuneigung, Sicherheit und Unterstützung angesehen und ist somit einer der wichtigsten Schutzfaktoren für Kinder und Jugendliche. Dennoch gibt es in Familien unterschiedliche Belastungen: Streit, Konflikte werden nicht immer konstruktiv ausgelebt, Familienangehörige sterben oder Beziehungen zerbrechen. Diese Bereiche, die zu einem normalen Leben gehören, stellen an sich kein explizites Suizidrisiko dar, es sein denn, es kommt zu einer Anhäufung von nicht gelösten Konflikten (Kratzer & Juen, 2020, S. 143). Außerdem stellt der Erziehungsstil der Eltern einen Einflussfaktor auf die psychische Stabilität der Kinder dar. Demnach haben Kinder von abweisend-vernachlässigenden Eltern ein höheres Risiko für Suizide als Kinder, die eine autoritative Erziehung erfahren (Donath, et al., 2014). Gewalt in der Familie ist ebenso einen nachgewiesenen Risikofaktor für Suizidalität bei Jugendlichen. Hier zählt sexueller Missbrauch zu den stärksten Belastungen und Traumata, wodurch sich in weiterer Folge suizidales Verhalten entwickeln kann (Kratzer & Juen, 2020, S. 143).

Außerdem nimmt die Schule bzw. Ausbildungsstätte einen zentralen Punkt im Leben der Jugendlichen ein. Demnach lassen sich einige Belastungsfaktoren aus dem schulischen Alltag der Jugendlichen ableiten, die in weiterer Folge zu suizidalen Handlungen führen können. Versagensängste, Misserfolgserlebnisse, Überforderung oder elterliche Leistungserwartung zählen zu diesen Faktoren, ebenso wie Stress in Form von Gewalt durch Klassenkameraden, oder durch das Fehlverhalten von Lehrer\*innen in Hinblick auf fehlendes Einschreiten oder Zivilcourage bei Gewalt (Kratzer & Juen, 2020, S. 144ff). Vor allem Schikanieren, Mobbing, Bullying oder Cyberbullying stehen in deutlichem Zusammenhang mit psychischer Gesundheit und Suizidalität bei Jugendlichen (Van Geel, et al., 2014). Cybermobbing verdoppelt sogar das Risiko von Jugendlichen, einen Suizid zu begehen (John, et al., 2018).

In Bezug auf Geschlechtsidentität und sexuelle Orientierung zeigt sich, dass sexuelle Minderheiten ein deutlich höheres Suizidrisiko als Heterosexuelle aufweisen (Plöderl, et al., 2013). Dies wird mit geringer sozialer Unterstützung, einer schwierigen persönlichen Einstellung zur eigenen Sexualität, einem geringen Selbstwertgefühl, häufigerem Auftreten von Depressionen, Suizidversuchen im Umfeld, sowie mit der immer wieder erlebten Gewalterfahrung aufgrund der sexuellen Orientierung in Zusammenhang gebracht. Zudem unterstreicht die große innere Not und Verunsicherung für homosexuell empfindende Jugendliche während der Phase der Entwicklung der Geschlechtsidentität die vulnerable Zeit rund um ein mögliches Coming-out (Kratzer & Juen, 2020, S. 147).

## 2.4 Suizidprävention

Gegenüber Risikofaktoren stehen Schutzfaktoren, die ein Individuum davor bewahren einen Suizid zu begehen. In der Suizidprävention steht die Verminderung der Risikofaktoren, sowie die Stärkung der Schutzfaktoren im Vordergrund, denn die Verhinderung von Suiziden stellt nicht nur für Individuen und Familien, sondern auch für Gemeinden, das Gesundheitssystem und die Gesellschaft insgesamt einen wichtigen Punkt dar (World Health Organization, 2018, S. 2). Effektive Suizidprävention setzt sich, wie in Abbildung 4 dargestellt, aus drei unterschiedlichen Aspekten zusammen: Vorbeugen, Erkennen und Helfen (Gerngroß, 2020a, S. 3).

<b>Effektive Suizidprävention</b>	<b>Vorbeugen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durch Aufklärung und Information, Ausbau der psychosozialen Versorgung, Änderung von problematischen Einstellungen</li> </ul>
	<b>Erkennen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durch geschulte und aufmerksame (Mit-)Menschen (z.B. Gatekeeper), die Suizidalität ein- und abschätzen können</li> </ul>
	<b>Helfen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorhandensein und Wissen um Anlaufstellen, Schulung in Gesprächsführung z.B. von HausärztInnen, Pflegepersonal, ApothekerInnen, PädagogInnen, Information und Hilfe für Angehörige von suizidalen Menschen, Krisendienste etc.</li> </ul>

Abbildung 4: Die drei Aspekte effektiver Suizidprävention (Gerngroß, 2020a, S. 3)

Die Unterscheidung zwischen universeller (allgemeiner), selektiver und indizierter Prävention stellt einen anderen Zugang dar (Gerngroß, 2020a, S. 3). Durch die universelle Prävention soll die gesamte Population erreicht werden. Hierzu zählen Tätigkeiten zur Verbesserung der psychologisch-psychiatrischen Versorgung, die Veränderung von Denkweisen, wie zum Beispiel der Einstellung gegenüber „unehelichen“ Schwangerschaften, Leistungsversagen (Schülersuizid) oder Fremdenhass. Außerdem beinhaltet die universelle Prävention Maßnahmen wie „closing the exits“, das heißt die Erschwerung beziehungsweise Verunmöglichung von bestimmten Suizidmethoden (z.B. durch strengere Waffengesetze, Entgiftung von Pestiziden und Erschwerung des Zugriffs), Aufklärungsarbeit über Hintergründe von Suizidalität und Unterstützungsangebote (Anlaufstellen etc.) oder die Ausbildung von Gatekeepern. Des Weiteren nimmt Sensibilisierung von Fachleuten, wie Hausarzt\*innen, Pädagog\*innen, etc. einen weiteren Punkt ein.

Unter selektiver Prävention versteht man vorbeugende Maßnahmen definierte Risikogruppen betreffend, zum Beispiel für ältere Menschen, Männer, psychisch kranke Personen oder Migrant\*innen (Gerngroß, 2020a, S. 4). Konkrete Maßnahmen wären die Einrichtung von Krisenintervention oder telefonische Beratungsstellen (Telefonseelsorge, Kummernummer, Rat auf Draht, etc.).

Unter indizierter Prävention versteht man die Verhinderung von suizidalen Verhaltensweisen von Personen, die Anzeichen oder Symptome suizidaler

Haltungen zeigen, sowie das weitere Begleiten dieser Menschen (Gerngroß, 2020a, S. 4).

Des Weiteren kann eine Einteilung in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention erfolgen (Gerngroß, 2020a, S. 4). Die Primärprävention umfasst vorbeugende Maßnahmen, die Risikofaktoren schwächen und Schutzfaktoren stärken. Dazu zählen beispielsweise Öffentlichkeitsarbeit, Förderung von Aus- und Fortbildung im medizinischen und psychosozialen Bereich, politische Maßnahmen, Medienrichtlinien oder die Förderung des Selbstvertrauens. Die Sekundärprävention zielt auf die Früherkennung und Frühintervention ab. Dies wird durch Maßnahmen erreicht, die zum Ziel haben, gefährdete Personen möglichst rasch identifizieren, um entsprechende Hilfe anbieten zu können. Schulungen für Angehörige, Führungskräfte, Hausärzt\*innen, etc., die Einrichtung von Fachstellen, wohin sich Menschen mit suizidalen Gedanken wenden können, Programme zur Früherkennung und Frühintervention in Kindertagesstätten, Betrieben, Gefängnissen, Pflegeheimen, etc. zählen zu den Maßnahmen der Sekundärprävention. Die Tertiärprävention beschreibt die Therapie suizidaler Personen. Damit soll das erneute Auftreten suizidaler Krisen im Sinne der Wiedererkrankungsprophylaxe verhindert werden. Maßnahmen der Tertiärprävention sind die Identifikation des Problemhintergrunds bei suizidalen Personen, die Diagnose und Behandlung psychischer Störungen, die Ermöglichung des Zugangs zur Psycho- und gegebenenfalls zur medikamentösen Therapie.

Besonders zielführend dürften „Mehr-Ebenen-Ansätze“ in der Suizidprävention sein. Ein Beispiel dafür wäre ein Projekt, das im Rahmen des „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“, welches nachfolgend im Abschnitt 4.1.1 näher beschrieben wird, umgesetzt wurde. In diesem speziellen Fall erfolgten die Interventionen auf folgenden vier Punkten: Kooperation mit Hausärzt\*innen, Öffentlichkeitsarbeit, Angebote für Betroffene, Risikogruppen sowie Angehörige und Zusammenarbeit mit Multiplikatoren (Althaus, et al., 2007).

Wie eingangs angeführt betrifft Suizidprävention nicht nur Individuen und Familien, sondern auch Gemeinden, das Gesundheitssystem und die Gesellschaft (World Health Organization, 2018, S. 2). 2018 präsentierte die WHO ein Suizidpräventionsprogramm speziell für Gemeinden: „A community engagement toolkit“ (World Health Organization, 2018). In diesem Programm wird im Detail eine

mögliche Herangehensweise beschrieben. Untermauert wird diese durch internationale „Best Practise“-Beispiele. Folgende Maßnahmen finden sich in diesem Programm (World Health Organization, 2018):

- Sensibilisierung und Bereitstellung von Information
- Erschwerter Zugang zu Suizidmitteln (z.B. Pestizide und Waffen)
- Verantwortungsvolle Medienberichterstattung
- Programme zur Suizidprävention an Schulen
- Verbesserung der Alkohol- und Drogenprävention
- Frühe Erkennung, Behandlung und Verlaufskontrolle von Suizidalität, speziell das Training von Mitarbeiter\*innen des Gesundheitssystems, sowie die Durchführung von Gatekeeper-Programmen wird empfohlen
- Selbsthilfegruppen und Unterstützungsprogramme für trauernde Angehörige und gefährdete Personen sollen unterstützt werden
- Programme speziell für ältere Menschen, wie beispielsweise sinnstiftende Aktivitäten, die Resilienz fördernd sind und in Pflegeheimen umgesetzt werden können

## 2.5 Suizidprävention in Österreich am Beispiel der Region Obersteiermark

Im Bereich der Suizidprävention sind in Österreich verschiedene Organisationen tätig. Das Angebot an Hilfestellungen für Suizidgefährdete kann sich je nach Region und Bundesland unterscheiden. Die zentrale Stelle für Suizidprävention bildet die „Suizidprävention Austria“ (SUPRA). Diese hat die Aufgabe, ein nationales Suizidpräventionsprogramm zu entwickeln und Projekte in diesem Themenbereich zu koordinieren. Auf Bundesland- bzw. Regionalebene gibt es in Österreich verschiedene Projekte und Netzwerke. Am Beispiel der Region Obersteiermark soll die Landschaft der in der Suizidprävention tätigen Organisationen dargestellt werden.

### 2.5.1 SUPRA

Im Jahr 2000 wurde erstmals ein österreichischer Suizidpräventionsplan (SPA) vorgestellt. Im Anschluss daran wurde 2012 die Initiative des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz „Suizidprävention Austria“ (SUPRA) präsentiert und eingeführt. Diese Initiative fungiert als Basis zur Entwicklung einer nationalen Suizidpräventionsstrategie. Das Ziel dieser Strategie

soll die Verankerung einer nachhaltigen und qualitativ hochwertigen Suizidprävention sein. Außerdem wurde eine Kontaktstelle für Suizidprävention an der „Gesundheit Österreich GmbH“ (GÖG) aufgebaut, die eng mit dem Expertengremium von SUPRA zusammenarbeitet (Gerngroß, 2020a, S. 7).

Die SUPRA besteht aus sechs Säulen (Gerngroß, 2020a, S. 7):

- Koordination und Organisation: Suizidprävention soll in eine bestehende Organisations- und Koordinationsstruktur der Länder eingebettet werden
- Unterstützung und Behandlung: Suizidgefährdete Menschen und Risikogruppen sollen bedarfsgerecht unterstützt bzw. behandelt werden. In diesen Bereich fällt die Schulung von Gatekeepern, aber auch der flächendeckende Ausbau von Krisendiensten, Kriseninterventionszentren, Krisennotrufnummern für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, sowie der Ausbau von Behandlungsangeboten für besonders gefährdete Zielgruppen, sowie Angebote der Nachsorge nach Suizidversuchen für Angehörige.
- Restriktion der Suizidmittel: Dieser Punkt bezieht sich auf Normen zur Waffensicherheit, bauliche Maßnahmen, Erschwerung von Zugang zu Medikamenten und anderen Substanzen, die für Suizide bzw. Suizidversuche verwendet werden können.
- Bewusstsein und Wissen: Grundlegendes Wissen über Suizidalität und über die Bewältigung von psychosozialen Krisen sollen in der Bevölkerung verbreitet werden, um parallel dazu die Bewusstseinsbildung zu stärken.
- Einbettung in Prävention und Gesundheitsförderung: Das Thema Suizid soll in bestehende Maßnahmen der Gesundheitsförderung, sowie der Sucht- und Gewaltprävention integriert werden.
- Qualitätssicherung und Expertise: Diese Säule soll sicherstellen, dass die Suizidprävention qualitätsgesichert auf Basis wissenschaftlicher Expertise erfolgt.

Jedes Jahr gibt SUPRA einen Bericht zu Suizid und Suizidprävention in Österreich heraus. Dieser umfasst nicht nur Informationen zu den aktuellen Suizidzahlen in Österreich, sondern gibt auch Aufschluss über Maßnahmen der SUPRA, die empfohlen werden, gerade in Arbeit sind oder die bereits umgesetzt wurden.

### 2.5.2 Dachverband der Sozialpsychiatrischen Vereine und Gesellschaften Steiermark

Unter dem Dachverband der Sozialpsychiatrischen Vereine und Gesellschaften in der Steiermark haben sich Vereine und Gesellschaften, die in der psychosozialen/sozialpsychiatrischen Versorgung in der Steiermark tätig sind, zusammengeschlossen, um so überregional aktiv zu sein und Mitglieder in ihrer Arbeit zu unterstützen. Übergeordnet soll eine ambulante, gemeindenahere psychosoziale/sozialpsychiatrische Vollversorgung erreicht werden. Die direkte Arbeit mit den betroffenen Personen und die Vernetzung von Menschen und Einrichtungen in der Umgebung, die in diesem Bereich tätig sind, stehen im Fokus. Des Weiteren liegt ein Augenmerk auf Prävention, Öffentlichkeitsarbeit und Entstigmatisierung.

### 2.5.3 Go-On Suizidprävention Steiermark

Als Reaktion auf die hohen Suizidzahlen aus dem Jahr 2011 wurde vom Gesundheitsressort des Landes Steiermark das Projekt „Go-On Suizidprävention Steiermark“ ins Leben gerufen. Als Projektträger dient der Dachverband der sozialpsychiatrischen Vereine und Gesellschaften Steiermark. Die zentrale Aufgabe von Go-On besteht in der Verbreitung von Wissen, dies erfolgt in enger Kooperation mit den psychosozialen Diensten im Bundesland und ist inhaltlich klar am Programm von SUPRA orientiert. Mittlerweile können alle steirischen Bezirke miteinbezogen werden, da Beratungsstellen in jedem Bezirk aufgebaut wurden und regionale Teams flächendeckend vor Ort als Anlaufstelle dienen. Das Angebot von Go-On umfasst Vorträge und Schulungen für verschiedene Interessens- und Altersgruppen, um ein weit reichendes Bewusstsein für das Thema Suizid zu schaffen. Durch „Erste-Hilfe-Kurse für Krisen“ wird der Allgemeinbevölkerung ein niederschwelliger Zugang zu Informationen rund um das Thema Suizid ermöglicht. Des Weiteren werden Schulungsangebote für Bildungseinrichtungen, Einsatz- und Hilfsorganisationen, aber auch für unterschiedliche Professionen im Gesundheitsbereich, sowie für Priester und Journalist\*innen angeboten. 2021 hat Go-On seinen Projektstatus verloren und ist in den Regelbetrieb übergegangen.

### 2.5.4 Psychosoziales Netzwerk

Das psychosoziale Netzwerk (PSN) ist eine gemeinnützige Organisation, die Beratungsstellen in den Bezirken Liezen, Murau und Judenburg aufgebaut hat.

Erreicht werden sollen dadurch alle Menschen in der Region, die sich in Konfliktsituationen oder Lebenskrisen befinden und Beratung, Betreuung, Begleitung oder Behandlung suchen. Das PSN hat den Auftrag, eine gut vernetzte psychosoziale Versorgung der Bevölkerung in dieser Region mitzugestalten und bedarfsgerechte Angebote zur Stabilisierung, Förderung und Erhaltung der psychosozialen, geistigen und körperlichen Entwicklung der Klient\*innen zu unterbreiten. Durch Öffentlichkeitsarbeit wird das Angebot des PSN in der Bevölkerung bekannt gemacht. Die Multiprofessionalität ermöglicht interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb der Organisation. Bei Bedarf wird mit anderen Institutionen und sozialen Netzwerken kooperiert.

## 3 Primärversorgung

Primärversorgungseinrichtungen (PVE) fungieren neben Hausärzt\*innen als erste Ebene der Gesundheitsversorgung in Österreich. Hier treten Einzelpersonen, Familien und die Gemeinschaft in Kontakt mit dem Gesundheitssystem. PVEs stellen eine neue und innovative Form der Gesundheitsversorgung dar, in der interdisziplinär und multiprofessionell eine optimale Versorgung der Patient\*innen gewährleistet wird. Durch PVEs sollen gesundheitliche Probleme wohnortnahe und effizient mit einem hohen Level an Qualität gelöst werden. Zusätzlich zu medizinischen Maßnahmen werden therapeutische und pflegerische Tätigkeiten übernommen. Ebenfalls wird ein Augenmerk auf Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention gelegt. Des Weiteren sollten psychische und soziale Komponenten mitabgedeckt und somit die Förderung von Partizipation, Selbstbestimmung und der Entwicklung von personellen und sozialen Fähigkeiten erreicht werden (Rebhandl, 2014).

### 3.1 „Das Team rund um den Patienten“

2014 wurde in Österreich in der Bundeszielsteuerungskommission das neue multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgungskonzept mit dem Titel „Das Team rund um den Hausarzt“ beschlossen. Ziel ist die Stärkung der Allgemeinmediziner\*innen in ihrer zentralen Rolle im Gesundheitssystem. Primärversorgungsstrukturen fördern das gemeinsame Arbeiten verschiedener Professionen. Neue Formen der Zusammenarbeit von Allgemeinmediziner\*innen und die Kooperation mit anderen Gesundheits- und Sozialberufen ermöglichen eine umfassende Versorgung. Vorgesehen ist die Bildung eines Kernteams. Dieses besteht aus Allgemeinmediziner\*innen, diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und Ordinationsassistent\*innen. Je nach Erfordernis kann das Kernteam um primärversorgungsrelevante Berufsgruppen erweitert werden. Zu diesem erweiterten Team zählen Diätolog\*innen, Ergotherapeut\*innen, Psycholog\*innen, Sozialarbeiter\*innen, Logopäd\*innen, Physiotherapeut\*innen etc. Auf Basis der berufsrechtlich zugeordneten Zuständigkeit übernimmt jede Person, die Bestandteil des Teams ist, auf regionale Erfordernisse abgestimmte Aufgaben (Bundesministerium für Gesundheit, 2014).

2017 wurden durch das Primärversorgungsgesetz (PrimVG) die gesetzlichen Rahmenbedingungen für PVEs festgelegt, welche den Grundstein für weitere innovative Schritte gelegt haben. Durch die Möglichkeit der Zusammenarbeit der Allgemeinmediziner\*innen und die Vernetzung mit anderen Gesundheitsberufen kann ein breiteres Behandlungsspektrum abgedeckt und längere Öffnungszeiten bereitgestellt werden. Die Gestaltung der neuen Primärversorgung kann darauf abzielen, bestehende Strukturen zu vernetzen und weiter auszubauen oder regionale Gesundheitszentren von Grund auf neu zu errichten (Dachverband der Sozialversicherungsträger, 2021).



Abbildung 5: Das Team rund um den Patienten (Dachverband der Sozialversicherungsträger, 2021)

### 3.2 Aufgaben und Kompetenzen

Als erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem stellt das PVE eine wohnortnahe Versorgung der Patient\*innen sicher. Zusätzlich zur Behandlung von Krankheiten und dem Management von chronischen Erkrankungen werden gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen angeboten. Des Weiteren liegt ein Augenmerk auf die Stärkung der Gesundheitskompetenz. Diese Leistungsangebote werden einerseits durch Vermittlung zu den entsprechenden Berufsgruppen, die im PVE tätig sind, und andererseits durch das Anbieten verschiedener Vorträge oder Workshops, die gesundheitsförderliche Themen

bearbeiten, realisiert. Des Weiteren umfasst eine patient\*innenorientierte Grundversorgung die Abdeckung des Bedarfs besonderer Zielgruppen, wie Kinder und Jugendliche, ältere und multimorbide Menschen, sowie psychisch Kranke (Bundesministerium für Gesundheit, 2014). Außerdem wird durch das PVE eine Langzeitbeziehung zwischen Arzt\*Ärztin und Patient\*in, sowie zum gesamten Team, gefördert (Rebhandl, 2014). Dadurch kann der\*die Allgemeinmediziner\*in im PVE bei der Behandlung von Suizidalität eine Rolle spielen. Der\*die Patient\*n ist über eine längere Zeitspanne bekannt und körperliche und psychische Symptomatiken können im Patient\*innengespräch richtig eingeordnet und eine Gefährdung erkannt werden. Außerdem wird durch das Vertrauensverhältnis ein Gesprächsangebot oder ein Behandlungsvorschlag eher angenommen (Bundesministerium für Gesundheit, 2011).

## 4 Suizidprävention in der Primärversorgung

Der\*die Hausarzt\*Hausärztin stellt eine wichtige Schnittstelle in der Versorgung akut psychisch beeinträchtigter Patient\*innen dar. Personen, die eine Depression entwickeln und erste schwerwiegende Symptome verspüren, aber auch Menschen, die nach einschneidenden Lebensereignissen (z.B. Verlust einer nahestehenden Person durch Tod, Krankheit oder Trennung) oder der Veränderung sozialer Lebensumstände, wie Arbeitslosigkeit, wirtschaftliche Not oder Pensionierung, psychische Veränderungen erleiden, konsultieren häufig als ersten Schritt ihre\*n Hausarzt\*Hausärztin. Es wird berichtet, dass 45 % der Personen, die einen Suizid begehen, im Monat vor der Tat den Kontakt zu ihrem\*ihrer Hausarzt\*Hausärztin suchen. Zum Vergleich: nur 19 % nehmen im Monat vor dem Suizid eine psychiatrische Versorgung in Anspruch (Luoma, et al., 2002). Daher können Hausärzt\*innen eine bedeutende Rolle in der Suizidprävention spielen. Des Weiteren kennt er\*sie die Patient\*innen meist über einen längeren Zeitraum und ist dadurch eher in der Lage, die körperliche und psychische Symptomatik richtig einzuordnen und somit eine Gefährdung rechtzeitig zu erkennen. Außerdem weiß der\*die Hausarzt\*Hausärztin über die familiäre Situation des\*der Patient\*in Bescheid und kann somit auch Risikopatient\*innen, wie zum Beispiel alleinstehende ältere Männer, etc. identifizieren. Oftmals besteht zusätzlich ein besonderes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt\*Ärztin und Patient\*in, wodurch sensible Themen wahrscheinlicher angesprochen werden. Zudem werden Ratschläge des\*der Hausarzt\*Hausärztin eher umgesetzt. Vor allem im ländlichen Raum stellt der\*die Hausarzt\*Hausärztin eine niederschwellige Anlaufstelle für gesundheitliche und psychische Probleme dar. Er\*sie kann den\*die Patient\*in an geeignete Spezialist\*innen bzw. Organisationen, wie das psychosoziale Netzwerk, weiterverweisen, womit eine adäquate Behandlung sichergestellt ist.

Das erste Beispiel für die signifikante Rolle der Hausärzt\*innen in der Suizidprävention war die Swedish Gotland Study. Rutz *et al.* zeigten, dass nach einem kurzen, intensiven postgradualen Training der Hausärzt\*innen auf der Insel Gotland, welches die Diagnose und Behandlung einer Depression umfasste, die Suizidrate und die Anzahl der Hospitalisierungen auf Grund einer Depression signifikant gesenkt, sowie Verschreibung von antidepressiven Medikamenten erhöht wurde (Rutz, et al., 1997). Henkrisson *et al.* kamen zu einem ähnlichen

Ergebnis in der Provinz Jämtland in Schweden. Hausärzt\*innen bekamen die Chance, an einem zwei-tägigen Seminar zu den Themen Depression und Suizidprävention teilzunehmen, welches in der Arbeitszeit der Hausärzt\*innen stattfand. Das Seminar war gegliedert in Vorlesungen von lokalen Psychiater\*innen und nationalen Experten\*innen, Fallbesprechungen und Videopräsentationen. Aktuelle Fälle, mit denen die Teilnehmer\*innen im Ordinationsalltag konfrontiert sind, wurden diskutiert, sowie die vorgeführten Videos zu Themen wie Depression, Trauer, Suizidgedanken und der Bewertung des Suizidrisikos. Die Diskussionen fanden in kleinen Gruppen mit einem Supervisor statt. Zwischen 1995 und 2002 konnte die Suizidrate der Provinz Jämtland deutlich gesenkt, sowie die Verschreibung von antidepressiven Medikamenten erhöht werden (Henriksson & Isacson, 2006).

Primär haben Hausärzt\*innen mit suizidgefährdeten Patient\*innen zu tun, die mehr oder weniger deutlich, direkt oder indirekt Suizidhinweise, Suizidankündigungen, Suizidbotschaften und -mitteilungen machen. Außerdem werden Patient\*innen nach einem Suizidversuch in Ordinationen vorstellig, die unmittelbar gefährdet sind, sich das Leben zu nehmen. Zu einem der sichersten Hinweise auf eine Suizidgefährdung zählt die direkte oder indirekte Suizidankündigung, wodurch das Erkennen dieses Notsignals und das vorurteilslose Gespräch über die Suizidneigung als wichtigste primäre suizidpräventive Intervention gilt (Sonneck, 2016, S. 210ff). Zur weiteren Beurteilung kann ein Schema dienen (Abbildung 4): bei einer Suizidankündigung soll zunächst abgeklärt werden, ob der\*die Betroffene einer Risikogruppe angehört, ob er\*sie sich in einer Krise befindet, in welchem Stadium der suizidalen Handlung er\*sie steht oder ob Hinweise auf ein präsuizidales Syndrom vorliegen. Wenn der\*die Betroffene einer oder mehrerer Risikogruppen angehört, befindet er\*sie sich in der Reaktionsphase einer Krise oder in der Phase des Suizidentschlusses. Ist keine affektive Resonanz herstellbar, so besteht akute Suizidgefährdung. Ist keine akute Krise vorhanden, kann die Suizidgefährdung als gering, bzw. in manchen Fällen als ganz fehlend eingeschätzt werden. Der\*die Betroffene zieht den Suizid in dieser Situation als eine von mehreren Möglichkeiten in Erwägung und es ist keine affektive Neigung festzustellen. Zwischen diesen beiden Polen ist die jeweils individuelle Suizidneigung angesiedelt.

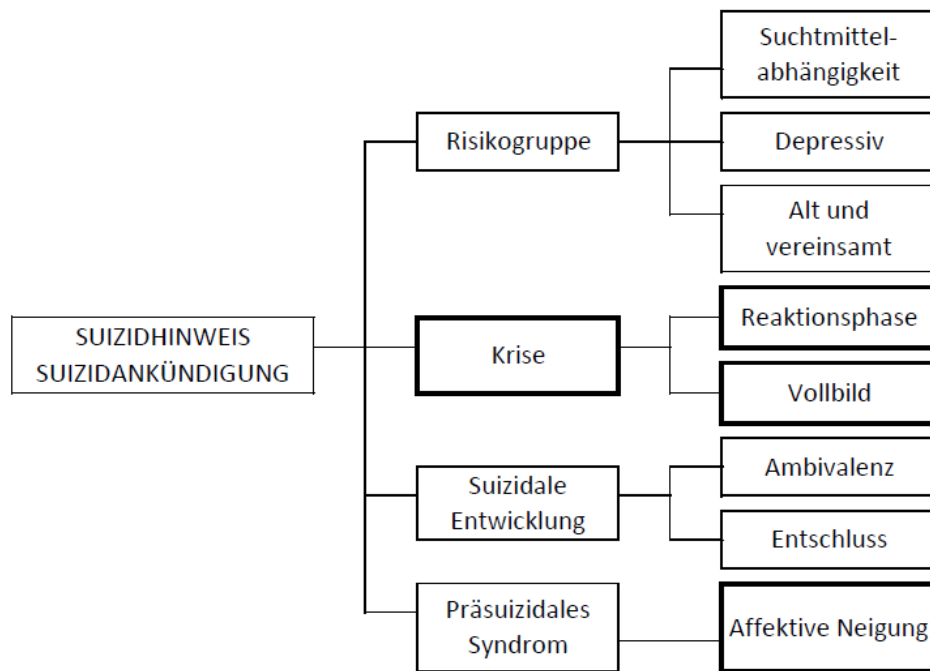


Abbildung 6: Schema zur Beurteilung der Suizidgefahr (Sonneck, 2016, S. 211)

Um das oben beschriebene Schema im Ordinationsalltag angemessen umsetzen zu können, bedarf es einer Schulung der Allgemeinmediziner\*innen. Die Gatekeeper-Schulung ist eine strategische Intervention, die ihren Fokus auf verschiedene Settings wie zum Beispiel Schule, die Allgemeinheit oder das Gesundheitswesen legt. Als Gatekeeper wird jemand bezeichnet, der eine Krise und Warnzeichen für einen möglichen Suizid erkennt. Gatekeeper kann demnach jeder sein, wie Nachbar\*innen, Freund\*innen, Ärzt\*innen, Polizist\*innen, Lehrer\*innen, etc. Das Ziel der Schulungen ist es, die Teilnehmer\*innen auf das Thema Suizid und Suizidgefahr zu sensibilisieren. Im Vordergrund der Gatekeeper-Schulung soll die Vermittlung von Wissen über Suizid und die Erlangung von Kompetenzen zur Erkennung von Risikogruppen, zur Bestimmung des Risikogrades und der anschließenden Einweisung von Risikopersonen zur geeigneten Behandlung, stehen. Des Weiteren soll der Inhalt der Schulung kulturell angepasst sein (World Health Organization, 2014, S. 40).

Aufgrund der Tatsache, dass Depressionen und andere psychische Erkrankungen in der allgemeinmedizinischen Praxis oftmals nicht erkannt und demnach nicht entsprechend behandelt werden, heben Mann *et al.* das mögliche Potential der Allgemeinmediziner\*innen im Bereich der Früherkennung von depressiven und suizidgefährdeten Patient\*innen hervor (Mann, et al., 2005). In ihrem Review wird beschrieben, dass Schulungen für Allgemeinmediziner\*innen, die das Ziel der

Früherkennung einer Depression und deren Behandlung verfolgen, einen wichtigen Teil der Suizidprävention darstellen.

Im Folgenden soll ein Überblick über Schulungsangebote für Allgemeinmediziner\*innen oder mögliche suizidpräventive Interventionen, die vom Hausarzt\*Hausärztin gesetzt werden können und in anderen europäischen Ländern bzw. den USA Anwendung finden, gegeben werden. Da es zu diesem Thema wenige Publikationen gibt, wurde die Datenbank der WHO (WHO MiNDbank), die Ressourcen zum Thema psychische Gesundheit, Medikamentenmissbrauch, Behinderung, Allgemeingesundheit und Menschenrechte beinhaltet, genutzt. In dieser Datenbank können unter anderem die nationalen Suizidpräventionsprogramme der WHO-Mitgliedsstaaten abgerufen werden. Da diese in den meisten Fällen in der jeweiligen Landessprache vorliegen, wurde speziell auf deutsch- und englischsprachige Staaten zurückgegriffen. Des Weiteren wurden Informationen aus den beiden Büchern „Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention“ und „Suicide and Suicide Prevention from a global perspective“ bezogen.

## 4.1 Internationale Beispiele

### 4.1.1 Deutschland

In Deutschland übernehmen Medizinische Versorgungszentren (MVZ) die Primärversorgung (Korsatko, 2017c). MVZs sind fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtungen, die durch Zusammenarbeit von Ärzt\*innen mit unterschiedlichen Schwerpunktbezeichnungen eine interdisziplinäre Versorgung anbieten.

2019 lag die Suizidrate in Deutschland bei 9,2 pro 100.000 EW (OECD, 2021). Durch eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention wurde 2002 ein nationales Suizidpräventionsprogramm (NaSPro) ins Leben gerufen (Pompili, et al., 2020, S. 14). Die Herangehensweise des NaSPro ist breitgefächert organisiert. Zum einen in einer horizontalen Ebene, welche Aktivitäten für bestimmte Zielgruppen, wie ältere Menschen, Jugendliche, etc. umfasst und zum anderen in einer vertikalen Ebene, welche spezifische Interventionen, wie z.B. Medieninitiativen oder Reduzierung von Suizidmitteln beinhaltet (Etzersdorfer, 2009, S. 801).

Besonders zu erwähnen ist das Projekt „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ der Organisation Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“. Ziel war es, die Versorgung depressiv erkrankter Menschen zu optimieren, die Früherkennung von Depression zu verbessern und ferner präventiv gegen Suizid und Depression zu wirken (Althaus, et al., 2007). Im Zeitraum von 2000 bis 2001 wurde dafür das vom Kompetenznetz Depression, Suizidalität entwickelte vier-Ebenen-Modell umgesetzt. Mit Hilfe dieses Modells soll an unterschiedlichen Punkten im Versorgungssystem angesetzt werden. Neben PR-Aktivitäten, Zusammenarbeit mit Multiplikator\*innen (z.B. Pfarrer, Lehrer\*innen, Altenpflegekräfte, etc.) und Angebote für Betroffene und Angehörige, stellt eine Ebene die Kooperation mit Allgemeinmediziner\*innen dar. Der Erstkontakt mit den Allgemeinmediziner\*innen im Raum Nürnberg erfolgte in schriftlicher Form, in der der Projektstand dargelegt und über aktuelle Angebote informiert wurde. Angeboten wurde eine Basisfortbildung mit dem Titel „Die Behandlung depressiver Patienten in der hausärztlichen Praxis“. Diese umfasste das bessere Erkennen einer Depression, die geeignete Behandlung mit Psychopharmaka unter Berücksichtigung der Nebenwirkungen und der Wirksamkeit sowie das Erkennen von und den Umgang mit akuter Suizidalität. Weiters wurden den Teilnehmer\*innen Anhaltspunkte zur Abrechnung der antidepressiven Behandlung von Patient\*innen gegeben. Im Jahr 2001 wurden im Intervall von zwei Monaten ganztägige Fortbildungsveranstaltungen zum Thema „Depression und Suizidalität“ angeboten. Weiters wurden Lehrvideos zum Thema „Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten einer Depression“ an Allgemeinmediziner\*innen verteilt. Dadurch sollte die Hemmschwelle, antidepressive Medikamente zu verschreiben, gesenkt werden. Um eine Vorselektion treffen zu können, wurden Fragebögen (WHO-5) an Patient\*innen ausgeteilt, die vorab im Wartebereich ausgefüllt und von der Sprechstundenhilfe ausgewertet wurden. Zudem wurde eine Hotline speziell für niedergelassene Ärzte\*innen eingerichtet. Über diese Nummer konnten sich diese fachlichen Rat von Kolleg\*innen der Universitätsklinik München einholen. Nach Auswertung der Daten konnte eine Reduktion der Suizidrate um 24 % im Vergleich zum Ausgangsjahr durch das Projekt „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ erreicht werden (Althaus, et al., 2007). Zur Weiterführung der Arbeit des Projekts wurde 2003 der Verein „Nürnberger Bündnis gegen Depression e.V.“ gegründet (Nürnberger Bündnis gegen Depression e.V., 2021).

#### 4.1.2 Estland

Die medizinische Grundversorgung wird in Estland durch Hausärzt\*innen, die verpflichtend mit einer Pflegekraft zusammenarbeiten müssen, gewährleistet. 1991, nachdem sich Estland von der UdSSR unabhängig erklärt hatte, gab es in Bezug auf Suizid keine validen nationalen Zahlen. Mit der Einführung eines Suizidpräventionsprogramms konnte die vorherrschende Suizidrate von 41,2 pro 100.000 EW im Jahre 1994 definiert und im Laufe der folgenden 20 Jahre auf 15,0 pro 100.000 EW gesenkt werden (Pompili, et al., 2020, S. 11). Unter anderem ist dieser Erfolg auf die Gründung des Estonian-Swedish Institute of Suicidology (ERSI) 1993 (seit 2008 Estonian-Swedish Mental Health and Suicidology Institute) zurückzuführen (Värnik & Wasserman, 2009, S. 791). Unmittelbar nach der Einführung wurden Kurse mit dem Inhalt Suizid und Suizidprävention für Gesundheitsberufe und andere Zielgruppen angeboten. Bis jetzt haben tausende Ärzt\*innen, Pflegepersonal, Psycholog\*innen, Sozialarbeiter\*innen, Lehrer\*innen und Polizist\*innen an den Schulungen der ERSI teilgenommen. Der Inhalt des Schulungsprogramms besteht aus einem Grundkurs, auf dem Seminare zu spezifischen Themen, die an die Zielgruppe angepasst sind, folgen. Abgehalten werden diese Kurse von Trainer\*innen, die das „Train the Trainer“-Programm des ERSI absolviert haben. Im Zentrum der Trainer\*innenausbildung steht der qualitativ hochwertige Inhalt und interaktive Methoden, mit denen das Wissen an die Teilnehmer\*innen vermittelt wird. Des Weiteren werden Kurse für Studierende angeboten, die in weiterer Folge ihre Diplomarbeiten im Themenbereich Suizid und Suizidprävention verfassen.

#### 4.1.3 Schweden

Die erste Ebene des Gesundheitssystems in Schweden stellen Primärversorgungszentren (PVZ) dar, in denen unterschiedliche Gesundheitsberufe eng zusammenarbeiten. In einem typischen schwedischen PVZ sind 4 bis 6 Allgemeinmediziner\*innen mit Pflegekräften (District Nurses), Physiotherapeut\*innen, Psycholog\*innen, Sozialarbeiter\*innen, etc. angestellt (Korsatko, 2017a).

Die Suizidrate in Schweden lag 2018 bei 12,2 pro 100.000 EW (OECD, 2021). Das erste nationale Suizidpräventionsprogramm wurde 1995 in Schweden eingeführt.

Es wurde abgeleitet aus einer Reihe von vorangegangenen Initiativen, welche eine Vielzahl an Studien aus dem sozialen, medizinischen und epidemiologischen Bereich, sowie Untersuchungen zu suizidalem Verhalten und Bildungsprogramme für Allgemeinmediziner\*innen beinhalten. Dies führte in Weiterer Folge zur Gründung des National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health (NASP) am nationalen Institut für psychosoziale Medizin am Karolinska Institut in Stockholm. 2008 wurde ein weiteres Suizidpräventionsprogramm präsentiert, dass unter anderem die Schulung von Gatekeepern als Ziel formuliert hat (Wasserman, et al., 2009, S. 817ff; Pompili, et al., 2020, S. 14).

Ziel dieser Schulungsprogramme ist es, das Wissen über Suizid zu fördern und Fähigkeiten zur Erkennung von suizidgefährdeten Personen zu erlangen. Außerdem sollen die Teilnehmer\*innen erlernen, welche weiteren Schritte zu setzten sind, wenn sie an einer Person ein erhöhtes Suizidrisiko feststellen (Public Health Agency of Sweden, 2016, S. 9).

Als Beispiel für ein solchen Schulungsprogramm kann „Operation Save Lives“ genannt werden (Karolinska Institutet, 2021). Dieser Kurs wird vom Karolinska Institut seit 2012 jedes Semester, mit dem Ziel, die Kursteilnehmer\*innen auf das Thema Suizid zu sensibilisieren, angeboten. Das eintägige Einführungsseminar liefert Informationen für Menschen, die mit suizidalen und vulnerablen Personen in ihren Berufen in Kontakt stehen. Folgende Punkte werden im Seminar hervorgehoben:

- Fakten über Suizid, Mythen und Tabus
- Die Verknüpfung von Suizid und psychischer Gesundheit
- Die Wichtigkeit eines offenen Dialoges über Suizid
- Die Behandlung von suizidalen Patient\*innen und eine professionelle Herangehensweise
- Risikofaktoren
- Protektive Faktoren gegen einen Suizidversuch
- Gründe für Suizid bei Jugendlichen, Behandlung und Prävention
- Zweck einer Suizidrisikobewertung – warum wird sie benötigt und wann soll sie angewendet werden?

Nach Absolvierung des Einführungskurses kann das halbtägige Aufbauseminar besucht werden, in dem der Fokus auf trans-kulturellen Aspekten des Suizids gelegt ist. Das Ziel des Seminars soll sein, dass Suizidprävention in multikulturellen Settings umgesetzt werden kann.

#### 4.1.4 Großbritannien

International stellt der Primärversorgungsbereich in Großbritannien den am besten entwickelten und von der Bevölkerung akzeptierten in ganz Europa dar. Allgemeinmediziner\*innen stehen gemeinsam mit gut ausgebildeten Pflegepersonen im Mittelpunkt der Versorgung. Durchschnittlich arbeiten 2 bis 6 Allgemeinmediziner\*innen mit etwas mehr Pflegekräften und anderen Gesundheitsberufen in einem PVZ zusammen (Korsatko, 2017b).

2018 lag die altersstandardisierte Suizidrate in Großbritannien bei 11,2 pro 100.000 EW, wobei die Suizidraten in den unterschiedlichen Länderteilen stark variieren (Office for National Statistic, 2018). Die höchste altersstandardisierte Suizidrate weist Nordirland mit 18,6 pro 100.000 EW auf (Northern Ireland Statistic and Research Agency, 2020). In Schottland nahmen sich 16,1 Menschen pro 100.000 EW das Leben, in Wales und England belief sich die altersstandardisierte Suizidrate auf 12,8 beziehungsweise 10,3 pro 100.000 EW (Office for National Statistic, 2018). Demnach gibt es in den Ländern unterschiedliche Suizidpräventionsprogramme.

Schottland verfügt seit 2002 über eine nationale Strategie zur Suizidprävention mit dem Namen „Choose Life“, welche Teil der nationalen Strategie für psychische Gesundheit ist. Resultierend daraus ergab sich der „Scotland’s Suicide Prevention Action Plan“ (The Scottish Government, 2018). Ein Themenschwerpunkt dieser Strategie umfasst den Umgang mit Menschen in Krisen. Wichtige Multiplikatoren, die mit solchen Menschen arbeiten, wie beispielsweise das medizinische Personal in Notaufnahmen, Spitälern und Arztpraxen, sowie Lehrpersonal und Polizist\*innen stellen die Zielgruppe der Schulungsmaßnahmen dar. Die Qualität verschiedener Schulungsprogramme zur Suizidprävention wird durch das nationale Programmteam sichergestellt. In Zusammenarbeit mit den Anbietern der Schulungsprogramme werden Kurse für Ausbilder\*innen nach dem Prinzip „Train the Trainers“ organisiert, in welchen den Teilnehmer\*innen die korrekte Vermittlung der Inhalte und die neueste Version der Schulungsunterlagen nähergebracht wird.

Das Programmteam überwacht die richtige Umsetzung des „Train the Trainers“-Programms. Des Weiteren werden unter Miteinbeziehung der lokalen Regionen spezifische Schulungsprogramme entwickelt, wie jenes für Hausärzt\*innen in ländlichen und abgelegenen Gegenden (Fässler, et al., 2015, S. 164). In Zusammenarbeit mit der Ausbildungsbehörde innerhalb des Gesundheitsdienstes (NHS Education for Scotland) soll die Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals weiter vorangetrieben werden (Platt, et al., 2006).

Seit Einführung des Präventionsprogramms in Schottland absolvierten 50.000 Fachleute das Schulungsprogramm. Somit hat die Sensibilisierung auf das Thema Suizid und Suizidprävention zugenommen, Patient\*innen mit einer Depression werden besser erkannt und dementsprechend behandelt (Fässler, et al., 2015, S. 171).

„Protect Life 2“ nennt sich die Suizidpräventionsstrategie Nordirlands. Im Zeitraum zwischen 2019 und 2024 soll die Suizidrate um 10 % gesenkt werden (Department of Health, 2019, S. 11). Dies soll unter anderem durch einen Ausbau des Schulungsangebotes realisiert werden. Des Weiteren wird durch das Royal College of General Practitioners ein online Toolkit für psychische Gesundheit zur Verfügung gestellt, das Allgemeinmediziner\*innen im Bereich der Suizidprävention unterstützt und eine Hilfestellung bei der Risikoabschätzungen darstellen kann. Außerdem arbeiten das General Medical Council und das Royal College daran sicherzustellen, dass Allgemeinmediziner\*innen und Medizinstudent\*innen eine Schulung im Erkennen und Behandeln von Depression, selbstverletzendem Verhalten und Suizidgefährdung erhalten. Darüber hinaus werden vom Royal Collage of General Practitioners e-learning Module zu den Themen „Mental Health“ und „Suicide Prevention“ angeboten (Royal College of General Practitioners, 2021). Das Modul zur Suizidprävention umfasst Hintergrundinformationen bezüglich des Suizidverhaltens, wie zum Beispiel demographische Unterschiede der meistbetroffenen Bevölkerungsgruppen in den vier Landesteilen. Des Weiteren werden basierend auf Fallbeispielen die Einschätzung des Suizidrisikos und sinnvolle Interventionsmöglichkeiten vermittelt. Die Dauer dieses Moduls beträgt ca. 60 Minuten.

2012 veröffentlichte die Regierung Englands eine nationale Suizidpräventionsstrategie, die 2017 aktualisiert wurde (HM Government, 2019).

Sie umfasst unter anderem die drei Kernthemen: Daten- und Informationsweitergabe, Training und Selbstschädigung. Training wird als sektorübergreifende Thematik angeführt, angefangen von Professionellen, die in Gesundheitsberufen arbeiten, bis hin zu Laien, die mit suizidalen Menschen in Berührung kommen können. Explizit wird hier auch die Schulung von Allgemeinmediziner\*innen angesprochen. Health Education England stellt unterschiedliche Konzepte für den Umgang mit suizidalen Kindern und Jugendlichen, Erwachsenen und älteren Menschen online frei zur Verfügung (University Collage London, 2021). Diese „Self-harm and Suicide Prevention Competency Frameworks“ werden in den Trainings näher besprochen und den Teilnehmer\*innen wird erklärt, wie sie diese in ihren speziellen Settings einbauen und umsetzen können. Des Weiteren sollen NHS Mitarbeiter\*innen speziell im Umgang mit suizidalen Patient\*innen geschult und digitale Suizidpräventionsressourcen entwickelt werden, um die Erkennung von suizidgefährdeten Patient\*innen zu verbessern (HM Government, 2019).

#### 4.1.5 Niederlande

Die Niederlande weisen ebenfalls ein sehr gut entwickeltes Primärversorgungssystem auf. Hier arbeiten durchschnittlich drei Allgemeinmediziner\*innen mit Pflegekräften, Physiotherapeut\*innen, Pharmazeut\*innen, Psycholog\*innen, Hebammen und Geburtshelfern zusammen (Korsatko, 2017b).

2018 lag die Suizidrate in den Niederlanden bei 10,0 pro 100.000 EW und somit unter dem europäischen Durchschnitt (OECD, 2021). 2007 wurde Suizidprävention zu einer Priorität auf der Agenda des holländischen Gesundheitsministeriums, wodurch die Aufmerksamkeit gegenüber Suizid und Suizidprävention zunahm und verschiedene Projekte und Initiativen gestartet wurden.

Eine Initiative umfasst die Entwicklung und Einführung von multidisziplinären Richtlinien zur Beurteilung und Behandlung von suizidalen Patient\*innen. Diese beinhaltet ein Instrument zur Erkennung der Suizidgefährdung von Patient\*innen durch den CASE-Ansatz (Chronological Assessment of Suicide Events) (Shawn, 1998). Speziell für medizinisches Personal, das im niedergelassenen Bereich der Gesundheitsversorgung und somit an der ersten Anlaufstelle für Patient\*innen mit

psychischen Problemen tätig ist, stellt dieser Ansatz eine einfache Interviewstrategie zur Abschätzung der Suizidgefährdung von Patient\*innen im arbeitsreichen Ordinationsalltag dar. Der CASE-Ansatz ist zudem leicht erlernbar, einprägsam und erfordert keine schriftliche Anweisung. Mithilfe dieser Interviewmethode wird suizidales Verhalten von Patient\*innen chronologisch abgefragt. Die Anwendung der Richtlinien wird mit einem Train-the-Trainers Programm, welches zudem ein e-learning Modul enthält, gefördert. Zudem wurde durch eine Studie nachgewiesen, dass die Teilnehmer\*innen dieses Programms die Behandlungsrichtlinien deutlich besser umsetzten, ein höheres Fachwissen vorwiesen und das Selbstvertrauen der Teilnehmer\*innen im Umgang mit suizidalen Patient\*innen höher war, verglichen mit Personen aus der Kontrollgruppe, die sich Richtlinien auf dem herkömmlichen Wege aneigneten (De Beurs, et al., 2015).

Des Weiteren gibt es in den Niederlanden ein umfassendes Weiterbildungsangebot für Hausärzt\*innen bezogen auf den Umgang mit suizidalen Patient\*innen. Das Gatekeeper-Training umfasst eine Dauer von vier Stunden und basiert auf den weiter unten beschriebenen QPR-Prinzipien. Das Training besteht aus vier Hauptteilen: Einleitung, theoretischer Hintergrund, Rollenspiele und Empfehlungen zur Überweisung suizidaler Patient\*innen. Im theoretischen Teil liegt der Fokus auf Fakten zur aktuellen Epidemiologie des Suizids, Risikofaktoren, möglichen Ursachen und der Wichtigkeit, über Suizidgedanken zu sprechen. Danach werden in Rollenspielen die erlernten Fähigkeiten praktisch geübt und mehrmals wiederholt, um das Wissen der Auszubildenden zu festigen. Im letzten Teil wird eine Diskussionsrunde initiiert und über die Möglichkeiten zur Überweisung des\*der suizidalen Patienten\*in informiert, um die bestmögliche Behandlung eines\*r solchen Patienten\*in garantieren zu können. Einige der Trainer\*innen, die diese Seminare abhalten, arbeiten als Spezialist\*innen in psychiatrischen Einrichtungen oder erhielten ihre Befähigung durch das Absolvieren einer zwei-tägigen Train-the-Trainers Ausbildung. Terpstra *et al.* belegen in einer Studie die Wirksamkeit dieses Gatekeeper-Trainings (Terpstra, et al., 2018).

#### 4.1.6 Frankreich

Die Suizidrate in Frankreich belief sich 2016 auf 12,3 pro 100.000 EW (OECD, 2021). Das erste nationale Suizidpräventionsprogramm wurde 1998 in Frankreich eingeführt und 2002 eine Strategie zur Suizidprävention vorgelegt (Pompili, et al.,

2020, S. 14). Der Kern dieser Strategie war die Einführung eines „Train-the-Trainers“-Programm, welches von Psychiater\*innen und Psycholog\*innen für jene Berufsgruppen, die in der Suizidprävention tätig sind, organisiert wird. Der Fokus wird dabei speziell auf die Gruppe der Jugendlichen gesetzt. Spezifische Trainings werden für Bedienstete in Schulen, Ärzt\*innen und Pflegepersonal angeboten.

#### 4.1.7 Schweiz

Die Primärversorgung in der Schweiz wird durch die 26 Kantone organisiert, wobei niedergelassene Allgemeinmediziner\*innen eine zentrale Rolle spielen. 40 % der niedergelassenen Allgemeinmediziner\*innen arbeiten in einer Gruppenpraxis (Korsatko, 2017c).

Seit 2017 wird auch in der Schweiz ein nationaler Suizidpräventionsplan umgesetzt. Ziel ist es, die Suizidrate bis 2030 im Vergleich zu 2013 um 25 % zu reduzieren, das entspricht einer Rate von 10 Suiziden pro 100.000 EW (Bundesamt für Gesundheit, 2016). 2019 gab es in der Schweiz 11,3 Suizide pro 100.000 EW (OECD, 2021).

Speziell Hausärzt\*innen, die im ländlichen Raum angesiedelt sind, fühlen sich unsicher im Umgang mit suizidgefährdeten Patient\*innen und es ist teilweise nicht bekannt, wohin Betroffene weiterverwiesen werden können. Hier können Hotlines für Hausärzt\*innen von Nutzen sein. Der Kanton Waadt kann hier als Beispiel angeführt werden, welcher im Rahmen seines Suizidpräventionsplans in allen vier regionalen Niederlassungen der Psychiatrie eine Telefonnummer für psychiatrische Notfälle eingerichtet hat. An diese Nummer können sich Hausärzt\*innen und andere Fachpersonen wenden (Fässler, et al., 2015, S. 20).

Des Weiteren findet das non-verbale Screening-Verfahren PRISM-S (Pictural Representation of Illness Self Measure – Suicidality) in der Schweiz Anwendung. PRISM-S stellt ein Instrument zur Einschätzung des Suizidrisikos von Patient\*innen für das Gesundheitspersonal dar. Abgeleitet von der Methode zur Erfassung seelischen Leidens PRISM (Pictural Representation of Illness Self Measure), wurde diese Methode von Büchi *et al.* speziell zur Einschätzung des Suizidrisikos weiterentwickelt (Büchi, et al., 1998). Mit Hilfe einer metallischen Platte und eines farbigen Punktes wird die Ambivalenz des\*der Patient\*in bezüglich des Wunsches zu sterben und dem am Leben bleiben zu wollen, sichtbar gemacht. Der farbige Punkt stellt den\*die Patient\*in dar und die metallische Platte sein Leben. Nach

Aufforderung soll der\*die Patient\*in definieren, welchen Platz der Wunsch/Drang sich das Leben zu nehmen, in seiner\*ihrer aktuellen Lebenssituation einnimmt. Die Durchführung nimmt lediglich 2 – 5 Minuten in Anspruch. Damit erhält der behandelnde Arzt\*Ärztin eine valide, rasche Methode zur Einschätzung des Suizidrisikos gefährdeter Patient\*innen. Es wird beschrieben, dass PRISM-S die gleichen Ergebnisse liefert wie die Goldstandards zur Suizideinschätzung Beck Scale for Suicide Ideation (BSS) und Depressive Symptome Inventory – Suicidality Subscale (DSI-SS) (Ring, et al., 2014).

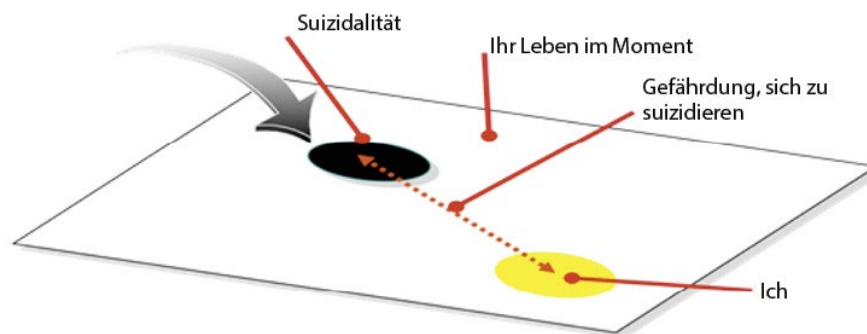


Abbildung 7: Suizidalitätseinschätzung von PRISM-S gemeinsam mit den Betroffenen (Harbauer, et al., 2021)

#### 4.1.8 USA

In den USA ist das Modell der „Patient-centered medical homes (PCMH)“ vorherrschend. Den Kern der PCMHs bildet eine patienten\*innenorientierte, auf Langzeitbegleitung eingerichtete Versorgung, wobei der\*die Hausarzt\*Hausärztin eine zentrale Rolle einnimmt. Die Allgemeinmediziner\*innen leiten ein Team von Gesundheitsprofessionals, wie Pflegepersonal, Apotheker\*innen, Ernährungsberater\*innen, Sozialarbeiter\*innen, etc. und übernehmen den Großteil der Gesundheitsleistungen inklusive Prävention.

Die Suizidrate in den USA lag 2017 bei 14,5 pro 100.000 EW und war somit im oberen Drittel der Suizidstatistik der OECD angesiedelt (OECD, 2021). 2012 wurde eine nationale Strategie zur Suizidprävention veröffentlicht. Unter anderem soll die Reduzierung der Suizide in den USA durch die Schulung von Ärzt\*innen, die in der Basisgesundheitsversorgung (PCMHs oder Notfallaufnahmen) tätig sind, erreicht werden. Durch das Sensibilisieren dieser Berufsgruppe sollen Suizidgefährdete oder Depressive besser erkannt und dadurch in weiterer Folge deren Therapieoutcome verbessert werden (Office of the Surgeon General; National Action Alliance for Suicide Prevention, 2012).

In den USA gibt es unterschiedliche Anbieter für Gatekeeper-Schulungen. Zwei davon sollen im Folgenden beschrieben werden. Zum einen ein Schulungskonzept von LivingWorks und zum anderen jenes, das seitens des QPR Instituts angeboten wird.

LivingWorks ist eine Organisation, die Schulungsprogramme für unterschiedliche Settings anbietet. Angefangen bei einem Online-training für Einsteiger\*innen, LivingWorks START, in dem die Grundlagen der Suizidprävention innerhalb von 90 Minuten nähergebracht werden, bis hin zu einem evidenzbasierten zweitägigen Seminar, dem Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST). LivingWorks ASIST ist unter anderem für Gesundheitsberufe der Basisgesundheitsversorgung ausgelegt. Im Zuge dieses Seminars sollen die Teilnehmer\*innen erlernen, Zeichen einer Suizidgefährdung wahrzunehmen und in weiterer Folge eine fachgerechte Intervention einzuleiten. Neben Trainings in den USA werden außerdem Schulungen in Kanada und Australien angeboten.

Ein anderes etabliertes Programm in den USA wird durch das QPR-Institut angeboten. QPR steht für „Question, Persuade and Refer“ und stellt eine Notfallintervention in der psychischen Gesundheit dar. Entwickelt wurde dieses Konzept 1995 von Paul Quinnett. In erster Linie soll durch dieses Programm das Wissen der Teilnehmer\*innen über Suizid und Suizidprävention verbessert und Mythen beseitigt werden. Außerdem stellt Enttabuisierung einen Kernpunkt dar. Die Teilnehmer\*innen sollen darin bestärkt werden, jemanden offen auf mögliche Suizidgedanken anzusprechen, ihn\*sie zu motivieren professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen und ihn\*sie zu einem solchen Termin zu begleiten. Durch mehrere Studien wird die Effektivität dieses Programms belegt (Keller, et al., 2009; Cross, et al., 2010; Litteken & Sale, 2018). Angeboten werden Online-Trainings. Die Durchführung des Gatekeeper-Basistrainings nimmt eine Stunde in Anspruch und vermittelt ein Grundwissen. Des Weiteren werden spezielle Online-Kurse für unterschiedliche Professionen, wie Ärzt\*innen, Physiotherapeut\*innen, diplomiertes Pflegepersonal, etc. bereitgestellt. Diese Schulungen werden mit einer Dauer von sechs Stunden angeboten und die Inhalte sind speziell auf die jeweilige Berufsgruppe abgestimmt. Firmen oder Organisationen können auch das Angebot einer Präsenzschulung durch eine\*n speziell ausgebildete\*n Trainer\*in in Anspruch nehmen.

## 4.2 Derzeitige Situation in Österreich

Die Recherche nach Angeboten zu Suizidprävention im Bereich Allgemeinmedizin/Primärversorgung hat zum Wiener Kriseninterventionszentrum geführt, das eine Beratungsstelle für Menschen in akuten Krisensituationen ist und des Weiteren Projekte zu den unterschiedlichsten Themen im Bereich der psychosozialen Gesundheit umsetzt. Eines dieser Projekte befasst sich mit der Suizidprävention in Hausarztpraxen in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention und der Ärztekammer Wien, Sektion für Allgemeinmedizin (Verein Kriseninterventionszentrum, 2018, S. 54ff). Die Sekundärprävention von Suiziden und Suizidversuchen soll durch die Vernetzung und den Austausch Wiener Hausärzt\*innen zum Thema Umgang mit suizidalem Verhalten bei Patient\*innen in der Allgemeinmedizin gefördert werden. Wiener Hausärzt\*innen sollen damit flächendeckend erreicht, grundlegendes Wissen im Umgang mit Suizidalität vermittelt und Schritte zur Vernetzung der Hausärzte\*innen mit Institutionen, die im psychosozialen Feld tätig sind, gesetzt werden. Gestartet wurde dieses Projekt im Mai 2010, wobei Vortragsveranstaltungen, Qualitätszirkel und Bezirksversammlungen zum Thema „Umgang mit suizidalen Patienten“ angeboten wurden. Zudem wurde 2018 ein inhaltlicher Schwerpunkt zur Thematik „Suizid und Lebenskrisen bei Männern bzw. Familienvätern“ gesetzt. Seither haben etwa 650 Allgemeinmediziner\*innen dieses Fortbildungsangebot in Anspruch genommen (Stand 2018). Aufgrund dieses Projekts wurde in weiterer Folge die Idee präventiv wirksame und psychiatrisch-psychosoziale Versorgung fördernde Fortbildungsprogramme anzubieten von der Sozialversicherung aufgenommen, die die Fortbildungsreihe „Psychiatrische Basisfertigkeiten für den Hausarzt“ fördert. Angeboten werden fünf Module: Depression und Angsterkrankungen, Somatoforme Störungen, Abhängigkeitserkrankungen, Dementielle Erkrankungen, sowie Krisenintervention und Suizidprävention. Nach Absolvierung dieser Fortbildungsreihe sollen psychiatrische Basisfertigkeiten für die Anwendung in der hausärztlichen Praxis erlernt, das Wissen über optimale Behandlungspfade und Vernetzung mit Fachärzt\*innen und anderen Versorgungsangeboten erworben, die frühzeitige Triage, Diagnostik und Behandlung forciert, sowie Kenntnisse über Hilfestellungen für den\*die Patienten\*in und dessen\*deren Umfeld erarbeitet

worden sein. Nach Beendigung dieser Weiterbildungsreihe werden den teilnehmenden Ärzt\*innen drei Fortbildungspunkte gutgeschrieben.

2017 wurde von der Österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention (ÖGS) in Kooperation mit SUPRA ein Gatekeeper-Schulungskonzept erarbeitet (Kapitany & Stein, 2017). Ziele sind die Bewusstseinsbildung, das Erlernen von Skills im Umgang mit Suizidgefährdeten, sowie die Stärkung des Hilfesuchverhaltens. Angeboten werden Seminare, deren Umfang je nach Zielgruppe variiert. Für medizinisches oder psychosoziales Fachpersonal wird die Basisschulung als Tagesseminar angeboten, für Kontaktpersonen vier Einheiten je 45 Minuten und für Interessierte gibt es eine Vortragsveranstaltung mit der Dauer von 45 Minuten. Die Basisschulung umfasst neben Grundwissen über Suizidalität auch Selbstreflexion, Gesprächsführung im Rahmen der Krisenintervention und das Besprechen von Fallbeispielen. Des Weiteren sind die Teilnehmer\*innen eingeladen, eigene Erfahrungen einzubringen. Abgehalten werden diese Schulungen von psychosozialen Fachpersonal, die das Train-the-Trainer Seminar absolviert haben.

## 5 Empirischer Teil

Für den empirischen Teil dieser Masterarbeit und zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Ziel der qualitativen Forschung ist es, auf Basis von verbalen, visuellen und/oder audiovisuellen Datenmaterial den zu klärenden Sachverhalt im Detail näher zu beschreiben, sowie Hypothesen und Theorien zu entwickeln (Döring & Bortz, 2016, S. 25ff). Als Grundlage zur Beantwortung der Forschungsfrage dient die Abhandlung von Döring und Bortz (Döring & Bortz, 2016). In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen der vorliegenden Masterarbeit näher beschrieben. Durch die Datenerhebung durch Expert\*inneninterviews und der darauffolgenden Aufbereitung und Analyse der so gewonnenen Informationen, soll eine gezielte Diskussion der Forschungsfragen und ein mögliches Ableiten von Hypothesen ermöglicht werden. Durch die quantitative Forschung können vorab gebildete Hypothesen belegt werden. Im Gegensatz dazu hat die qualitative Forschung zum Ziel, die Bildung von Hypothesen zu unterstützen. Darum bietet sich die Wahl dieser Vorgehensweise für den vorliegenden Themenbereich an.

### 5.1 Datenerhebung

Die Datenerhebung ist essenzieller Bestandteil jeder empirischen Studie. Die Daten werden mittels halb- bzw. teilstrukturierten Interviews erhoben. Durch den verwendeten Interviewleitfaden mit offenen Fragen erhält man ein Gerüst für Datenerhebung und Datenanalyse. Somit können die Ergebnisse unterschiedlicher Interviews miteinander verglichen werden. Für die vorliegende Masterarbeit wurde auf die Methode des Expert\*inneninterviews, eine Form des Leitfadeninterviews, zurückgegriffen. Laut Döring und Bortz gelten bei Expert\*inneninterviews die Befragten als Fachleute für ein bestimmtes Thema und somit kann strukturelles Fachwissen aber auch Praxis- und Handlungswissen erhoben werden (Döring & Bortz, 2016, S. 375). Des Weiteren können mithilfe des Interviewleitfadens mehrere Kategorien, sowie genauere Informationen zu einzelnen Themen, abgefragt werden (Gläser & Laudel, 2010, S. 107).

Damit man einen abgerundeten Überblick über das zu untersuchende Themenfeld erhält, mussten mehrere Expert\*innen befragt werden. Des Weiteren sollte das Problemfeld aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet werden. Diese beiden

Punkte wurden in der Auswahl der Interviewpartner\*innen berücksichtigt. Zum einen wurde die Sicht von Expert\*innen des Themenbereichs Suizid und Suizidprävention abgefragt, zum anderen standen die Erfahrungen und Einschätzungen von Ärzt\*innen, die in PVEs tätig sind, im Fokus. Insgesamt wurden sechs Interviews geführt, drei mit Expert\*innen des Themenbereichs Suizid und Suizidprävention und drei mit Allgemeinmediziner\*innen, die in österreichischen PVEs tätig sind.

Der Interviewleitfaden wurde in sieben übergeordnete Themenbereiche gegliedert. Jeder dieser Bereiche umfasst mindestens zwei und höchstens vier Subfragen. Für die Interviews wurden somit auch zwei unterschiedliche, an die jeweiligen Tätigkeitsbereiche der Expert\*innen angepasste Interviewleitfäden verwendet. Die Fragestellungen waren in folgende Kategorien gegliedert:

- Umgang mit suizidalen Patient\*innen
- Einflussfaktoren auf suizidale Neigung
- Chancen des PVEs gegenüber der Hausarztpraxis
- Suizidprävention im PVE
- Vernetzung mit relevanten Organisationen
- Bildungsangebot für Allgemeinmediziner\*innen/Gesundheitspersonal
- Wünsche und Verbesserungsvorschläge

Der gesamte Interviewleitfaden ist im Anhang zu finden.

Der Erhebungszeitraum erstreckte sich von Ende September 2021 bis Mitte Oktober 2021. Zunächst wurden Mitte September 2021 die Expert\*innen per E-Mail kontaktiert und bei Zusage ein Termin für das Interview festgelegt. Dank der raschen Antworten und der großen Bereitschaft konnten die Befragungen innerhalb von drei Wochen durchgeführt werden. Die Gespräche fanden online, im Rahmen einer Zoom-Besprechung statt.

## 5.2 Datenaufbereitung

Die geführten Expert\*inneninterviews wurden digital aufgezeichnet und in weiterer Folge vollständig transkribiert (siehe Anhang). Unterschiedliche Transkriptionstechniken beziehungsweise -regeln mit unterschiedlichen Detaillierungsgraden lassen sich in der Literatur finden. Döring und Bortz beschreiben, dass das jeweilige Transkriptionssystem an das Forschungsproblem angepasst und mit den zeitlichen und finanziellen Ressourcen abgestimmt sein

sollte (Döring & Bortz, 2016, S. 583). Außerdem wird beschrieben, dass es durchgängig umgesetzt werden muss (Döring & Bortz, 2016, S. 583). Die Verschriftlichung der geführten Interviews erfolgte nach der Standardorthografie. Da es für die inhaltliche Analyse keine Relevanz besitzt, wie etwas gesagt wurde, fanden non-verbale Aspekte wie zum Beispiel Pausen, Lachen, Räuspern oder paraverbale Äußerungen in der Transkription keine Berücksichtigung.

### 5.3 Datenanalyse

Bei der qualitativen Datenanalyse wird von Döring und Bortz zwischen der fallbezogenen und der fallübergreifenden Auswertung unterschieden (Döring & Bortz, 2016, S. 598). Im Rahmen der fallbezogenen Auswertung werden einzelne Interviewtransskripte betrachtet, deren Inhalte analysiert werden und versucht diese in übergeordnete Kategorien zu bündeln. Danach werden in einem zweiten Schritt die Gemeinsamkeiten und mögliche Differenzen extrahiert, um daraus mögliche Erkenntnisse abzuleiten. Damit stellt die Datenanalyse den Übergang hin zur abschließenden Hypothesen- und Theorienbildung, sowie dem Ableiten konkreter Aussagen dar. Zudem müssen bei der Analyse die spezifischen Blickwinkel und Zugänge der interviewten Expert\*innen berücksichtigt werden. Die Auswertung und Analyse der Interviews wurde anhand vorab festgelegter Kategorien, nach welchen auch die Interviewleitfäden konzipiert wurden, durchgeführt. Diese Kategorien sind wie folgt:

- Umgang mit suizidalen Patient\*innen
- Einflussfaktoren auf suizidale Neigung
- Chancen des PVEs gegenüber einer Hausarztpraxis
- Suizidprävention im PVE
- Vernetzung mit relevanten Organisationen
- Bildungsangebot für Allgemeinmediziner\*innen/Gesundheitspersonal
- Wünsche und Verbesserungsvorschläge

Im weiteren Verlauf der Arbeit werden für die Interviewpartner\*innen Abkürzungen, wie in Tabelle 1 aufgelistet, verwendet:

Interviewpartner*in	Abkürzung
Experte*in Suizidprävention 1	S_1
Experte*in Suizidprävention 2	S_2
Experte*in Suizidprävention 3	S_3
Arzt*Ärztin PVE 1	A_1
Arzt*Ärztin PVE 2	A_2
Arzt*Ärztin PVE 3	A_3

*Tabelle 1: Abkürzungen für die Bezeichnung der Interviewpartner\*innen*

## 6 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der qualitativen Studie dargestellt und interpretiert. Der Gliederung der Ergebnisse liegen die ausgewerteten Kategorien zugrunde, welche wiederum aus den übergeordneten Themen des Gesprächsleitfadens abgeleitet werden. Um bedeutsame Informationen und Erkenntnisse transparenter zu machen, werden einzelne Textpassagen aus den Interviews eingefügt, welche die Interpretation untermauern sollen. Das Forschungsziel der vorliegenden Arbeit besteht darin, die derzeitige Situation hinsichtlich Suizidprävention in PVEs in Österreich zu eruieren, sowie die Wünsche und Verbesserungsvorschläge von Expert\*innen für die zukünftige Suizidpräventionsarbeit zu beschreiben. Durch das Zusammentragen von Wissen, Erfahrungen und Meinungen kann somit ein Konsens gefunden werden, um eine gemeinsame und bestmögliche Suizidpräventionsarbeit in österreichischen PVEs in Zukunft aufbauen und gewährleisten zu können.

### 6.1 Arbeit mit suizidalen Patient\*innen

Alle drei Allgemeinmediziner\*innen, die in PVEs beschäftigt sind, hatten im Rahmen ihrer Tätigkeit bereits Kontakt zu suizidalen Patient\*innen und sind der Meinung, dass mit dieser Patient\*innengruppe sehr individuell und fallbezogen umgegangen werden sollte. Als ersten Schritt *„muss man einmal die tatsächliche Gefährdung abklären“* (A\_1, 6), wonach weitere Handlungen gesetzt werden, wie zum Beispiel für den\*die betreffende\*n Patient\*in *„kurzfristig einen Termin bei einem Psychiater zu bekommen“* (A\_1, 10) oder bei akuter Suizidalität den\*die Patient\*in in eine stationäre Behandlung einzuweisen (vgl. A\_3, 5-6). Um die Entscheidung über weiterführende Schritte bestmöglich treffen zu können sollen *„Hausärzte zum Thema Suizid gut ausgebildet sein, also ein ausreichendes Basiswissen haben, um erstens einmal zu erkennen, wann jemand suizidgefährdet ist [...] und zweitens auch zu wissen, wann sie an eine mögliche Suizidgefährdung, das heißt bei Risikogruppen und Risikofaktoren“* (S\_3, 4-8) denken könnten. Ein\*e Expert\*in für Suizidprävention spricht hier an, dass es wichtig ist, mögliche Suizidgedanken der Patient\*innen offen anzusprechen und ernst zu nehmen (vgl. S\_2, 7-8, S\_2, 16-18)). Außerdem bietet *„die Krisenintervention einen guten Handlungsleitfaden, wie man mit suizidgefährdeten umgeht“* (S\_1, 5-6).

## 6.2 Einflussfaktoren auf suizidale Neigungen

Die Allgemeinmediziner\*innen sehen vor allem die Einflussfaktoren „körperliche Einschränkung“ und „psychische Erkrankung“ als Punkte, an dem sie die betroffenen Patient\*innen in Bezug auf Suizidprävention unterstützen können. Ebenso werden diese Faktoren von den Expert\*innen für Suizidprävention als wichtig erachtet, da *„die Medizin vielleicht eine Verbesserung für die körperliche Erkrankung bringen kann“* (S\_3, 31-32). Vor allem in Akutsituationen kann die Verschreibung von Medikamenten eine Linderung der Beschwerden liefern, wie zum Beispiel der Einsatz von Psychopharmaka, Schlafmittel oder Beruhigungsmittel, da diese *„trotz aller Kritik und Problematik [...] hier lebensrettend sein“* (S\_1, 23-24) können, wobei die Verschreibung solcher Medikamente in Zusammenarbeit mit Fachärzt\*innen für Psychiatrie erfolgen sollte. Des Weiteren führt eine adäquate Schmerztherapie zur Verbesserung der Situation von manchen chronisch kranken Patient\*innen, denn *„Schmerzen, die die psychische Verfassung natürlich verschlechtern“* (A\_2, 35-36) wirken einerseits auf die Entstehung von Suizidalität ein und können zudem sehr gut von Hausärzt\*innen therapiert werden (vgl. S\_3, 28-34). Durch den regelmäßigen Kontakt, den chronisch Kranke zu ihren Hausärzt\*innen haben, kann eine Schmerztherapie gut begleitet und gemonitort werden.

Als zweiten Punkt, an dem in PVEs suizidpräventiv angesetzt werden kann, sehen die Expert\*innen den Einflussfaktor Krisen. Hier soll vor allem versucht werden Patient\*innen *„schon frühzeitig in einer Krise abzufangen, indem man ihnen einfach schon frühzeitig das Angebot von psychotherapeutischen Gesprächen oder auch durch medikamentöse Intervention andere Möglichkeiten bietet“* (A\_3,17-19). Hausärzt\*innen müssen aber vor einer Intervention darüber Bescheid wissen, was der Anlass der Krise ist (zum Beispiel Veränderung der Lebenssituation, Trauma, etc.) und welche innere Bedeutung sie für den Betroffenen hat (wie wird die aktuelle Lebensphase empfunden). Je nachdem, welches Problem die Krise der suizidgefährdeten Patient\*innen auslöst, kann an unterschiedliche Ansatzmöglichkeiten gedacht werden, sei es bei finanziellen Problematiken die Schuldnerberatung miteinzubinden oder Kontakt mit dem Arbeitgeber aufzunehmen, wenn die Arbeitssituation der Auslöser der Krise ist (vgl. A\_1, 32-36, S\_3, 44-46).

Als großen Vorteil sehen alle Expert\*innen die Vertrauensbeziehung, die häufig zwischen Hausärzt\*innen und deren Patient\*innen vorherrscht und auch das „*die Familiensituation und die Vorgeschichte der Patienten*“ (A\_2, 22-23) bekannt ist. Somit können auch Familienmitglieder in das Krisengespräch als Unterstützung miteinbezogen werden.

Oftmals wenden sich auch Patient\*innen mit körperlichen Beschwerden, wie zum Beispiel Nackenschmerzen oder Spannungskopfschmerzen an ihre\*n Hausarzt\*Hausärztin, wobei die Grundlage dafür aber häufig „*psychischer Natur*“ (S\_2, 43) ist. Auch hier kann durch den persönlichen Bezug hinterfragt werden, ob es in der Lebenssituation des\*der Patienten\*in Schwierigkeiten gibt und versucht werden im Zuge eines „*offenen Gesprächs [...] schwierige Themen [...] oder Suizidgedanken anzusprechen.*“ (S\_3, 27-28). Das Aussprechen der Belastung stellt für viele Betroffene bereits eine Erleichterung in ihrer Situation dar.

### 6.3 Chancen des PVEs gegenüber einer Hausarztpraxis

Die Chancen des PVEs gegenüber einer hausärztlichen Praxis in Bezug auf Suizidprävention werden von den Expert\*innen durchaus als vorteilhaft bewertet. Einen zentralen Punkt stellt die Vernetzung von Allgemeinmediziner\*innen mit anderen Berufsgruppen dar. Durch die Arbeit in einem Team kann man Meinungen und Einschätzungen austauschen und nicht nur die medizinische Sicht, sondern auch die Blickwinkel von Therapeut\*innen in die weitere Vorgehensweise miteinbeziehen (vgl. A\_2, 49-50, A\_1, 25-32). Die befragten Expert\*innen sind der Meinung, dass es bei schwierigen Thematiken, wie dem Feststellen von Suizidalität, einen Vorteil darstellt, „*wenn man ein breit aufgestelltes Team um sich hat*“ (A\_3, 36-37). Des Weiteren wird die niederschwellige Zuweisung zu anderen Berufsgruppen, die im PVE tätig sind, als positiv beurteilt. Zum einen kann innerhalb kurzer Zeit ein Termin bei Psychotherapeut\*innen oder Sozialarbeiter\*innen vereinbart werden, je nachdem welche Bedürfnisse die suizidgefährdete Person in dieser Ausnahmesituation hat und welche Professionen im betreffenden PVE verfügbar sind (vgl. A\_1, 45-57). Außerdem hat die betroffene Person durch das Konsultieren des\*der Hausarztes\*Hausärztin einen ersten Schritt gesetzt und eine Hemmschwelle überwunden. Durch das niederschwellige Weitervermitteln im selben Haus muss sich der\*die Patient\*in nicht erneut einer Hürde stellen (vgl. S\_2, 44-50). Im Falle, dass keine psychosoziale Betreuung im PVE angeboten wird, aber

zwei oder mehrere Allgemeinmediziner\*innen vor Ort sind, kann es für den behandelte\*n Arzt\*Ärztin durchaus als erleichternd empfunden werden, „*dass er sich Rücksprache einholen kann [...] vielleicht sogar unmittelbar in der Situation oder im Anschluss*“ (A\_3, 64-65). Somit muss die Entscheidung über weiterführende Maßnahmen nicht von einer Person getroffen werden.

#### 6.4 Suizidprävention im PVE

Die befragten Expert\*innen kennen kein Suizidpräventionsprojekt oder -konzept, das im Setting PVE umgesetzt werden kann. Die Allgemeinmediziner\*innen A\_1 und A\_3 weisen hier auf das Projekt „social prescribing“ hin, das momentan in einigen österreichischen PVEs angeboten wird. „Social prescribing“ stellt einen Interventionsansatz dar, bei dem Patient\*innen im Hinblick auf nichtmedizinische (sozialen, emotionalen oder alltäglichen) Bedürfnisse an eine Fachkraft mit einer spezifischen Funktion weiterverwiesen werden. Dieses Projekt zielt darauf ab, das allgemeine Wohlbefinden bei den Teilnehmern zu verbessern, sowie das Gefühl der sozialen Verbundenheit der Patient\*innen zu stärken. Angesprochen sollen dadurch ältere Menschen mit wenig sozialen Kontakten, chronisch oder psychisch Kranke, ins besonders jene, bei denen sich die Erkrankung auf verschiedene Lebensbereiche auswirkt (Arbeit, soziales Netzwerk), sozial benachteiligte Personen (zum Beispiel armutsbetroffen, niedriges Bildungsniveau) oder Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz. Mehrere Studien belegen die Effektivität von „social prescribing“ (Moffatt *et al.*, 2017; Bertotti *et al.*, 2018; Woodall *et al.*, 2018). Dieses Projekt zielt zwar nicht explizite auf Suizidprävention ab, dennoch wirkt es auf Risikofaktoren ein, die sehr wohl auch mit Suizidalität in Verbindung stehen und kann somit einen Beitrag zur Verhinderung von Suizid leisten.

Die befragten Allgemeinmediziner\*innen sind der Meinung, dass Projekte oder Konzepte, die darauf abzielen Suizidprävention stärker in die Primärversorgung einzugliedern, die Intention haben sollten „*mehr Awareness in den unterschiedlichen Berufsgruppen*“ (A\_3, 52) zu schaffen. Nicht nur um mit dem Tabu Suizidalität zu brechen, sondern auch einer gewissen Angst und Unsicherheit entgegenzuwirken, die mit der Manifestation einer Suizidgefährdung verbunden ist. Das Bestreben sollte darin liegen, den Allgemeinmediziner\*innen und anderen im PVE tätigen Gesundheitsberufen ein Basiswissen und einen Überblick über

weiterführende Maßnahmen im Falle einer Suizidgefährdung zu liefern, „*damit man weiß, wie man vorgehen sollte*“ (A\_3, 56).

Außerdem erachten die befragten Allgemeinmediziner\*innen den Faktor Vernetzung als wichtigen Bestandteil eines Suizidpräventionskonzepts oder -projekts, denn „*der persönliche Kontakt oder wenn man weiß, an wen man sich wenden kann, ist immer wichtig*“ (A\_2, 61-62). Hier sehen die Expert\*innen vor allem das Potential im Austausch mit Organisationen und Einrichtungen, die in unmittelbarer Nähe ansässig sind und mit denen man im Falle einer Suizidgefährdung eines\*r Patient\*in unmittelbar in Kontakt steht (vgl. (A\_2, 62-67).

Zwei Expert\*innen für Suizidprävention nennen auf die Frage, ob Sie Suizidpräventionskonzepte oder -projekte kennen, die in PVEs oder in einer hausärztlichen Praxis umgesetzt werden können, zum einen das Projekt des Wiener Kriseninterventionszentrums zur Schulung von Hausärzten und zum anderen Gatekeeperschulungen, die von SUPRA angeboten werden (vgl. S\_1, 84-88, S\_3,69-77). Beide Projekte wurden in Kapitel 4.2 bereits näher beschrieben.

Grundsätzlich lässt sich aus den geführten Interviews ableiten, dass solche Suizidpräventionsmaßnahmen an der Schulung von Mediziner\*innen und dem Gesundheitspersonal ansetzen können, um einerseits die Bewusstseinsbildung für Suizid zu verstärken und andererseits das Wissen über Präventionsmöglichkeiten zu steigern.

## 6.5 Vernetzung mit relevanten Organisationen

Zum Thema Vernetzung stellt sich heraus, dass Allgemeinmediziner\*innen, die Sozialarbeiter\*innen vor Ort haben, betroffene Patient\*innen an diese übergeben, da Sozialarbeiter\*innen sehr gut mit relevanten Organisationen vernetzt sind und hier viel Austausch stattfindet. Von zwei Allgemeinmediziner\*innen wird auch gesagt, „*dass die Zeit auf jede persönliche Krise einzugehen nicht immer da ist in einer Kassenpraxis*“ (A\_3, 59-60) und man „*viel zu tun hat und eventuell nicht eine Stunde lang ein Krisengespräch führen kann*“ (A\_2, 48-49). Somit liegt es nahe, Patient\*innen mit Bedürfnissen hinsichtlich suizidpräventiver Weitervermittlung an die Sozialarbeit zu übergeben, wenn es nicht um eine akute Suizidalität handelt und Maßnahmen nicht möglichst zeitnah gesetzt werden müssen.

Des Weiteren sind die jeweiligen PVEs mit unterschiedlichen Organisationen, wie Schmerzambulanzen, der Jugend- und Familienberatung, aber auch Palliativteams in Kontakt und sehen die Vernetzungsarbeit mit relevanten Organisationen in der näheren Umgebung als wichtigen Bestandteil in der Präventionsarbeit (vgl. A\_1, 38-42, A\_2, 118-120, A\_3,64-66). Hier wird von einem Experten für Suizidprävention angemerkt, dass *„PVEs, die im Moment eine Vorreiterrolle einnehmen, oftmals von sehr engagierten Hausärzten, die PVEs gründen, und Mitarbeitern betrieben werden und solchen liegt eben auch viel an der Vernetzung“* (S\_3, 85-87). Außerdem steht die Vernetzung auch mit der Erfahrung von einzelnen Hausärzt\*innen in Verbindung, ob sie bereits in einer Psychiatrie tätig waren und dadurch in Kontakt oder regelmäßigen Dialog mit solchen Einrichtungen stehen (vgl. S\_1, 65-68). Somit hängt es sehr stark von den einzelnen Institutionen ab, sowohl seitens der PVEs, aber auch von Organisationen für Suizidprävention, wie stark der Austausch miteinander forciert wird. Ein anderer Experte führt aus, *dass „für die Zukunft noch sehr viel an Vernetzungsarbeit ansteht, sehr viel auch an Brechen von Strukturen, Aufmachen von neuen Feldern. Also da sind wir sicher noch am Beginn der Reise“* (S\_2, 95-97).

Außerdem wird in punkto Vernetzung ein Stadt-Land-Gefälle von den Expert\*innen angesprochen. Ein Unterscheid lässt sich *„sowohl in der Vernetzung als auch im Bedarf“* (A\_2, 91) feststellen. Des Weiteren ist das Angebot an Aktionen und Aktivitäten zur Förderung der psychosozialen Gesundheit im städtischen Bereich eher vorhanden und wird angenommen im Vergleich zu den ländlichen Gebieten, wo zum einen weniger Angebot vorhanden und zum anderen, die Hemmschwelle ein solches in Anspruch zu nehmen, höher ist (vgl. S\_2, 162-167).

## 6.6 Bildungsangebote für Allgemeinmediziner\*innen/Gesundheitspersonal

Den Allgemeinmediziner\*innen ist kein Bildungsangebot für Suizidprävention bekannt, wobei von den Expert\*innen für Suizidprävention erneut das Projekt des Wiener Kriseninterventionszentrums zur Schulung von Hausärzten, das „Basiscurriculum Psychiatrie“ und das Gatekeeperschulungsprogramm von SUPRA genannt wurden, die bereits in Kapitel 4.2 näher beschrieben wurden. Die Allgemeinmediziner\*innen sind der Meinung, dass eine solche Schulung durchaus für das gesamte Team angeboten werden sollte, *„weil das Erkennen einer suizidalen Situation gerade auch für eine Ordinationsassistentin oder einer*

*Krankenpflegerin oder Physiotherapeutin auch eine ganz wichtige Sache ist“ (A\_1, 85-87) und durch die Schulung des gesamten Teams „alle am gleichen Wissenstand sind, alle annähernd gleich vorgehen“ (A\_1, 93-94). Die Anforderungen der Allgemeinmediziner\*innen an ein solches Bildungsangebot sind, dass es „praxisnah und durchführbar“ (A\_3, 76) ist und als Präsenzveranstaltung besucht werden kann.*

Laut den Expert\*innen für Suizidprävention sollte das Bildungsangebot für Suizidprävention stark am Aufbau der Gatekeeperschulungen orientiert sein (vgl. S\_1, 85-87, S\_3, 108-120). In erster Linie soll ein basales Wissen vermittelt, Methoden zur Erkennung von Suizidalität und den dazugehörigen Parametern erlernt, die Gesprächsführung mit suizidalen Patient\*innen behandelt und die weitere Versorgung dieser Patient\*innen besprochen werden. Außerdem soll das Thema Vernetzung zum Schulungsinhalt zählen. Speziell für Hausärzt\*innen kann der Punkt medizinische Interventionsmöglichkeiten durch medikamentöse Therapien von Wichtigkeit sein. Die Hausärzt\*innen und das Gesundheitspersonal sollen im Rahmen einer Schulung darauf aufmerksam gemacht werden, *„dass Krisengespräche schon sehr entlastend sein können“ (S\_3, 114) und dass sie in ihrer Rolle ein großes Potential in der Suizidprävention haben und sich dessen auch Bewusst sind.*

## 6.7 Wünsche und Verbesserungsvorschläge

Prinzipiell wünschen sich die Ärzt\*innen, die in PVEs tätig sind, mehr Informationen über Möglichkeiten suizidpräventiv tätig zu sein, einen besseren Überblick über einschlägige Organisationen in ihrer unmittelbaren Nähe und ein größeres Angebot an Schulungen und Seminaren (vgl. A\_1, 104-108, A\_2, 115-120). Ähnlich wird das auch von einem Experten für Suizidprävention gesehen, vor allem in punkto Stadt-Land-Gefälle (vgl. S\_2, 158-167, S\_3, 143-146). Außerdem wäre ein sorgsamer Umgang mit Antidepressiva und Benzodiazepinen in der hausärztlichen Praxis wünschenswert, um Abhängigkeiten und psychischer Polypharmazie entgegenzuwirken (vgl. S\_1, 93-101). Des Weiteren möchte S\_3 *„noch einmal die Wichtigkeit des Ausbaus des Schulungsangebotes unterstreichen“ (S\_3, 146-147).*

## 7 Diskussion

Das Ziel dieser Masterarbeit war es, mittels einer Literaturrecherche, sowie durch leitfadengestützte Interviews mit Expert\*innen zu ergründen, welche Möglichkeiten zur Umsetzung von Suizidprävention im PVE denkbar wären. In diesem Kapitel werden die gewonnenen Erkenntnisse genutzt, um die Forschungsfragen zu beantworten.

- *Gibt es Einflussfaktoren auf suizidale Handlungen, die im PVE erkannt werden können und an denen Suizidprävention im Setting PVE ansetzen kann?*

Wie bereits ausgeführt, stellt Suizidalität ein breites Spektrum an menschlichen Denkens und Handeln dar und wird von Risiko- bzw. protektiven Faktoren beeinflusst. Die Palette an Einflussfaktoren ist sehr umfassend und auch wenn sich mehrere Risikofaktoren bei einem\*einer Patient\*in identifizieren lassen, kann aufgrund von ausreichend Schutzfaktoren eine suizidale Handlung definitiv ausgeschlossen werden. Sind im Gegensatz dazu nur wenige Schutzfaktoren ausgeprägt, stellt eine plötzliche, womöglich traumatische, Lebensveränderung einen enormen Risikofaktor dar. Darum sollte bei einer möglichen Feststellung von Risikofaktoren das gesamte Umfeld der betroffenen Person beleuchtet werden.

Aus der Literatur lässt sich der Einflussfaktor „körperliche Einschränkung“, sowie „psychische Erkrankung“ als Faktoren benennen, die von Allgemeinmediziner\*innen im PVE erkannt werden kann. Wie bereits beschrieben, weist diese Gruppe ein erhöhtes Suizidrisiko als die Normalbevölkerung auf. Gründe dafür können chronische Schmerzen, aber auch die psychische Belastung in dieser Lebenssituation sein (siehe Kapitel 2.3.1.). Betroffene Patient\*innen suchen in Anbetracht ihrer Erkrankung den\*die Hausarzt\*Hausärztin in regelmäßigen Abständen auf, sei es zur regelmäßigen Blutabnahme aufgrund einer laufenden Chemotherapie oder um rezeptpflichtige Medikamente zur Behandlung der Erkrankung zu erhalten. Somit hat der\*die Arzt\*Ärztin stets die Möglichkeit sich ein Bild von der psychischen Situation des\*der Patient\*in zu machen und wenn nötig darauf zu reagieren. Wie auch Rogers *et al.* postulieren, stellt dieser regelmäßige Kontakt einen Ansatzpunkt zur Suizidprävention in der Primärversorgung dar (Rogers, et al., 2021). Dieser Auffassung sind auch die befragten Expert\*innen, da

sie, neben laufenden Therapien zur Linderung von Schmerzen und körperlichen Symptomen, den psychischen Zustand der Patient\*innen aufgrund der längeren Arzt-Patienten-Beziehung gut einschätzen und auch bei der Weitervermittlung zu psychologischer Betreuung unterstützen können. Chronisch Kranke erleben oftmals ein auf und ab ihrer psychischen Verfassung, da sie häufig mit Rückschlägen konfrontiert sind und keine Aussicht auf eine Verbesserung ihrer Situation sehen, wodurch das Gefühl der Hoffnungslosigkeit und keinen Ausweg zu haben, entsteht. Ähnliches trifft auch auf ältere Menschen, die körperliche Einschränkungen haben und dadurch ihren Alltag nicht mehr allein meistern können, zu. Durch die Abschätzung der Suizidgefährdung können Hausärzt\*innen in eine mögliche suizidale Entwicklung frühzeitig eingreifen.

Ebenso weist die Gruppe der Menschen mit psychischen Erkrankungen ein erhöhtes Suizidrisiko auf (siehe Kapitel 2.3.2.). Auch mit dieser Patient\*innengruppe haben Hausärzt\*innen regelmäßigen Kontakt. Die Arbeit mit diesen Patient\*innen sollte sehr aufmerksam gestaltet sein. Hier können Ärzt\*innen das Fernbleiben bei einem Termin als Warnzeichen wahrnehmen und die betroffene Person kontaktieren (vgl. A\_3, 46-48). Der Grund dafür, dass der Termin nicht wahrgenommen werden konnte, kann banal sein. Durchaus ist es aber möglich, dass sich der\*die Patient\*in in einer akut gefährdeten Situation befindet und durch das Erkennen dieser in das Geschehen eingegriffen werden kann.

Das Vorhandensein von Krisen im Leben der Patient\*innen wird sowohl in der Literatur (siehe Kapitel 2.3.3.) als auch von den interviewten Expert\*innen als Ansatzpunkt für Suizidprävention im PVE genannt. Krisen können körperliche Symptomatiken, wie Schlafstörungen, depressive Verstimmungen oder Verspannungskopfschmerzen auslösen, die die Situation der betroffenen Person zusätzlich erschweren. Auch hier erhalten Hausärzt\*innen eine essenzielle Funktion zugeteilt, da sie diese Beschwerden vorübergehend durch medikamentöse Interventionen lindern können. Trotzdem sollte in dieser Beziehung ein überlegtes Handeln der Hausärzt\*innen forciert werden, da gerade Antidepressiva, Schlaf- und Beruhigungsmittel, wie Benzodiazepine, Abhängigkeiten verursachen können (vgl. S\_1, 91-101). Wolfersdorf und Etzersdorf führen dazu aus, dass das Ziel der psychopharmakologischen Intervention die Entspannung und Herbeiführung von Schlaf, sowie eine emotionale Distanzierung und insgesamt eine Reduktion von

Handlungsdruck herbeigeführt werden sollte (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011, S. 228). Diese Interventionsmöglichkeit sollte nur in akuten Situationen vorübergehend angewandt werden und nicht über einen längeren Zeitraum erfolgen, da diese nicht das grundlegende Problem löst. Die Behandlung der Krise sollte darum auf mehreren Ebenen ansetzen und nicht nur auf medikamentöse Behandlung zurückgreifen. Hier stellt die Psychotherapie eine geeignete Begleitmaßnahme dar. Hausärzt\*innen können dahingehend eine Weitervermittlung in Erwägung ziehen, sowie zu sozialarbeiterischer Unterstützung verhelfen oder den Kontakt zu spezialisierten Einrichtungen, wie PSN oder pro mente, herstellen.

Aus diesen Punkten lässt sich schließen, dass die besondere Vertrauensbeziehung, die zwischen Patient\*innen und Hausärzt\*innen besteht, die Basis zur Suizidprävention in der Primärversorgung darstellt. Dadurch können heikle Themen, wie Suizidgedanken oder Hoffnungslosigkeit, angesprochen und darauf eingegangen werden. Oftmals ist es ausreichend jemanden auf seine derzeitige schwierige Lage anzusprechen, um die Entwicklung einer suizidalen Handlung aufzuhalten. An dieser Stelle soll auch festgehalten werden, dass die befragten Allgemeinmediziner\*innen, als auch die Literatur Hinweise darauf liefern, dass der Umgang mit suizidgefährdeten Personen durchaus eine Ausnahme darstellt und nicht alltäglich ist (Sonneck, 2016, S. 213). Dennoch nehmen Hausärzt\*innen eine wichtige Rolle in der Suizidprävention ein. Wie bereits eingangs erwähnt, suchen immerhin 45 % der Menschen die einen Suizid begehen, im Verlauf des letzten Monats ihres Lebens ihre\*n Hausarzt\*Hausärztin auf (Luoma, et al., 2002). Wird in diesem Fall die Suizidgefährdung des\*der Patient\*in richtig eingeordnet, kann dadurch ein Leben bewahrt werden. Sonneck *et al.* führen weiter aus, dass sich die suizidale Neigung in banalen Anliegen verbergen kann und durch die richtige Zuordnung die Arbeit der Hausärzt\*innen einen entscheidenden Einfluss auf die Suizidrate haben kann (Sonneck, 2016, S. 213). Dieser wichtigen Funktion sollten sich Hausärzt\*innen in PVEs durchaus bewusst sein, beziehungsweise sollten sie darauf hingewiesen werden.

- *Welche Möglichkeiten suizidpräventiv tätig zu werden, gibt es für Allgemeinmediziner\*innen im PVE?*

Wie bereits im Teil der Literaturrecherche ersichtlich war, ist die Landschaft an Suizidpräventionskonzepten oder -projekten in Österreich, die in der Primärversorgung umgesetzt werden können, sehr spärlich ausgeprägt. Definitive Projekte für PVEs in expliziten Bezug auf Suizidprävention sind nicht vorhanden. Wie die Literaturrecherche weiter ergeben hat, setzten andere Länder einen weitaus größeren Fokus auf niederschwelliger Suizidprävention in der Primärversorgung. Dabei würden PVEs ein optimales Setting für suizidpräventive Arbeit darstellen. Erstens dadurch, dass die Patient\*innen über einen längeren Zeitraum behandelt werden und so in Anbetracht der bekannten Patient\*innengeschichte körperliche als auch psychische Beschwerden besser eingeordnet werden können und zweitens stellt die Multiprofessionalität einen Vorteil dar, da Entscheidungen im Team getroffen werden können und niederschwellig zu den anderen im PVE tätigen Berufsgruppen weitervermittelt werden kann. Wie sich aus den Interviews ableiten lässt, haben österreichische PVEs ein enormes Potential Suizidprävention im Ordinationsalltag umzusetzen.

In Tabelle 2 werden auf Basis der identifizierten Einflussfaktoren mögliche Ansatzpunkte für Suizidprävention im PVE aufgelistet. Die Ansatzpunkte können durch Fortbildung der Allgemeinmediziner\*innen und Gesundheitsberufe des PVEs, durch bessere Vernetzung mit externen Systemen oder durch zusätzliche Angebote (z.B. Case Management, Infomaterial) umgesetzt werden.

Einflussfaktor	Möglicher Ansatzpunkt für PVEs
Körperliche Einschränkung	Adäquate Schmerztherapie und regelmäßiges Monitoring
	Pharmakologische Intervention zur Linderung von Symptomen
	Vertrauensbeziehung nutzen und die psychische Verfassung der Patient*innen ansprechen, um das Suizidrisiko abschätzen zu können
	Gesteigerte Aufmerksamkeit gegenüber Depressionsentwicklung
	Über Angebote für Gesprächstherapien informieren und niederschwellige Weitervermittlung

	<p>Aufzeigen von Möglichkeiten, um Vereinsamung (z.B. social prescribing) oder psychosozialen Krisen (z.B. PSN, Kriseninterventionszentrum), die durch die Krankheit entstanden sind, entgegenzuwirken</p>
	<p>Gegebenenfalls Weitervermittlung an Einrichtung für Palliativmedizin oder Pflegedrehscheibe</p>
Psychische Erkrankung	<p>Angemessene pharmakologische Intervention durch Antidepressiva oder Benzodiazepinen mit regelmäßigem Monitoring in Absprache mit Spezialist*innen</p>
	<p>Vertrauensbeziehung nutzen und die psychische Verfassung der Patient*innen ansprechen, um das Suizidrisiko abschätzen zu können</p>
	<p>Überprüfung der Einhaltung von Terminen im PVE, bzw. Kontaktaufnahme, wenn der*die Patient*in länger nicht im PVE erschienen ist</p>
	<p>Gesteigerte Awareness im gesamten Team für Patient*innen mit psychischen Erkrankungen schaffen</p>
	<p>Möglichkeiten zur Unterstützung außerhalb der stationären und ambulanten Versorgung aufzeigen (z.B. PSN, pro mente, und andere einschlägige Organisationen)</p>
	<p>Miteinbezug oder Weitervermittlung an die Sozialarbeit</p>
	<p>Informationsmaterial in Warteräumen von suizidpräventiven Organisationen und deren Angebot zur Verfügung stellen (z.B. Go-On Suizidprävention Steiermark)</p>
Traumatische Krise	<p>Bei körperlichen Symptomen vorübergehende Linderung durch Schlafmedikation, etc., um die akute Phase zu überbrücken</p>
	<p>Vertrauensbeziehung nutzen und die psychische Verfassung der Patient*innen ansprechen, um das Suizidrisiko abschätzen zu können, gegebenenfalls Familienangehörige miteinbeziehen</p>
	<p>Möglichkeiten zur Unterstützung aufzeigen (z.B. social prescribing, Trauerbegleitung, Kriseninterventionszentrum und andere einschlägige Organisationen)</p>
Lebensveränderungskrise	<p>Gesteigerte Aufmerksamkeit gegenüber Depressionsentwicklung</p>

	Vertrauensbeziehung nutzen und die psychische Verfassung der Patient*innen ansprechen, um das Suizidrisiko abschätzen zu können
	Über Angebote für Gesprächstherapien informieren und niederschwellige Weitervermittlung
	Möglichkeiten zur Unterstützung aufzeigen (z.B. PSN, pro mente, Kriseninterventionszentrum, etc.)
	Miteinbezug oder Weitervermittlung an die Sozialarbeit
Finanzielle Krisen, Arbeitslosigkeit	Vertrauensbeziehung nutzen und die psychische Verfassung der Patient*innen ansprechen, um das Suizidrisiko abschätzen zu können
	Bei körperlichen Symptomen z.B. vorübergehende Linderung durch Schlafmedikation, etc., um die akute Phase zu Überbrücken
	Über Angebote für Gesprächstherapien informieren und niederschwellige Weitervermittlung
	Miteinbezug oder Weitervermittlung an die Sozialarbeit und in weiterer Folge den Kontakt zur Schuldnerberatung, dem Arbeitgeber oder zu Organisationen, die Hilfestellung zum Wiedereinstieg in die Berufswelt bieten, herstellen

*Tabelle 2: Einflussfaktoren auf suizidale Handlungen, die im PVE erkannt werden können und mögliche Ansatzpunkt, um suizidpräventiv tätig zu werden*

Um die Awareness der Allgemeinmediziner\*innen gegenüber Suizid zu steigern und Hemmungen Suizidgedanken anzusprechen zu verringern, stellen Schulungskonzepte eine geeignete Methode dar. Wie aus den Interviews hervorgeht, sollen sich diese Schulungen an Gatekeeperschulungskonzepten orientieren, wie sie auch in Estland, Schweden, Großbritannien oder den USA Anwendung finden (siehe Kapitel 4.1). Aus der Literatur lässt sich ableiten, dass diese Schulungen am effektivsten sind, wenn Punkte, wie Vermittlung von Wissen über Suizid und die Erlangung von Kompetenzen zur Erkennung von Risikogruppen, zur Bestimmung des Risikogrades und der anschließenden Einweisung von Risikopersonen zur geeigneten Behandlung, angesprochen werden (World Health Organization, 2014, S. 40). Des Weiteren liegt es nahe das Thema Depression und deren Behandlung in den Schulungsinhalt miteinzubeziehen, da sich dadurch die Suizidrate ebenfalls senken lässt (Rutz, et al., 1997; Henriksson & Isacson, 2006). Auch die befragten Allgemeinmediziner\*innen sehen Schulungen für das gesamte Team als

zielführend. Auch werden auf die Frage hin, welche Themeninhalte ein solches Schulungsprogramm ihrer Meinung nach enthalten sollte, Punkte genannt, die sich in der Literatur widerspiegeln. Die Gatekeeperschulung, welche von SUPRA angeboten wird, sowie das Schulungsprogramm des Wiener Kriseninterventionszentrums stellen Möglichkeiten dar, um Hausärzt\*innen, sowie das gesamte Team des PVEs, sei es Ordinationsassistent\*innen, Therapeut\*innen, etc. auf das Thema Suizid hin aufmerksam zu machen und zu sensibilisieren.

Das Thema Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen wurde in den Interviews nicht ausführlich angesprochen. Hier können PVEs auch in dieser Gruppe suizidpräventive Arbeit, wie zum Beispiel durch das Ansprechen einer schwierigen Situation und dem Aufzeigen von unterschiedlichen Möglichkeiten zur Bewältigung der Krise, leisten. Für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen stellt das schulische und familiäre Umfeld aber durchaus ein breiteres Themenfeld für suizidpräventive Maßnahmen dar. Des Weiteren können Akteur\*innen in diesen Bereichen ebenso mit Gatekeeperschulungen erreicht werden.

Grundsätzlich stellt das Thema psychosoziale Gesundheit und explizite Suizid noch immer ein sehr großes Tabuthema dar. Vor allem in den ländlichen Gebieten wird darüber sehr wenig gesprochen. Speziell hier können Hausärzt\*innen in PVEs eine wichtige Rolle in punkto Suizidprävention einnehmen, da sie einen zentralen Stellenwert in der Gesellschaft haben. Wie auch S\_3 ausführt, sind in ländlichen Regionen kompetente Hausärzt\*innen, Psycholog\*innen, Psychotherapeut\*innen, etc., die die Grundlagen der Krisenintervention beherrschen, enorm wertvoll (vgl. S\_1, 143-145). Außerdem stellt eine gute Vernetzung einen zentralen Aspekt dar, um dementsprechend weitervermitteln zu können. Außerdem können durch einen breiteren Austausch auch andere Möglichkeiten der Behandlung in Anspruch genommen werden, da sich nicht alle Suizidgefährdeten in einer akuten Phase befinden. In diesen Fällen sind Angebote von psychosozialen Diensten wie pro mente, PSN, etc. eine Alternative zur Einweisung in eine psychiatrische Einrichtung. Tools wie die telefonische Beratung der peripheren Hausärzt\*innen durch Fachpersonal, der in der Nähe gelegenen psychiatrischen Einrichtung, wie es im Kanton Waadt in der Schweiz Anwendung findet (siehe Kapitel 4.1.7), würden auch für österreichische PVEs ein mögliches Unterstützungsangebot darstellen.

Die empirische Arbeit hat gezeigt, dass das Interesse der in PVEs tätigen Allgemeinmediziner\*innen an dem Thema Suizidprävention durchaus vorhanden ist. Angebote, um sich Informationen einholen zu können, sind nur in einem geringen Ausmaß verfügbar. Der Ausbau des Schulungsangebotes, sowohl für Ärzt\*innen, aber auch für alle die als Gatekeeper zum Einsatz kommen könnten, sollte weiter forciert und in einem Rahmen angeboten werden, der sich als umsetzbar erweist. Des Weiteren sind nicht nur die Teams der PVEs gefordert, sich Informationen einzuholen und sich breiter zu vernetzen, sondern es sind auch relevante Organisationen dazu ersucht, Angebote niederschwellig bereitzustellen, sowie Interessensvertretungen, wie die Ärztekammer, das Fortbildungsangebot demnach zu gestalten. Außerdem sollte Suizidprävention, sowie psychosoziale Gesundheit, stärker in das Versorgungskonzept der PVEs einfließen. Dadurch, dass die vorliegende Arbeit einen explorativen Charakter aufweist, da die Befragung von Expert\*innen keine repräsentative Stichprobe darstellt und das Konzept der PVEs in Österreich noch relativ jung ist, ist durchaus mehr Forschungsarbeit von Nöten, um die Ergebnisse zu untermauern.

## 8 Literaturverzeichnis

- Altenhöfer, A., 2007. Suizidalität im höheren Lebensalter. *Suizidprophylaxe*, 34(3), S. 146-154.
- Althaus, D., Niklewski, G., Schmidtke, A. & Hegerl, U., 2007. Veränderung der Häufigkeit suizidaler Handlungen nach zwei Jahren „Bündnis gegen Depression“. *Nervenarzt*, 78(3).
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C. & Turecki, G., 2004. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 4(37).
- Berardi, D. et al., 2005. Increased Recognition of Depression in Primary Care. *Psychotherapy and Psychosomatics*, Band 74, S. 225–230.
- BMGF, 2012. *Gesundheitsziele Österreich*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- BMSGPK, 2020. *Suizid und Suizidprävention in Österreich*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- Bostwick, J. M. & Pankratz, V. S., 2000. Affective Disorders and Suicide Risk: A Reexamination. *American Journal of Psychiatry*, Band 157, S. 1925–1932.
- Bronisch, T., 2020. Die klinische Sicht - Ursachen und Behandlung von Suizidalität. In: J. Gerngroß, Hrsg. *Suizidalität und Suizidprävention bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen*. Stuttgart: Schattauer, S. 99-134.
- Büchi, S., Senski, T., Sharpe, L. & Timberlake, N., 1998. Graphic representation of illness: a novel method of measuring patients' perceptions of the impact of illness. *Psychotherapy and Psychosomatics*, Band 67, S. 222-225.
- Bundesamt für Gesundheit, 2016. *Suizidprävention in der Schweiz: Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesministerium für Gesundheit, 2011. *Suizidprävention Austria*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Bundesministerium für Gesundheit, 2014. *Das Team rund um den Hausarzt: Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

Cavanagh, J., Carson, A. & Lawrie, S., 2003. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), S. 395–405.

Cross, W., Matthieu, M., DeQuincy, L. & Knox, K., 2010. Does a brief suicide prevention gatekeeper training program enhance observed skills?. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 31(3), S. 149–159.

Dachverband der Sozialversicherungsträger, 2021. *Die neue Primärversorgung ist Schlüssel zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung*. [Online] <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.843942&portal=svportal>

[Zugriff am 17.12.2021].

Davidson, J. & Meltzer-Brody, S., 1999. The Underrecognition and Undertreatment of Depression: What Is the Breadth and Depth of the Problem?. *The Journal of Clinical Psychiatry*, Band 60.

De Beurs, D. et al., 2015. The effect of an e-learning supported Train-the-Trainer programme on implementation of suicide guidelines in mental health care. *Journal of Affective Disorders*, Band 175, S. 446–453.

Department of Health, 2019. *Protect Life 2: A Strategy for Preventing Suicide and Self Harm in Northern Ireland 2019-2024*. Belfast: Department of Health.

Donath, C. et al., 2014. Is parenting style a predictor of suicide attempts in a representative sample of adolescents?. *BMC Pediatrics*, 14(113).

Döring, N. & Bortz, J., 2016. *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Heidelberg: Springer.

Etzersdorfer, E., 2009. Suicide prevention in Germany. In: D. Wasserman & C. Wasserman, Hrsg. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. Oxford: Oxford University Press, S. 801.

Fässler, S., Hanimann, A., Lauber, B. & Oetterli, M., 2015. *Literaturstudie und Bestandsaufnahme zur Sekundär- und Tertiärprävention bei Suizidalität: Früherkennung und Angebote im nicht-medizinischen und medizinischen Setting*. Luzern: Interface.

Gerngroß, J., 2020a. Einführung in die Suizidprävention. In: J. Gerngroß, Hrsg. *Suizidalität und Suizidprävention bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen*. Stuttgart: Schattauer, S. 1-13.

Gerngroß, J., 2020b. Grundlagen von Suizidalität und Suizid. In: J. Gerngroß, Hrsg. *Suizidalität und Suizidprävention bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen*. Stuttgart: Schattauer, S. 14-60.

Gläser, J. & Laudel, G., 2010. *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften der Springer Fachmedien.

Gmeiner, V. & Peer, K., 2020. Besondere Gruppen. In: J. Gerngroß, Hrsg. *Suizidalität und Suizidprävention bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen*. Stuttgart: Schattauer, S. 184-208.

Harbauer G, et al., 2021. *Suizidalität im Alter erkennen, vorbeugen, einschätzen*. [Online] <https://www.doctors.today/a/erkennen-einschaetzen-vorbeugen-1631551>. [Zugriff am 17.12.2021]

Hawton, K. et al., 2005. Suicide and Attempted Suicide in Bipolar Disorder: A Systematic Review of Risk Factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, Band 66, S. 693–704.

Hem, E., Loge, J. H., Haldorsen, T. & Ekeberg, Ø., 2004. Suicide Risk in Cancer Patients From 1960 to 1999. *Journal of Clinical Oncology*, 22(20), S. 4209-4216.

Henriksson, S. & Isacsson, G., 2006. Increased antidepressant use and fewer suicides in Jämtland county, Sweden, after a primary care educational programme on the treatment of depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Band 114, S. 159–167.

HM Government, 2019. *Cross-Government Suicide Prevention Workplan*. London: HM Government and Department of Health and Social Care.

John, A. et al., 2018. Self-harm, suicidal behaviours, and cyberbullying in children and young people: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 20(4).

Kapitany, T. & Stein, C., 2017. *ÖGS/SUPRA Gatekeeper-Schulungskonzept*. Wien: ÖGS/SUPRA.

Kapusta, N., 2011. *Aktuelle Daten und Fakten zur Zahl der Suizide in Österreich*. [Online]

[http://www.meduniwien.ac.at/suicideresearch/statistik\\_suizide\\_oesterreich.pdf](http://www.meduniwien.ac.at/suicideresearch/statistik_suizide_oesterreich.pdf)

[Zugriff am 17.12.2021].

Karolinska Institutet, 2021. *Operation Save Lives: Education in suicide prevention*.

[Online] <https://ki.se/en/nasp/operation-save-lives-education-in-suicide-prevention>

[Zugriff am 17.12.2021].

Keller, D. et al., 2009. Tennessee Lives Count: Statewide gatekeeper training for youth suicide prevention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(2), S. 126–133.

Korsatko, S., 2017a. *Dänemark, Norwegen und Schweden „Alles besser“ in der Primärversorgung?*. [Online]

<https://primaerversorgung.org/2017/04/18/daenemark-norwegen-und-schweden-alles-besser-in-der-primaerversorgung/>

[Zugriff am 17.12.2021].

Korsatko, S., 2017b. *Die Musterschüler – Primärversorgung in den Niederlanden, Portugal und dem Vereinigten Königreich*. [Online]

<https://primaerversorgung.org/2017/06/09/die-musterschueler-primaerversorgung-in-den-niederlanden-portugal-und-dem-vereinigten-koenigreich/>

[Zugriff am 17.12.2021].

Korsatko, S., 2017c. *Primärversorgung bei unseren Nachbarn Deutschland, Schweiz und Slowenien*. [Online]

<https://primaerversorgung.org/2017/05/08/primaerversorgung-bei-unserer-nachbarn-deutschland-schweiz-und-slowenien/>

[Zugriff am 17.12.2021].

Kratzer, D. & Juen, B., 2020. Suizidalität und Suizidprävention bei Kindern und Jugendlichen. In: J. Gerngroß, Hrsg. *Suizidalität und Suizidprävention bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen*. Stuttgart: Schattauer, S. 135-164.

Litteken, C. & Sale, E., 2018. Long-Term Effectiveness of the Question, Persuade, Refer (QPR) Suicide Prevention Gatekeeper Training Program: Lessons from Missouri. *Community Mental Health Journal*, 54(3), S. 282–292.

Luoma, J., Martin, C. & Pearson, J., 2002. Suicide: A Review of the Evidence. *American Journal of Psychiatry*, 159(6), S. 909–916.

Mann, J. et al., 2005. Suicide Prevention Strategies. *Journal of the American Medical Association*, 294(16), S. 2064–2074.

Misono, S. et al., 2008. Incidence of Suicide in Persons With Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 26(29), S. 4731-4738.

Nordentoft, M., Mortensen, P. B. & Pedersen, . C. B., 2011. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. 68(10), S. 1058-1064.

Nordt, C., Warnke, I., Seifritz, E. & Kawohl, W., 2015. Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000–11. *The Lancet Psychiatry*, 2(3), S. 239–245.

Northern Ireland Statistic and Research Agency, 2020. *Suicide statistics*. [Online] <https://www.nisra.gov.uk/publications/suicide-statistics>  
[Zugriff am 17 12 2021].

Nürnberger Bündnis gegen Depression e.V., 2021. *Nürnberger Bündnis gegen Depression*. [Online] <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/regionale-angebote/nuernberg/start>  
[Zugriff am 17 12 2021].

OECD/European Union, 2020. *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, Paris: OECD Publishing.

OECD, 2021. *Suicide rates*. [Online] <https://data.oecd.org/healthstat/suicide-rates.htm>  
[Zugriff am 17 12 2021].

Office for National Statistic, 2018. *Suicides in the UK: 2018 registrations*. [Online] <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/suicidesintheunitedkingdom/2018registrations>  
[Zugriff am 17 12 2021].

Office of the Surgeon General; National Action Alliance for Suicide Prevention, 2012. *2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action*. Washington D.C.: US Department of Health & Human Services.

Palmer, B. A., Pankratz, S. & Bostwick, J. M., 2005. The Lifetime Risk of Suicide in Schizophrenia: A Reexamination. *Archives Of General Psychiatry*, Band 62, S. 247-253.

Platt, S. et al., 2006. *Evaluation of the First Phase of Choose Life : the national strategy and action plan to prevent suicide in Scotland*. Edinburgh: Scottish Executive.

Plöderl, M. et al., 2013. Suicide risk and sexual orientation: A critical review. *Archives of Sexual Behavior*, 42(5), S. 715–727.

Pompili, M., O'Connor, R. C. & van Heeringen, K., 2020. Suicide Prevention in the European Region. In: E. Arensman, D. De Leo & J. Pirkis, Hrsg. *Suicide and Suicide Prevention From a Global Perspective*. Göttingen: Hogrefe, S. 8-20.

Public Health Agency of Sweden, 2016. *National Action Program for Suicide Prevention*. Östersund: Public Health Agency of Sweden.

Rebhandl, E., 2014. Neue Wege in der Primärversorgung. *GESUNDHEITS-OECONOMICA*, S. 47–52.

Ring, M. et al., 2014. Validierung des Suizidalitätseinschätzungsinstrumentes PRISM-S (Pictoral Representation of Illness Self Measure – Suicidality). *Neuropsychiatrie*, 28(4), S. 192-197.

Rogers, M. L., Joiner, T. E. & Shahar, G., 2021. Suicidality in Chronic Illness: An Overview of Cognitive-Affective and Interpersonal Factors. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings.*, S. 137–148.

Royal College of General Practitioners, 2021. *RCGP Learning*. [Online] <https://elearning.rcgp.org.uk/mod/page/view.php?id=3927> [Zugriff am 17 12 2021].

Rutz, W. et al., 1997. Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality. An update from the Gotland study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, Band 1, S. 39-46.

Schmidtke, A., Sell, R. & Löhr, C., 2008. Epidemiologie von Suizidalität im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Band 41, S. 3–13.

- Schneider, B., 2009. Substance use disorders and risk for completed suicide. *Archives of Suicide Research*, 13(4), S. 303–316.
- Shawn, C. S., 1998. The Chronological Assessment of Suicide Events: A Practical Interviewing Strategy for the Elicitation of Suicidal Ideation. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), S. 58–72.
- Sonneck, G., 2016. *Krisenintervention und Suizidverhütung*. Wien: facultas.
- Statistik Austria, 2021. *Statistik der Straßenverkehrsunfälle*, Wien: Statistik Austria.
- Terpstra, S. et al., 2018. Suicide prevention gatekeeper training in the Netherlands improves gatekeepers' knowledge of suicide prevention and their confidence to discuss suicidality, an observational study. *BMC Public Health*, 18(1).
- The Scottish Government, 2018. *Every life matters: Scotland's Suicide Prevention Action Plan*. Edinburgh: The Scottish Government.
- Tondo, L. et al., 1999. Suicide attempts in major affective disorder patients with comorbid substance use disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, Band 60, S. 63-69.
- University Collage London, 2021. *Self-harm and Suicide Prevention Competence Framework*. [Online] <https://www.ucl.ac.uk/pals/research/clinical-educational-and-health-psychology/research-groups/core/competence-frameworks/self> [Zugriff am 17 12 2021].
- Van Geel, M., Vedder, P. & Tanilon, J., 2014. Relationship between peer victimization, cyberbullying, and suicide in children and adolescents ameta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 168(5), S. 435–442.
- Värnik, A. & Wasserman, D., 2009. Suicide Prevention in Estonia. In: D. Wasserman & C. Wasserman, Hrsg. *Oxford Textbook of Suicide and Suicide Prevention*. Oxford: Oxford University Press, S. 791-792.
- Verein Kriseninterventionszentrum, 2018. *Tätigkeitsbericht 2018*. Wien: Kriseninterventionszentrum Wien.

Vyssoki, B. et al., 2015. Suicide among 915,303 Austrian cancer patients: Who is at risk?. *Journal of Affective Disorders*, Band 175, S. 287–291.

Wasserman, D., Nordeskiöld, A., Ramberg, I.-L. & Wasserman, C., 2009. Suicide prevention in Sweden. In: D. Wasserman & C. Wasserman, Hrsg. *Oxford Textbook of Suicide and Suicide Prevention*. Oxford: Oxford University Press, S. 817-819.

Watzka, C., 2021. *Suizide in der Steiermark 2010-2019: Quantitative Analyse der Selbsttötungsraten und ihrer biopsychosozialen Bedingungen im Zeitverlauf sowie Evaluation der Suizidpräventionsmaßnahmen*, Markt Hartmannsdorf: Trinum. Institut für biopsychosoziale Humanforschung.

Wittchen, H. U., Höfler, M. & Meister, W., 2001. Prevalence and recognition of depressive syndroms in German primary care settings: poorly recognized and treated?. *International Clinical Psychopharmacology*, Band 16, S. 121-135.

Wolfersdorf, M. & Etzersdorfer, E., 2011. *Suizid und Suizidprävention*. Stuttgart: Kohlhammer.

World Health Organization, 2013. *Mental Health Action Plan 2012 - 2020*, Genf: WHO Document Production Services.

World Health Organization, 2014. *Suizidprävention: eine globale Herausforderung*. Leipzig: Stiftung Deutsche Depressionshilfe.

World Health Organization, 2018. *Preventing suicide. A community engagement toolkit*. Genf: World Health Organization.

World Health Organization, 2021. *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013 - 2030*, Genf: World Health Organization.

## 9 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Todesursachen in Österreich im Jahr 2018 nach Altersgruppen (pro 100.000 EW) (BMSGPK, 2020).....	4
Abbildung 2: Standardisierte Suizidraten (pro 100.000 EW; 5-Jahres-Durchschnitt 2014–2018) nach Altersgruppen (BMSGPK, 2020).....	4
Abbildung 3: Suizidraten in Europa, 2017 (OECD/European Union, 2020).....	6
Abbildung 4: Die drei Aspekte effektiver Suizidprävention (Gerngroß, 2020a, S. 3) .....	15
Abbildung 5: Das Team rund um den Patienten (Dachverband der Sozialversicherungsträger, 2021).....	22
Abbildung 6: Schema zur Beurteilung der Suizidgefahr (Sonneck, 2016, S. 211)	26
Abbildung 7: Suizidalitätseinschätzung von PRISM-S gemeinsam mit den Betroffenen (Harbauer, et al., 2021).....	36

## 10 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Abkürzungen für die Bezeichnung der Interviewpartner*innen .....	43
Tabelle 2: Einflussfaktoren auf suizidale Handlungen, die im PVE erkannt werden können und mögliche Ansatzpunkt, um suizidpräventiv tätig zu werden .....	56

# 11 Anhang

I: Interviewerin

E: Expert\*in

Interview A\_1

Mittwoch, 29.09.2021 11:30 Uhr

Dauer: 16:21 Minuten

1 I: Hatten Sie im Rahmen Ihrer Tätigkeit im PVE bereits Kontakt zu suizidalen Patienten?

2 E: Ja natürlich. Immer wieder einmal. Es ist nicht Alltag, aber es kommt immer wieder einmal vor das  
3 Patienten in suizidale Situationen zu uns kommen.

4 I: Und wie arbeiten Sie in Ihrer Einrichtung dann damit? Haben Sie da bestimmte Grundsätze oder  
5 Grundhaltungen wie Sie da vorgehen?

6 E: Primär muss man einmal die tatsächliche Gefährdung abklären. Das machen wir normalerweise.  
7 Und dann wird halt entschieden, ob wir den Patienten überhaupt stationär einweisen müssen.  
8 Manchmal auch mit §8-Einweisung. Oder ob man dem Patienten so weit vertraut, dass im Moment  
9 keine akute Suizidgefahr besteht. Dann wird der Patient einmal ambulant betreut. Es ist dann so,  
10 dass ich für den Patienten kurzfristig einen Termin bei einem Psychiater zu bekommen versuche und  
11 das tatsächlich von der Seite auch noch abklären und absichern kann, dass die Gefahr nicht so  
12 wirklich brennend akut ist. Wir schauen dann sofort, nachdem wir ja in unserem Team eine  
13 Psychotherapeutin haben, dass der Patient ganz rasch einen Termin bei der Psychotherapeutin  
14 bekommt und die dann mit ihm einmal weiterarbeitet und gemeinsam mit dem Psychiater überlegt,  
15 wie es weiter geht. Man kann dann halt eine medikamentöse Therapie verschreiben und die  
16 überwacht man dann eben.

17 I: Aus der Literatur weiß man, dass bestimmte Faktoren, wie z.B. Alter, Geschlecht, sozialer Status,  
18 Familienstand, körperlich schwere oder psychische Erkrankungen, Krisen, wie z.B. Verlust einer  
19 nahestehenden Person, Arbeitslosigkeit, Pensionsantritt oder bei Jugendlichen Ausbildungs- oder  
20 Beziehungsprobleme die suizidale Neigung beeinflussen können. Welche dieser Faktoren sind aus  
21 Ihrer Sicht im PVE beeinflussbar?

22 E: Naja, im Prinzip alle. Kann man sagen. Durch das PVE haben wir die Sozialarbeit verfügbar. Das  
23 heißt wir können da das soziale Umfeld, das familiäre Umfeld einmal beleuchten und erkunden.  
24 Gemeinsam mit dem Patienten und den Angehörigen versuchen, es, wenn notwendig zu optimieren.

25 Wir können schauen, dass wir jemanden soziale Aktivitäten vermitteln, wenn Sie aus der Depression  
26 schon mehr herausgekommen sind und im Akutfall kann man halt durch die Psychotherapie, durch  
27 die Sozialarbeit einfach einmal Beistand geben und engmaschige Betreuung, damit man die Situation  
28 einmal stabilisiert, denn auch wenn man eine Antidepressivatherapie beginnt, wenn es eine akute  
29 Depression ist, dann dauert das auch zwei bis drei Wochen, bis man da eine Wirkung hat. Man muss  
30 da schauen, dass man das überbrückt. Dass man die Angehörigen miteinbezieht. Die Sozialarbeiter  
31 oder auch wir sprechen dann mit den Angehörigen und die Psychotherapeutin bezieht die auch mit  
32 ein in die Betreuung, dass man da eine Absicherung bringt. Manchmal muss man mit dem  
33 Arbeitgeber reden, wenn die Arbeitssituation ein Problem ist. Oft sind es eh familiäre Krisen und  
34 auch mit Trennung oder so, da muss man da schauen, wo man entsprechend unterstützen und  
35 intervenieren kann. Und wenn finanzielle Probleme auch eine Rolle spielen, dann binden wir die  
36 Schuldnerberatung ein. Wir haben halt dann unser Netzwerk, wo man je nach Bedarf die Patienten  
37 hin vermittelt oder teilweise sogar hinbegleitet. Der Sozialarbeiter begleitet Sie manchmal sogar  
38 dahin, wenn Sie nicht allein hingehen wollen zu bestimmten Institutionen. Wir sind auch vernetzt mit  
39 Promente, das ist ein oberösterreichischer sozialer Verein, da gibt es in der Nähe Einrichtungen  
40 dafür, wo man Kontakt aufnehmen kann. Da gibt es auch geschützte Werkstätten für die  
41 Langzeitbetreuung, wenn das ein Thema ist. Auch Arcus Sozialnetzwerk gibt es bei uns im Bezirk, die  
42 auch gewisse Angebote haben, auf die man dann eben zurückgreifen kann.

43 I: Das heißt sie würden schon behaupten, dass das PVE gegenüber zur herkömmlichen Hausarztpraxis  
44 andere Möglichkeiten hat in der Suizidprävention tätig zu sein.

45 E: Ja definitiv. Ich war 37 Jahre in einer Einzelpraxis und die Situation war da so, dass die Wartezeit  
46 auf eine Psychotherapie, die von der Kasse finanziert wurde, bei etwa drei Monaten gelegen ist.  
47 Erstgespräch frühestens nach zwei Wochen und Therapiebeginn in drei Monaten. Also das ist dann  
48 eigentlich wenig hilfreich. Wir hatten da das Problem, dass wir die Patienten lange nicht in einer  
49 entsprechenden Therapie unterbringen konnten. Man hat das dann halt selber versucht zu  
50 überbrücken, was aber auch nicht optimal ist, da für uns natürlich die Zeit fehlt, wirklich längere  
51 Gespräche zu führen und ich habe auch keine Ausbildung in Psychotherapie. Das ist halt dann als  
52 Überbrückung zu sehen. Das ist natürlich jetzt wesentlich besser, weil unsere Psychotherapeutin, die  
53 wir im Haus haben, sofort akut Termine innerhalb von ein, zwei Tagen bereitstellen kann, wenn es  
54 ganz akut ist, sogar noch am selben Tag. Also unmittelbar. Da sind wir so flexibel, dass das geht. Und  
55 die Sozialarbeit kann sofort eingeschalten werden. Das haben wir früher überhaupt nicht gehabt. Da  
56 habe ich gar keine Möglichkeit gehabt mit der Sozialarbeit etwas anzufangen. Das hat uns deutlich  
57 weitergeholfen.

58 I: Sie haben jetzt eine Psychologin und einen Sozialarbeiter im Team in ihrem PVE?

59 E: Eine Psychotherapeutin haben wir ja.

60 I: Gibt es oder Kennen Sie Suizidpräventionskonzepte oder Projekte die beim Hausarzt oder eben im  
61 PVE umgesetzt werden können?

62 E: Ganz konkrete Projekte kenne ich ehrlich gesagt nicht. Ich weiß, dass es Leitlinien gibt, an denen  
63 wir uns orientieren, aber so wirkliche Projekte, die jetzt nur auf Suizidprävention abzielen, kenn ich  
64 nicht. Wir haben einige solcher psychosozialer Betreuungsiniciativen und social prescribing Initiativen  
65 laufen, über ein Pilotprojekt, dass wir parallel zum PVE machen und da haben wir natürlich  
66 Angebote, die auch für diese Bereiche nutzbar sind. Sie sind jetzt nicht ausgeschrieben speziell als  
67 Suizidprävention, man darf es für die Öffentlichkeit auch wirklich nicht so nennen, weil das eher  
68 abschreckend ist. Man muss das eher anders nennen. Aber unsere Programme, die wir machen, sind  
69 sicher dafür geeignet Menschen, die suizidgefährdet sind auch unterstützend zu stabilisieren.

70 I: Die Vernetzung haben wir ja auch schon kurz angesprochen. Das heißt, Sie sind in Kontakt zu  
71 Organisationen, die Beiträge zur Suizidprävention leisten. Wie funktioniert diese Zusammenarbeit?

72 E: Naja, mit dem Psychiater funktioniert über eine Überweisung und Telefonkontakt. [...] Mit  
73 Promente funktioniert dass so: telefonische Kontaktaufnahme unsererseits im Einvernehmen mit  
74 dem Patienten. Eine kurze Schilderung der Situation und Vermittlung der Dringlichkeit und dann  
75 schauen wir, welche Optionen dann in Frage kommen für den Patienten. Meistens wird dann ein  
76 Erstgespräch vereinbart für den Patienten [...] und man schaut dann einmal welche Notwendigkeiten  
77 bestehen und die kann man dann entsprechend umsetzen.

78 I: Ist Ihnen ein Informations- oder Weiterbildungsangebot speziell für Allgemeinmediziner oder das  
79 Gesundheitspersonal oder ein anderes Unterstützungsangebot bekannt?

80 E: Wir haben von der oberösterreichischen Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin einmal Seminare  
81 gehabt zum Umgang mit Suizid und Suizidprävention. Das liegt aber auch schon einige Jahre zurück.  
82 Wirklich gerade so aktuell und speziell für Mitarbeiter ist mir nichts bekannt, dass es da etwas gibt. Es  
83 gibt immer wieder einzelne Seminare und so weiter zu dem Thema, aber so kontinuierlich, dass man  
84 sagt, okay da kann man definitiv eine Schulung absolvieren, das gibt es im Moment nicht, was ich  
85 weiß. Es wäre natürlich, gerade für die Mitarbeiter wünschenswert, weil ja das Erkennen einer  
86 suizidalen Situation gerade auch für eine Ordinationsassistentin oder einer Krankenpflegerin oder  
87 Physiotherapeutin auch ganz eine wichtige Sache ist.

- 88 I: Wie müsste man jetzt so ein Bildungsangebot gestalten, damit es angenommen wird?
- 89 E: Ich glaube, dass das speziell Seminare sein sollten. Ich glaube, dass die durchaus im Team sein  
90 sollten, und Ihre Anfrage und Ihre Fragen haben mich persönlich auf die Idee gebracht, so etwas  
91 einmal für unser gesamtes Team einmal zu machen als Fortbildungstag. [...] aus PVE-Sicht ist das jetzt  
92 ideal, dass man sagt man lädt einen Experten ein und macht mit dem ein entsprechendes Seminar im  
93 gesamten Team. Das hat dann natürlich den Effekt, dass alle am gleichen Wissensstand sind, alle  
94 annähernd gleich vorgehen. Da haben Sie mich auf die Idee gebracht, das zu machen.
- 95 I: [...] Wird das Thema Suizid und Suizidprävention eigentlich in der Ausbildung von Medizinern  
96 behandelt?
- 97 E: Ich kann jetzt nur von Linz sagen, [...] da wird das schon angesprochen und vermittelt. Da gibt es  
98 Praktika dazu und das ist da sicher auch im Studium Thema. Bei den anderen Universitäten kann ich  
99 es nicht beurteilen, weil ich da die Curricula zu wenig kenne. Bei uns ist das eine eigene  
100 Lehrveranstaltung, die üblicherweise einen Nachmittag dauert, denke ich. Genau kann ich es jetzt  
101 nicht sagen. Auf alle Fälle ist es Thema.
- 102 I: Haben Sie noch irgendwelche Wünschen oder Verbesserungsvorschläge in Bezug auf  
103 Suizidprävention in PVEs in Österreich?
- 104 E: Ja einen Wunsch haben wir eh schon besprochen, dass es wirklich Seminare gibt. Da könnte auch  
105 die Sozialversicherung oder das Land unterstützen, dass man sowas entwickelt und den PVEs  
106 anbietet. Auch aktiv anbietet als Möglichkeit. Wir sind eigentlich für uns so gut aufgestellt, dass man  
107 eben jetzt grundsätzlich außer diese bessere Schulung keine wirklichen  
108 Verbesserungsnotwendigkeiten akut sehen.
- 109 I: Gibt es dann noch irgendwas, was wir noch nicht angesprochen haben, bzw. was sie noch gerne  
110 erwähnen würden? Irgendwas, was ihnen noch wichtig erscheint?
- 111 E: Nein im Prinzip glaube ich, haben wir eh alles Wichtige angesprochen, ja.
- 112 I: Dann danke für das Interview und Ihre Zeit

Interview A\_2

Dienstag, 12.10.2021 09:30 Uhr

Dauer: 15:38 Minuten

1 I: Hatten Sie im Rahmen Ihrer Tätigkeit im PVE bereits Kontakt zu suizidalen Patienten?

2 E: Ja.

3 I: Und wie arbeiten Sie in ihrer Einrichtung mit diesen Patienten? Gibt es bestimmte Grundsätze oder  
4 Grundhaltungen an denen Sie sich orientieren?

5 E: Also es gibt da jetzt keine SOP oder irgendetwas festgeschriebenes oder irgendeine Checkliste, die  
6 wir dann abarbeiten. Es ist, würde ich einmal sagen, sehr fallbezogen. Also je nachdem, ob das jetzt  
7 eine akute suizidale Krise ist, die vielleicht ausgelöst ist durch [...] den Tod eines Angehörigen, wo  
8 immer wieder Suizidgedanken oder Suizidvorstellungen geäußert werden. Und da muss man, glaube  
9 ich immer sehr individuell abschätzen, ob es eine akute suizidale Krise ist und so wie in diesem Fall  
10 würde ich eher den Kontakt zu einer Einrichtung anstreben und denjenigen dort hinschicken oder  
11 einzuweisen, also je nachdem wie akut es ist und wie compliant und reflektiert der Patient auch ist.  
12 Und viel häufiger ist es aber keine akute Suizidalität, sondern eher dieses Gedankenspiel, wie es  
13 geäußert wird. Da muss man einfach, glaube ich, einschätzen wie gefährlich oder wie vertretbar ist es  
14 zu sagen, schauen wir einmal, kommen Sie morgen wieder. Also das ist das womit wir häufiger zu tun  
15 haben, würde ich sagen. Weniger akute Suizidalität als Suizidgedanken im Rahmen einer psychischen  
16 Krise.

17 I: Und jetzt weiß man ja aus der Literatur, dass bestimmte Faktoren, wie der soziale Status, der  
18 Familienstand, körperlich schwere oder psychische Erkrankungen oder Krisen, wie sie von Ihnen  
19 gerade angesprochen worden sind, einen Einfluss auf suizidale Neigung haben können. Welche  
20 dieser Faktoren wären jetzt aus ihrer Sicht bei Ihnen im PVE beeinflussbar? Wo könnten Sie präventiv  
21 unterstützen?

22 E: Also ein großer Vorteil ist es, dass wir oft die Familiensituation und auch die Vorgeschichte der  
23 Patienten kennen. Also es kommen selten unbekannte Patienten zu uns, von denen wir nichts  
24 wissen, die sich in so einer akuten Krise befinden und zu uns kommen. Dadurch kann man durch  
25 dieses Backgroundwissen, dieses Expertenwissen, auch versuchen Ressourcen zu mobilisieren oder  
26 auch mit Familienmitgliedern sprechen oder versuchen auch die mit ins Gespräch zu holen. Und  
27 dadurch vielleicht an einer Umsetzung der Suizidgedanken in dieser Krise vielleicht entgegen zu  
28 wirken. Das ist glaube ich etwas, was in der Primärversorgung prinzipiell ein großer Vorteil gegenüber

29 einer Akuteinrichtung ist. [...] Auf Körperlich schwere oder psychische Erkrankungen können wir im  
30 PVE auch einwirken. Wenn es jetzt eine Grunderkrankung gibt, die beispielsweise zu dieser Krise  
31 führt, die da einen großen Teil dazu beiträgt, da kann man natürlich durch das Wissen über die  
32 Grunderkrankung oder den Leidensweg darauf einwirken und besprechen, was es da für  
33 Möglichkeiten zur Verbesserung gibt oder was es für Behandlungsoptionen gibt. Ich glaube einfach  
34 durch die Vertrauensbeziehung, die man ja im Idealfall hat, kann man das auch ansprechen. Und man  
35 kann auch auf die Ängste eingehen und auch auf Schmerzen, die die psychische Verfassung natürlich  
36 verschlechtern, dass man diese Schmerzen auch gut therapieren kann. Einfach diese kontinuierliche  
37 Betreuung sehe ich als großen Vorteil.

38 I: Und sehen Sie jetzt auch noch andere Möglichkeiten, die man im PVE hat im Vergleich zu einer  
39 herkömmlichen hausärztlichen Praxis, um suizidpräventive Tätigkeiten umzusetzen?

40 E: Ja ich glaube, dass kommt ein bisschen darauf an, wie die PVEs arbeiten. Ich bin ja zusätzlich zu  
41 einem PVE im ländlichen Gebiet auch in einem städtischen PVE als Vertretungsärztin tätig und die  
42 haben ja dort eine Sozialarbeiterin vor Ort, die bei der Stadt angestellt ist und die ganze Zeit da ist.  
43 Und da sehe ich schon einen großen Vorteil darin, da einfach die Sozialarbeit viele Dinge neben dem  
44 medizinischen auch abdecken kann und sehr gut vernetzt ist. Und wenn es da einen  
45 niederschweligen Zugang gibt, dadurch das jemanden vor Ort ist. Im Idealfall ist das für die  
46 Zusammenarbeit optimal, weil da kann man sowohl auch eine Begleitung des Patienten ins  
47 Krankenhaus oder einfach ein Krisengespräch auslagern und das ist schon in der hausärztlichen Praxis  
48 ein großes Problem, dass man da einfach allein ist und meistens viel zu tun hat und eventuell nicht  
49 eine Stunde lang ein Krisengespräch führen kann. Das kann man in Zusammenarbeit mit anderen  
50 Berufsgruppen natürlich dann begleiten und übergeben. Das haben wir im ländlichen Gebiet nicht.  
51 Leider. Und ich glaube auch, wenn es eine Zusammenarbeit auf einer Finanzierungsebene gibt, ist  
52 das eben nicht gleichbedeutend mit einer tatsächlichen Präsenz oder mit einem persönlichen  
53 Kontakt.

54 I: Und gibt es oder kennen Sie jetzt Suizidpräventionsprojekte oder Konzepte, die beim Hausarzt oder  
55 im PVE umgesetzt werden können?

56 E: Nein, ist mir eigentlich nichts bekannt.

57 I: Und wenn Sie sich jetzt vorstellen würden ein solches Konzept oder Projekt für ein PVE zu  
58 entwickeln, was müsste dieses aus Ihrer Sicht enthalten?

59 E: Also ich glaube, da ist wirklich die Vernetzung zwischen den verschiedenen Akteuren und  
60 Berufsgruppen immer etwas, das man verbessern kann. Also auch prinzipiell, wenn man weiß, wer  
61 Akteure sind oder welche Instanzen zuständig wären. Der persönliche Kontakt oder wenn man weiß  
62 an wen man sich wenden kann, ist immer wichtig. Also ich glaube ich würde einfach einmal auf der  
63 persönlichen Ebene beginnen Vernetzungstreffen zum Beispiel zu machen, dass man sagt, wer sind  
64 die möglichen Akteure, an wen kann ich mich wenden und dass die einen selbst auch kennen, dass  
65 wenn man dort anruft und nicht an die richtige Person kommt, dass man wenigstens weiß zu wen  
66 man sich verbinden lassen muss. In weiterer Folge sich dann auch mit demjenigen auf persönlicher  
67 Ebene etwas überlegen kann, was sinnvoll wäre. [...] Ich glaube auch, dass es wichtig ist, die  
68 Awareness und die Aufmerksamkeit auch von Ordinationsassistentinnen zu stärken, also dass auch  
69 diese sensibilisiert werden. Dass sie Bescheid geben, wenn ihnen jemand auffällt, weil manchmal  
70 sagen die Leute ja beim Anmelden andere Dinge, wie dann im Arztzimmer oder beim Arzt-Patienten-  
71 Gespräch. Und wenn man da vielleicht so einen Nebensatz hört, dass man aufmerksam wird und  
72 diesen Hinweis auch weitergibt. Also natürlich glaube ich, dass es sinnvoll ist auch die anderen  
73 Mitarbeiter da zu schulen. Damit sie auch gleich zum Beispiel wissen, wie würde dieser Pfad gehen,  
74 wenn wir jetzt jemanden hätten, der sich als akut suizidal in der Praxis zeigt. Wen kann man anrufen,  
75 was kann man dort sagen, wie geht man vor.

76 I: Sind Sie jetzt in Kontakt mit Organisationen, die Beiträge zur Prävention von Suizid leisten. Also  
77 Beispiele hierfür wären: Go-On, ein Kriseninterventionsteam, aber auch Schmerzambulanzen, die  
78 Trauerbegleitung oder Einrichtungen für Familien- und Jugendberatung.

79 E: Nein, bin ich leider nicht in Kontakt, aber prinzipiell wäre das sicher interessant eine Liste zum  
80 Beispiel zu haben an Organisationen, an die man sich wenden kann, zum Beispiel Trauerbegleitung,  
81 das ist sicher ein Service, das man Patienten auch anbieten kann, wenn man jetzt merkt jemand ist  
82 durch einen Sterbefall in der Familie schwer betroffen, dass man gleich diese Nummer weitergeben  
83 kann und vielleicht auch eine Ansprechperson im Idealfall. Und vielleicht dort auch kurz anrufen und  
84 den Patienten ankündigen.

85 I: Wäre eine stärkere Kooperation wünschenswert?

86 E: Ja also ich meine es ist zum Glück ein nicht sehr häufiges Thema, das auftritt, aber ich glaube  
87 gerade bei Notfällen ist es natürlich schon immer gut vorher auch zu wissen an wen man sich da  
88 wenden kann. Also ich weiß jetzt nicht inwieweit so ein Leitfaden wirklich sinnvoll ist, weil es ist ja  
89 schon sehr individuell ist, je nach Fall, aber zumindest eine Liste an Kontakten oder die Auflistung  
90 aller Organisationen wäre definitiv hilfreich. [...] Es gibt auch sicher einen Unterschied zwischen Stadt  
91 und Land, also sowohl in der Vernetzung als auch im Bedarf muss man sagen. In der Stadt ist es

92 sicher häufiger, dass man mit Menschen zu tun hat, die sowieso sozialarbeiterische Unterstützung  
93 brauchen, wobei das am Land natürlich auch für viele hilfreich wäre, aber es gibt halt dieses Angebot  
94 nicht in der Form. Ich glaube schon, dass im städtischen Bereich die Vernetzung eigentlich besser ist  
95 und das natürlich auch wünschenswert wäre für den ländlichen Bereich.

96 I: Und ist ihnen jetzt ein Informations- oder Weiterbildungsangebot zum Thema Suizidprävention  
97 speziell für Allgemeinmediziner, aber auch für das Gesundheitspersonal oder irgendein anderes  
98 Unterstützungsangebot bekannt?

99 E: Nein.

100 I: Wie müsste man jetzt so ein Bildungsangebot gestalten, ihrer Meinung nach, damit das  
101 angenommen wird?

102 E: Also am einfachsten ist es sicher online, dass man das selbstständig machen kann, dass kann auch  
103 ein guter Einstieg sein, würde ich einmal sagen, dass man einmal eine allgemeine Information  
104 darüber kriegt und schaut in welche Richtung könnte das gehen, aber weil mir eben das Thema  
105 Vernetzung, der persönliche Kontakt sehr wichtig ist, glaube ich schon, dass es halt wünschenswert  
106 wäre, sich mit den verschiedenen Akteuren zu treffen, um sich vielleicht gemeinsam Pfade zu  
107 überlegen, wie kann man vorgehen, was ist sinnvoll.

108 I: Wird das Thema Suizidprävention in der Ausbildung der Allgemeinmediziner, also im  
109 Medizinstudium behandelt?

110 E: Nicht sehr ausgiebig würde ich sagen. [...] Also ich würde sagen, da geht es hauptsächlich darum,  
111 wie geht man mit einer suizidalen Krise um. Also da geht es eher so um rechtliche Dinge, aber  
112 wirklich Präventionsarbeit, an das könnte ich mich nicht erinnern.

113 I: Haben Sie jetzt noch irgendwelche Wünsche oder Verbesserungsvorschläge in Bezug auf  
114 Suizidprävention speziell für PVEs in Österreich?

115 E: Ja zum Beispiel eine bessere Information darüber was möglich ist, was gibt es, wie soll man  
116 vorgehen. Also das das dann natürlich individuell zu handhaben ist, ist natürlich eh klar. Aber ich  
117 glaube, dass es nicht schadet, da eine Liste zum Beispiel zu haben über mögliche Stellen, die dafür  
118 zuständig sind mit Kontaktnummern, E-Mail-Adressen oder Öffnungszeiten. Also dass man sich das  
119 nicht einzeln zusammensuchen muss, sondern dass man für seine Region passend auch weiß, wer ist  
120 da Ansprechpartner, an wen kann man sich da wenden.

- 121 I: Und gibt es jetzt noch irgendwas, was wir noch nicht angesprochen haben, irgendwas was ihnen  
122 noch wichtig erscheint?
- 123 E: Nein also ich glaube ich habe alles untergebracht, was ich erwähnen wollte.
- 124 I: Sehr schön, vielen Dank für das Interview und Ihre Zeit.

Interview A\_3

Dienstag, 12.10.2021 13:15 Uhr

Dauer: 12:34 Minuten

1 I: Hatten Sie im Rahmen Ihrer Tätigkeit im PVE bereits Kontakt zu suizidalen Patienten?

2 E: Ja.

3 I: Haben Sie hier im PVE irgendwelche Grundregeln oder Grundhaltungen, wie Sie dann mit suizidalen  
4 Patienten umgehen?

5 E: Ja, schon. [...] Also wenn akute Suizidalität festgestellt wird, dann kommen die Patienten in  
6 stationäre Behandlung, wobei das wieder unterschiedlich zu handhaben ist. Da gibt es welche, die  
7 gehen freiwillig in die stationäre Behandlung und welche, die das halt nicht so wollen, das ist dann  
8 schwierig, das haben wir aber dann auch noch nie so gehabt, dass wir den Polizeiarzt dann haben  
9 rufen müssen, aber bei Patienten, die freiwillig fahren wollen, da haben wir auch noch kaum die  
10 Rettung gebraucht, sondern wir haben da Angehörige angerufen und die fahren dann mit denen zur  
11 stationären Behandlung.

12 I: Jetzt weiß man aus der Literatur, dass unterschiedliche Faktoren einen Einfluss auf Suizidalität  
13 haben, beispielsweise der soziale Status, der Familienstand, körperlich schwere oder psychische  
14 Erkrankungen, aber auch Krisen, wie der Verlust einer nahestehenden Person, Arbeitslosigkeit,  
15 Pensionsantritt oder bei Jugendlichen Ausbildungs- und Beziehungsprobleme. Welche dieser  
16 Faktoren sind aus Ihrer Sicht im PVE beeinflussbar?

17 E: Beeinflussbar ist sicher, dass man versucht Leute schon frühzeitig in einer Krise abzufangen, indem  
18 man ihnen einfach schon frühzeitig das Angebot von psychotherapeutischen Gesprächen oder eben  
19 auch durch medikamentöse Interventionen quasi andere Möglichkeiten bietet. Abfangbar ist sicher  
20 einmal im Rahmen der Existenzsicherung, wenn man es jetzt in sozialarbeiterischer Hinsicht  
21 betrachtet, die soziale Faktoren. Mit der Möglichkeit des social prescribing, was jetzt Einsamkeit und  
22 so weiter betrifft haben wir eine Möglichkeit zu unterstützen. Und sonst halt Aufklärungsarbeit und  
23 Vernetzung mit anderen Einrichtungen und das dann den Patienten, die sich suizidgefährdet zeigen,  
24 anbieten.

25 I: Und welche Möglichkeiten hat man jetzt im PVE im Vergleich zu einer herkömmlichen  
26 hausärztlichen Praxis suizidpräventiv tätig zu werden?

27 E: Suizidpräventiv hat man sicherlich die Möglichkeit vermehrt durch die Sozialarbeit das abzufedern.  
28 [...] aber natürlich sehe ich den Vorteil auch in Kommunikationsschulungen, die für das ganze Team  
29 angeboten werden. Aber auch die Tatsache, dass man in einem Team arbeitet und sich absprechen  
30 kann, nicht nur aus medizinischer Sicht, sondern auch aus der Sicht der Therapeuten oder  
31 Sozialarbeit.

32 I: Und haben Sie jetzt Psychologinnen, Psychotherapeuten oder Sozialarbeiter im Team?

33 E: Genau, wir haben eine Sozialarbeiterin im Team. Psychologen haben wir keine im Team, weil wir  
34 Allgemeinmediziner die Ausbildung zur Psychotherapie haben und da schon die Möglichkeit nutzen  
35 solche Gespräche zu führen. [...] und das stellt natürlich bei so schwierigen Dingen, wie dem  
36 Feststellen einer Suizidgefährdung einen Vorteil dar, wenn man ein breit aufgestelltes Team um sich  
37 hat.

38 I: Gibt es jetzt oder kennen Sie Suizidpräventionskonzepte oder Projekte, die beim Hausarzt oder im  
39 PVE umgesetzt werden können?

40 E: Kenn ich jetzt keine, nein.

41 I: Wenn Sie sich jetzt vorstellen würden ein solches Konzept zu entwerfen, was müsste dieses Ihrer  
42 Meinung nach unbedingt enthalten?

43 E: [...] Naja, einerseits glaube ich ist es wichtig, dass man durch gewisse Grunddiagnosen die Leute,  
44 die suizidgefährdet sind, zu identifizieren versucht, also eine größere Achtsamkeit auch denen  
45 gegenüber bringt. Wir haben sehr viele Substitutionspatienten, also die sind eng angebunden an uns  
46 Hausärzte und häufig psychiatrisch sehr, sehr krank. Da spielt Suizidalität schon immer wieder eine  
47 Rolle. Und da ist es einfach auch so, dass wir sehr aufmerksam sind, wenn sie nicht zu Terminen  
48 kommen, dass man auch ein bisschen nachgehender arbeitet. Ich glaube es soll auch vermittelt  
49 werden, keine allzu große Scheu zu haben die Suizidalität zu erfragen. Also ich glaube, es ist für sehr  
50 viele ganz unangenehm, das überhaupt anzusprechen. Wenn man da vielleicht auch einmal im Team  
51 eine Schulung dazu macht, da es extrem schwierig ist eine akute Suizidalität einzuschätzen. Also es ist  
52 sicher wichtig, dass man einfach mehr Awareness in den unterschiedlichen Berufsgruppen schafft,  
53 weil ich finde schon, dass es ein sehr großes Tabu ist, Suizidalität anzusprechen. Auch verbunden mit  
54 der Angst, wenn rauskommt, dass es sich um akute Suizidalität handelt, was mach ich dann als  
55 behandelnder Arzt. Also da ist es schon gut, wenn man da irgendeine SOP oder dergleichen in der  
56 Hand hat, damit man weiß, wie man vorgehen sollte. [...] Da hat man schon auch das Problem, dass  
57 man das als Arzt jetzt nicht immer so schafft, Krisengespräche zu führen, da diese sehr viel Zeit in

58 Anspruch nehmen. Aber da haben wir auch wirklich eine sehr gut ausgebildete Sozialarbeiterin, das  
59 stellt schon eine sehr große Hilfe für uns dar. Aber natürlich muss ich zugeben, dass die Zeit auf jede  
60 persönliche Krise einzugehen nicht immer da ist in einer Kassenpraxis.

61 I: Und sind sie jetzt in Kontakt mit Organisationen, die Beiträge zur Prävention von Suizid leisten, also  
62 Beispiele hierfür wären jetzt Go-On, oder Kriseninterventionsteams, aber auch Schmerzambulanzen,  
63 Trauerbegleitung, oder Einrichtungen für Familien- und Jugendberatung?

64 E: Ja also unsere Sozialarbeiterin ist da in Kontakt mit Einrichtungen für Familien- und  
65 Jugendberatung. Mit Schmerzambulanzen sind wir auch in Kontakt oder mit Palliativteams, da sind  
66 wir schon in guten Austausch.

67 I: Wie funktioniert so eine Zusammenarbeit mit den unterschiedlichen Einrichtungen?

68 E: Patienten, die das betrifft, übergebe ich hauptsächlich an die Sozialarbeiterin, die kümmert sich  
69 dann darum.

70 I: Ist Ihnen jetzt ein Informations- oder Weiterbildungsangebot zum Thema Suizidprävention speziell  
71 für Allgemeinmediziner oder das Gesundheitspersonal oder irgendein anderes  
72 Unterstützungsangebot bekannt?

73 E: Nein, da ist mir jetzt nichts bekannt.

74 I: Wie sollte Ihrer Meinung nach so ein Bildungsangebot gestaltet sein, damit es von den  
75 unterschiedlichen Berufsgruppen angenommen wird?

76 E: Also auf alle Fälle schon praxisnah und durchführbar. Also wir haben ja auch Öffnungszeiten im  
77 PVE und man kann das PVE jetzt nicht für einen Tag zusperren auf Grund eines Seminars. Aber ich  
78 glaube schon, dass eine Präsenzveranstaltung zielführender ist, als online etwas anzubieten.

79 I: Wird das Thema Suizidprävention in der Ausbildung der Allgemeinmediziner, also im  
80 Medizinstudium, abgehandelt?

81 E: Nein, soweit ich mich erinnern kann, war das kein Thema.

82 I: Und haben Sie jetzt noch irgendwelche Wünsche oder Verbesserungsvorschläge in Bezug auf  
83 Suizidprävention in PVEs in Österreich?

84 E: Naja, nachdem ich ja zum Beispiel nicht einmal weiß, ob es da ein Schulungsangebot dahingehend  
85 gibt, [...] ist es sicher sinnvoll solche Schulungsangebote vermehrt anzubieten. Also da wäre es sicher

86 spannend einmal Schulungsangebote für Suizidprävention zu haben und diese zu besuchen. Es muss  
87 ja nicht gleich für das ganze Team sein, aber wenn einmal zwei Leute aus dem Team dahin gehen  
88 könnten, wäre das sicher eine gute Sache.

89 I: Gibt es jetzt etwas, das wir noch nicht angesprochen haben und Sie noch gerne erwähnen würden.  
90 Irgendetwas, das Ihnen noch wichtig erscheint?

91 E: Nein, es wurde eh alles sehr gut erfasst.

92 I: Dann vielen Dank für das Interview und Ihre Zeit.

Interview S\_1

Mittwoch, 29.09.2021 16:00 Uhr

Dauer: 15:26 Minuten

1 I: Wie sollte aus Ihrer Sicht mit suizidalen Patienten in Primärversorgungseinrichtungen umgegangen  
2 werden? Gibt es Grundsätze, an denen sich in der Arbeit mit suizidalen Patienten orientiert werden  
3 sollte?

4 E: Ja die gibt es [...] in der Suizidologie gibt es eine gewisse Übereinkunft, dass die Arbeit mit  
5 suizidalen Patienten sehr stark vom Modell der Krisenintervention inspiriert ist bzw. bietet die  
6 Krisenintervention einen guten Handlungsleitfaden, wie man mit Suizidgefährdeten umgeht.

7 I: Aus der Literatur weiß man, dass unterschiedliche Einflussfaktoren, eben wie zum Beispiel Alter,  
8 Geschlecht, sozialer Status, der Familienstand, körperlich schwere oder psychische Erkrankungen,  
9 unterschiedliche Krisen Einfluss nehmen können auf die Suizidneigung von Patienten. Aus Ihrer Sicht,  
10 welche von diesen Einflussfaktoren wären im PVE beeinflussbar?

11 E: [...] Da bleibt eigentlich nach dem Ausschlussprinzip natürlich übrig die körperlich schwere oder  
12 psychische Erkrankung also im Sinne von hier kann sicher ein medizinischer oder psychosozialer  
13 Beitrag durch das Primärversorgungszentrum Linderung bringen. Oder auch bei Krisen.

14 I: Gibt es noch andere Faktoren, die Ihrer Meinung nach im PVE beeinflussbar wären?

15 E: Genau. Die sind hier nicht gelistet. Das ist ganz wichtig. Der Zustand vor einem Suizid oder ein  
16 gefährlicher Zustand, aus dem heraus ein Suizid passieren kann, ist eben häufig geprägt durch das  
17 Gefühl der fehlenden Verbundenheit, Hoffnungslosigkeit, sehr oft auch Schlaflosigkeit, das Gefühl  
18 der Ausweglosigkeit und die Aggregiertheit, sprich so ein extremer Unruhezustand, der schwer  
19 erträglich ist. Und da ist es schon so, dass Hausärzte aber auch Anbieter im  
20 Primärversorgungseinrichtungen hier einwirken können. Hausärzte haben oft eine lange  
21 Verbundenheit mit den Patienten und da kann durch fünf Minuten verstanden werden, das Gefühl  
22 der Verbundenheit sehr wohl beeinflusst werden. Kann Hoffnung bieten. Schlafmedikation kann  
23 kurzfristig hier eine Entlastung bieten. Oder auch Beruhigungsmittel. Bei Aller Kritik und Problematik  
24 können diese hier lebensrettend sein. Und ich glaube, da sind viele Faktoren, die wir aus den  
25 Suizidmodellen kennen, die hier nicht gelistet wurden in diesem Interviewleitfaden, wo der Hausarzt,  
26 vor allem der Hausarzt wo schon viel Beziehung besteht, eingreifen kann. Grundsätzlich geht es da  
27 um diese Beziehung, die da schon vorhanden ist, das wird da ein Wirkfaktor.

28 I: Und hat jetzt ihrer Meinung nach ein PVE andere Möglichkeiten in der Suizidprävention aktiv zu  
29 werden im Vergleich zu einer herkömmlichen hausärztlichen Praxis?

30 E: Ich glaube ein wesentlicher Punkt ist hier die Vernetzungsmöglichkeit. Ich erlebe das als immer  
31 äußerst schwierig, dass die Weitervermittlung zu einer psychologischen oder psychotherapeutischen  
32 Behandlung oder zu einer sozialarbeiterischen Intervention oft sehr schwierig und langwierig ist. Da  
33 ist sehr viel Barriere. Da kann natürlich so ein vernetztes Angebot, wenn es tatsächlich dann eine  
34 Verbesserung der Vernetzung ist, unterstützend sein. [...] Also gerade viele, viele suizidgefährdete  
35 Patienten, die ich da aus der Klinik entlasse, ich entlasse sie nicht persönlich, ich begleite diese  
36 Menschen, das ist es äußerst schwierig, dass die dann rasch finanzierbare Psychotherapie erhalten.  
37 Zumindest in meinem Bundesland. Und viele kommen dann nicht in eine Psychotherapie, weil das  
38 dann auch organisatorisch und finanziell nicht möglich ist.

39 I: Kennen Sie jetzt oder gibt es Suizidpräventionskonzepte oder Projekte, die für Hausärzte oder PVEs  
40 erstellt wurden und in PVEs umgesetzt werden können?

41 E: Welche, die aktuell laufen, kenne ich nicht. Aber es hat so in den 80er, 90er Jahre die  
42 Depressionskampagnen gegeben, wo in Hausarztpraxen versucht worden ist Depressionssymptome  
43 schneller zu erkennen und auch schneller zu behandeln. Das sieht man heute durchaus kritisch, weil  
44 es zu einer Übermedikation geführt hat und oft zu einer fahrlässigen medikamentösen  
45 Verschreibung, die dann auch relativ unkontrolliert über viele Jahre gegangen ist. Das sehen wir  
46 heute sehr kritisch. Was es auch noch gibt sind eben so Suizidpräventionsschulungen, so  
47 Gatekeeperschulungen. [...] Da sind glaub ich immer schon Schulungen gelaufen.

48 I: Was müsste jetzt aus Ihrer Sicht so ein Suizidpräventionsprojekt für Allgemeinmediziner enthalten?

49 E: Genau. Also ich stell mir das so vor, also idealerweise eine Gatekeeperschulung, wie sie typisch ist.  
50 Maßgeschneidert allerdings für Hausärzte und natürlich auch anderen, die in diesen PVEs arbeiten.  
51 Die Inhalte sind so klassischerweise die Auseinandersetzung mit Suizidalität. Die eigene, so im Sinne  
52 von persönlicher Klarheit zu erlangen, wie ich zu diesem Thema stehe und wie meine Rolle in der  
53 Suizidprävention sein kann und sein sollte oder eben nicht sein kann oder nicht sein sollte. Dann  
54 natürlich auch Fachwissen zu Risikofaktoren, zu Suizidmodellen, zum Umgang mit Suizidgefährdeten  
55 und eben zu Grundprinzipien der Krisenintervention und zu einem Knowhow, wie ich dann  
56 weitervermitteln kann.

57 I: Wie würden Sie jetzt so generell die Vernetzung zwischen PVEs oder auch Hausärzten und  
58 Organisationen, die in der Suizidprävention oder der Krisenintervention oder anderen einschlägigen

59 Organisationen, nehmen wir hier als Beispiel Schmerzambulanzen, die Trauerbegleitung,  
60 Einrichtungen für Familien- und Jugendberatung, tätig sind. Wie würden Sie diese Vernetzung  
61 einschätzen?

62 E: Das ist jetzt ein sehr subjektiver Eindruck, aber ich glaube das variiert sehr stark. Ich vermute, dass  
63 das eben von den Beteiligten, wenn ich jetzt die Hausärzte herausgreife, sehr wahrscheinlich davon  
64 abhängt, wie sehr sich jemand eben auch diesem Thema widmet und natürlich auch von den  
65 Kapazitäten und das geht von bis. Ich glaube, dass die Hausärzte, die auch schon in der Psychiatrie  
66 tätig waren oder psychotherapeutisch tätig gewesen sind oder auch Connections zu diesen  
67 Einrichtungen haben, die sind da glaub ich auch wesentlich schneller und nutzen das auch viel  
68 häufiger als eben Leute, die das nicht so erlebt haben oder Erfahrungen nicht gemacht haben. Ich  
69 glaube, es variiert einfach sehr stark.

70 I: Wäre da prinzipiell eine stärkere Kooperation zwischen den Organisationen wünschenswert?

71 E: Natürlich. Ich glaube das mehr Vernetzung gewünscht ist, das ist aber auch natürlich schwierig.

72 I: Jetzt haben wir oben schon die Beispiele gebracht mit den unterschiedlichen Organisationen, gibt  
73 es da aus Ihrer Sicht sonstige wichtige Kooperationspartner speziell für PVEs?

74 E: Psychotherapeuten, dann natürlich auch die ganzen Fachärzte für Psychiatrie, der psychosoziale  
75 Dienst, so als Drehscheibe für Weitervermittlungen, dann die Kriseninterventionseinrichtungen, die  
76 es so da gibt. Also bei uns gibt es da einige, in Wien gibt es das Kriseninterventionszentrum, die sind  
77 auch zu nennen. Natürlich auch die Psychiatrie, gerade die Ambulanz der Psychiatrie ist eine ganz  
78 wichtige Schnittstelle, weil eben akut suizidgefährdete, die eben im PVE oder Hausarztpraxis auffällig  
79 werden ja doch oft dahin vermittelt werden, da ist dann natürlich ein direkter Draht wünschenswert.  
80 Das ist jetzt noch etwas was mir direkt noch eingefallen ist.

81 I: Und ist Ihnen irgendein Informations- oder Weiterbildungsangebot zum Thema Suizidprävention,  
82 speziell für Allgemeinmediziner oder dem Gesundheitspersonal oder irgendein anderes  
83 Unterstützungsangebot für diese Gruppe bekannt?

84 E: Es gibt mittlerweile vom Suizidpräventionsprogramm Österreich SUPRA ein zertifiziertes  
85 Gatekeepertraining und da werden eben solche Ausbildungen angeboten. Die sind jetzt nicht im  
86 Vorhinein speziell für Hausärzte und PVEs konzipiert, allerdings ist da so viel Knowhow da, dass das in  
87 einer gewissen Art und Weise umsetzbar ist, dass das dann auch für PVEs tauglich ist. Das fällt mir da  
88 sicher als naheliegendstes Angebot ein.

89 I: Gibt es jetzt noch irgendwelche Wünsche oder Verbesserungsvorschläge, die sie in Bezug auf die  
90 Suizidprävention speziell für PVEs in Österreich haben?

91 E: Ja zwei Sachen, (...) Also ich würde mir noch einen sorgsameren Umgang mit Medikamenten  
92 erwarten. Mir wünschen, es hat sich zwar schon verbessert, aber es ist immer noch ein Thema, der  
93 sorgsame Umgang mit Benzodiazepinen. Also ich habe zuerst gesagt, die können lebensrettend sein,  
94 gleichzeitig erlebe ich das sehr häufig, dass massive Abhängigkeiten entstanden sind, durch diese  
95 Verschreibungen. Dass Patientinnen und Patienten ihren Hausarzt gezielt aufsuchen, um dann  
96 irgendwie Benzos wieder zu bekommen, obwohl eine Benzodiazepinabhängigkeit diagnostiziert ist  
97 und so weiter. Auch das gleiche mit Antidepressiva. Also da wird sehr schnell wahrscheinlich aus  
98 einer Ohnmacht und Sorge heraus Antidepressiva verschrieben und oft nicht in einer adäquaten Art  
99 und Weise gemonitort. Oder Patienten, die dann über Jahre so eine Medikation oder psychiatrische  
100 Polypharmazie verwenden, weil sie es irgendwann einmal verschrieben bekommen haben und das  
101 eigentlich sehr unkritisch weiterverordnet wird. Also da sehe ich sehr wohl eine Rolle in den PVEs.  
102 Und zweitens so eine meiner Erfahrungen, ich glaube, dass die, jetzt spreche ich natürlich von  
103 Hausärzten als wahrscheinlich Schlüsselfiguren im PVEs, die haben natürlich wenig Zeit. Ich glaube  
104 die haben oft weniger Ahnung davon, wie wirksam sie werden könnten mit ihrer wenigen Zeit. Ich  
105 erlebe viele suizidgefährdete Patienten, wo der Hausarzt so über lange Jahre schon fast ein  
106 Bekannter der Familie ist, wo einfach ganz viel Beziehung besteht und wo auch wenige Minuten sehr  
107 wirksam werden könnten. Genau in diesen Faktoren und ich glaube, da hoffe ich, dass den  
108 Hausärzten da ihr Potential bewusst ist. Nicht im Sinne eines Druckes, sondern, dass sie oft mehr  
109 machen, wirksamer sind als ihnen bewusst ist. Weil ich glaube die Hausärzte erleben das in erster  
110 Linie als ganz schwierige Situation, wo sie viel Ohnmacht spüren, und weniger das, wie hilfreich sie da  
111 schon sind, dass [...] die Patienten überhaupt einmal die Möglichkeit haben, dass einmal  
112 auszudrücken. [...]

113 I: Gibt es jetzt noch irgendetwas, was wir noch nicht angesprochen haben und was sie gerne noch  
114 erwähnen würden? Irgendwas, was ihnen noch wichtig erscheint?

115 E: Nicht direkt, nein.

116 I: Vielen Dank für das Interview und Ihre Zeit.

Interview S\_2

Freitag, 01.10.2021 11:00 Uhr

Dauer: 20:24 Minuten

1 I: Wie sollte aus Ihrer Sicht mit suizidalen Patienten in Primärversorgungseinrichtungen umgegangen  
2 werden? Gibt es Grundsätze, an denen sich in der Arbeit mit suizidalen Patienten orientiert werden  
3 sollte?

4 E: Grundsätzlich ist das eine Frage, die auf jeden Professionisten zutrifft. Was tue ich, wenn ich die  
5 Annahme habe, dass der Patient eventuell Suizidgedanken im Hintergrund hat. Das allerwichtigste  
6 und da sind wir sehr eindrücklich mit dieser Message, dass man das ernst nimmt. Egal wie weit das  
7 weg sein mag für die Person oder den Professionisten selbst. Wenn Suizidalität erkennbar ist, sollte  
8 diese immer ernst genommen werden und wenn sie nicht Psychologen oder Psychotherapeuten sind,  
9 dann sollte auf jeden Fall professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden. Also Suizidalität ist  
10 nichts, was man auf die leichte Schulter nehmen sollte und wo man sagt, dass kann man selbst relativ  
11 gut behandeln, das kann man selbst relativ gut in den Griff kriegen. Mag sein, dass es Fälle gibt, wo  
12 es so ist, aber das wichtigste ist wirklich professionelle Hilfe in Anspruch nehmen und gerade wenn  
13 ich an die Auslastung der Hausärzte denke, kann es sein, dass man gerade da in diesen Spektrum an  
14 die Grenzen der Ressourcen stößt. Deshalb: es gibt psychosoziale Beratungsstellen, es gibt genug  
15 Psychotherapeuten, die da Ansprechpartner sind. Also da sollte wirklich als ersten Schritt geschaut  
16 werden, dass die Person einer professionellen Unterstützung zugeführt wird. Aber der erste Schritt  
17 und das ist sicherlich das Wichtigste, das um und auf in der Suizidprävention, die Menschen sollten  
18 wirklich ernst genommen werden. Es sollte weiter nachgebohrt oder nachgefragt werden. Also so im  
19 Rahmen einer Suizidabklärung, wie kann ich die Suizidabsichten/-gedanken einschätzen, wie weit  
20 sind wir in dieser sogenannten suizidalen Entwicklung? Besteht akute Suizidgefahr, da ist dann  
21 sowieso die Rettungskette einzuschalten und da sind viele Dinge, wo es auch davon abhängt, wie gut  
22 ist die Person bewandert, also der Arzt, die Ärztin oder der Professionist, was das Thema Suizidalität  
23 betrifft.

24 I: Jetzt weiß man ja aus der Literatur, dass unterschiedliche Einflussfaktoren mit Suizid in Verbindung  
25 gebracht werden, wie zum Beispiel das Alter, Geschlecht, der soziale Status, der Familienstand,  
26 körperlich schwere oder psychische Erkrankungen, unterschiedliche Krisen, wie der Verlust einer  
27 nahestehenden Person, Arbeitslosigkeit oder auch der Pensionsantritt. Bei welchen dieser Faktoren  
28 kann jetzt das PVE in der Suizidprävention tätig werden?

29 E: [...] Was natürlich eine Sache ist, ist die Gesundheitsversorgung an sich. Also da sehen wir schon  
30 auch von der Suizidprävention ein enormes Potential in den PVEs, durch die Multidisziplinarität. Also  
31 sie haben ja nicht nur Ärzte vor Ort, sondern auch zum Teil Psychiater oder Fachärzte, Psychologen,  
32 Psychotherapeuten und für uns ist immer die schwierigste Sache die, die Personen dann wirklich  
33 einer professionellen Unterstützung zuzuführen. Das heißt wir haben mit dem Thema Suizidalität ein  
34 Thema, das sehr Tabubehaftet ist. Man spricht nicht gerne darüber, man empfindet Scham, wenn es  
35 einen selbst betrifft bzw. wenn es die Familie betrifft. Also da haben wir von Haus aus mit einer sehr  
36 hohen Hemmschwelle zu tun. Und interessanterweise ist es so, dass wenn man sich anschaut, wie  
37 sich die Soziodemographie der Suizidenten aufteilt, ist es so, dass wir Österreichweit, gerade in der  
38 Steiermark ein extremes Geschlechterunverhältnis haben. Das heißt, wir haben so ca. das Verhältnis  
39 1:4, das heißt vier Mal mehr Männer suizidieren sich im Vergleich jetzt zu den Frauen. Gerade bei  
40 Männern ist es so, dass häufig der erste Ansprechpartner der Hausarzt ist, was Depression betrifft,  
41 was Suizidalität betrifft. Nur da ist es im größten Teil so, dass sich die Männer mit körperlichen  
42 Beschwerden an die Ärzte wenden. Das heißt, sie gehen hin und sagen sie haben  
43 Spannungskopfschmerz, Nackenschmerzen. Die Grundlage dafür ist aber oft psychischer Natur.  
44 Und wenn man da defacto eine psychosoziale Expertin, Psychologin im selben Haus hat und der Arzt  
45 dem Patienten empfiehlt, den Kontakt zu diesem aufzunehmen, der befindet sich ja im selben Haus,  
46 in derselben Praxis, dann sinkt damit schon die Hemmschwelle für die einzelne Person, dass sie  
47 sowas überhaupt in Anspruch nimmt, da sie ja den Weg schon gegangen ist, denn ersten Schritt hat  
48 sie getan. Vielleicht mit einer anderen Intention, aber eine große Hürde ist damit schon überschritten  
49 und wenn man dann direkt relativ niederschwellig weitervermitteln kann, dass würden wir [...] als  
50 eine der großen Potentiale der Primärversorgung sehen. [...]

51 I: Es ist jetzt eh schon gefallen das Thema der Chancen, die das PVE gegenüber der herkömmlichen  
52 hausärztlichen Praxis hat. Jetzt haben wir schon gesagt, dass unterschiedliche Professionen tätig sind,  
53 die Hemmschwelle wird gesenkt. Sehen Sie da sonst auch noch Möglichkeiten, wie das PVE aktiv  
54 werden kann?

55 E: Ja grundsätzlich, wenn mehrere Professionisten an einem Platz tätig werden, hat man  
56 grundsätzlich immer auch die Möglichkeit edukative Maßnahmen anzubieten. Beispielsweise im  
57 Rahmen der Suizidprävention gibt es ja diese psychoedukativen Maßnahmen im Sinne einer  
58 Wissensvermittlung, also was Suizidalität ist, was das bedeutet, welche Symptome sind für  
59 Betroffene aber auch für Angehörige, also Familienmitglieder, die sich eventuell Sorgen machen um  
60 andere Personen. Und wenn man da sozusagen auch dieses Angebot auch direkt in den PVEs  
61 darlegen könnte, ja es gibt solche psychoedukativen Maßnahmen, Einrichtungen, wie z.B. auch Go-  
62 On, wir machen auch Schulungen für die Allgemeinbevölkerung, so hat man da auch die Möglichkeit

63 mehr Menschen zu erreichen, die das Thema vielleicht auch direkt betreffen. Also da sehen wir  
64 durchaus Potential, auch dass das für die Suizidprävention Vorteile hat. Auch durch die Vernetzung,  
65 durch die relative niedrigschwellige Vernetzung an einem Ort. Einfach die zentrale Fokussierung, wo  
66 so viel Wissen und Expertise vorhanden ist. Das hat natürlich auch zur Folge, dass die Wege da relativ  
67 kurz sind, wenn man es jetzt vergleicht mit anderen Einrichtungen oder Möglichkeiten.

68 I: Und gibt es oder kennen Sie Suizidpräventionsprojekte oder -konzepte, die eben speziell für  
69 Hausärzte oder PVEs erstellt wurden und die in PVEs umgesetzt werden können?

70 E: Also grundsätzlich weiß ich von einem Pilotversuch, wo man versucht, regelmäßig Workshops zu  
71 Suizidprävention bzw. Vorträge zur Suizidprävention anzubieten, so einmal im Monat oder ein bis  
72 zwei Mal im Quartal, relativ niederschwellig und auch online als Alternative zum Präsenzvortrag. Das  
73 ist auch etwas, vielleicht kann ich da auch aus meiner Erfahrung sprechen, eine der Vorteile aus der  
74 Corona-Krise, weil das ganze ja auf online umgestellt wurde und keine Präsenzveranstaltungen mehr  
75 abgehalten werden konnten, haben alternativ dazu aber online Veranstaltungen gestartet,  
76 beispielsweise über Zoom oder MS Teams und haben versucht die Bevölkerung über Soziale Medien  
77 zu erreichen. [...] was wir gesehen haben, ist, dass das Thema durchaus sehr viele Menschen  
78 interessiert, nur bei vielen Menschen ist das Tabu nach wie vor so groß, dass man sich  
79 höchstwahrscheinlich nie in einer Präsenzveranstaltung gesehen hätte. Also das was wir erkennen  
80 konnten, ist das gerade Suizidalität im engeren Sinn, psychische Erkrankungen, Krisen, dass das  
81 Themen sind, die die Menschen durchaus interessieren und in Österreich die Entwicklung  
82 psychischer Überlastung, psychische Erkrankung nach wie vor immer noch mit Stigma verbunden ist.  
83 Und das könnte man über solche Online Veranstaltungen durchaus auch abbauen, weil man muss  
84 nicht die Kamera eingeschalten haben, man muss nicht über das Mikrofon reden, man kann da auch  
85 als stiller Teilnehmer da sich die Informationen holen und das ist durchwegs etwas wo wir durchaus  
86 Chancen für die Zukunft sehen und erkennen können. [...] Das wird für die Allgemeinbevölkerung  
87 angeboten, aber wir schulen auch Expertinnen und Experten. Also wir sind zum Beispiel auch bei der  
88 Med Uni vertreten, bei der KF Uni bei den diversen Studienrichtungen und da hat sich das online  
89 Medium durchaus als gute Alternative ergeben für die Präsenzveranstaltungen.

90 I: Und wie würden Sie jetzt eben die Vernetzung zwischen den PVEs und den Organisationen die in  
91 der Suizidprävention oder der Krisenintervention oder eben den anderen einschlägigen  
92 Organisationen, wie eben Go-On oder aber auch Schmerzambulanzen, der Trauerbegleitung, usw.,  
93 die da tätig sind, wie würden Sie das einschätzen?

94 E: Also grundsätzlich ist das davon abhängig, wo das ist, in welchem Bezirk. [...] Es ist natürlich noch  
95 ausbaufähig. Also das kann man mit Sicherheit noch sagen. Also da wird für die Zukunft noch sehr

96 viel an Vernetzungsarbeit anstehen, sehr viel auch an Brechen von Strukturen, Aufmachen von neuen  
97 Feldern, also da sind wir sicher noch am Beginn der Reise. [...] Grundsätzlich hat man doch ein Stadt-  
98 Land-Gefälle. [...] Wir erreichen sehr viele Expertinnen und Experten der  
99 Primärversorgungseinrichtungen über die Berufsverbände selbst. Also Beispiel über die  
100 Ärztekammer, über den BÖP, also dem Berufsverband der Österreichischen Psychologen über die  
101 Med Uni [...] Aber eben gerade in Anbetracht unserer Ideen, was da die Vernetzung oder die  
102 Angebotslegung für Primärversorgungseinrichtungen betrifft, da wäre gerade dieser Weg da zu  
103 forcieren, also da müsste man wirklich direkt vernetzen, um da Angebote einfach niederschwellige  
104 realisieren zu können.

105 I: Kennen Sie da sonst auch noch ein Unterstützungsangebot?

106 E: Ja es gibt mehrere. Es gibt viele. Also grundsätzlich ist es bei Go-On so, dass wir alle Berufsgruppen  
107 geschult werden, die mit Menschen in suizidalen Krisen zu tun haben könnten. Das heißt, zum einen  
108 sind es natürlich Gesundheitsberufe, eben Ärzte, Pflegekräfte, aber auch Einsatzkräfte, Pädagogen,  
109 Lehrer, und Inhalte sind grundsätzlich umfassend, das heißt wir gehen nicht nur auf  
110 Basisinformationen ein, sondern auch direkt im Rahmen vom Workshop auf die Kommunikation mit  
111 Menschen in suizidalen Krisen, also auf was da zu achten ist. Und was uns aufgefallen ist, bzw. was  
112 generell auch in der Literatur aufgefallen ist, es gibt gerade wenn es um das Thema Suizid geht, das  
113 ist auch bei Professionisten so, also nicht nur bei Ärzten, sondern auch bei Psychologen, durchwegs  
114 blinde Flecken was dieses Thema betrifft. Also ein Beispiel vielleicht würde ich da ganz kurz  
115 ausführen, die sogenannte unter Anführungszeichen Männerdepression. Also die Art und Weise wie  
116 Männer Depression wahrnehmen, welche Symptome sie zeigen. Also da gibt es eine ganz nette  
117 Geschichte, einen ganz netten Ansatz, den ich gerne kurz ausführen möchte. Nämlich die Male  
118 Depression Scale, die Gotland Male Depression Scale. [...] Der schwedische Staat hat in Gotland, [...]  
119 ein großes Problem gehabt vor etlichen Jahrzehnten muss man schon sagen, die haben eine sehr  
120 hohe Suizidrate gehabt und die haben enorm viel Geld in die Hand genommen und versucht ein  
121 Suizidpräventionsprogramm auf Gotland aufzubauen. Und haben angefangen, unter anderem auch  
122 Allgemeinärzte auf Depressionsdiagnostik hin zu schulen, Haben sie mit State-of-the-art  
123 Messinstrumenten versehen und auch Psychotherapie finanziell unterstützt. Dabei ist heraus  
124 gekommen, dass es ein paar Jahre später es wirklich gelungen ist, die Suizidrate auf Gotland zu  
125 senken. Wie man später dann festgestellt hat, leider nur bei den Frauen. Also das was man gemacht  
126 hat, hat leider nur bei den Frauen funktioniert. Und die haben sich jetzt natürlich die Frage gestellt, ja  
127 warum funktioniert das nur bei den Frauen, aber nicht bei den Männern? Weil die haben gleich viel  
128 Suizide bei den Männern davor wie danach gehabt. Und dann ist man hergegangen und hat etwas  
129 gemacht, das nennt sich psychologische Autopsie. Das heißt sie haben bei den Suizidenten geschaut,

130 was ist im Vorfeld passiert, waren die Menschen in irgendeiner anderen Art und Weise auffällig und  
131 interessanterweise war es wirklich so, dass die Leute nicht nicht auffällig waren, sie waren nur auf  
132 eine andere Art und Weise auffällig, wie wir es ansonsten von der Depression her kennen. Das heißt,  
133 sie haben sehr viele Menschen gehabt, die Bagatelldelikte gehabt haben, zu schnell fahren, Erregung  
134 öffentlichen Ärgernisses, so Handgreiflichkeiten, dann haben sie sehr viele Menschen gehabt, die  
135 Hausärzte zuvor aufgesucht haben, aber mit körperlichen Beschwerden, eben wie genannt schon  
136 Spannungskopfschmerz, Belastungen, Schlafstörungen, Unruhe, derlei Dinge, also ein hohes  
137 Ausmaß an Aktivität, auch Menschen, die sich in die Arbeit gestürzt haben, in den Sport gestürzt  
138 haben, sind dabei. Und das ist eigentlich komplett konträr zu dem, was wir im engeren Sinn unter  
139 einer Depression verstehen, mit diesen Antriebslosigkeiten, also defacto genau das Gegenteil. Und  
140 die haben dann wirklich auf Basis dieser Autopsien etwas entwickelt, eben die Gotland Male  
141 Depression Scale und es dann den Hausärzten zur Verfügung gestellt und siehe da, man konnte  
142 wirklich mehr Männer mit einer Depression diagnostizieren [...]. Aber man konnte dann auch mehr  
143 Männer einer Psychotherapie zuführen, [...] ist es jetzt wirklich auf Gotland gelungen die Suizidrate  
144 zu senken mit einem kompletten Umschwenken der Diagnostik. Und mittlerweile gibt es auch  
145 Depressionsforscher, die meinen, ja Depressionsforschung sollte geschlechtsspezifisch sein. Das heißt  
146 eine Depressionsforschung für Männer, eine Depressionsforschung für Frauen. Das sind natürlich  
147 gewagte Ansätze, aber sie sehen gerade, wenn man es mit einem Phänomen zu tun hat, wo es so ein  
148 eklatantes Geschlechterunverhältnis gibt, da ist man natürlich auch gezwungen, ab und an mal  
149 umzudenken. Da auf Gotland ist es relativ gut gelungen. Und das wären meiner Ansicht nach auch  
150 durchaus sehr, sehr wichtige Informationen für Professionisten. Das man hergeht und schaut, ja ich  
151 habe jetzt einen Mann vor mir, der klagt über Spannungskopfschmerz, Unruhe, körperliche  
152 Beschwerden, es ist aber nichts festzustellen, eventuell gibt es da andere Gründe dafür und dann  
153 eben versucht im Laufe der Behandlung gewisse andere Dinge abzuklopfen oder gewisse andere  
154 Ursachen zu berücksichtigen. Und wenn man den Vorteil hat in einer PVE zu sein, an Kollegen,  
155 Experten anderer Fachdisziplinen weiterzuvermitteln.

156 I: Haben Sie jetzt noch irgendwelche Wünsche oder Verbesserungsvorschläge in Bezug auf  
157 Suizidprävention speziell für PVEs in Österreich?

158 E: Verbessern kann man natürlich immer enorm viel, also da geht sicher immer mehr. Grundsätzlich  
159 was ich mir wünschen würde auch solche psychoedukativen Maßnahmen, dass das auch  
160 flächendeckend besser funktioniert, häufiger angeboten wird, also da nehme ich jetzt nicht nur die  
161 PVEs in die Verantwortung, sondern auch die Suizidpräventionsprogramme an sich, das die  
162 Vernetzung zwischen einander einfach besser und niederschwelliger wird, insbesondere am Land,  
163 weil in der Stadt sind wir eh gesegnet von vielen psychosozialen Angeboten, generell

164 Gesundheitsangeboten, aber gerade was den ländlichen Bereich betrifft und Sie wissen ja wir haben  
165 in der Steiermark ein Stadt-Land-Gefälle, was die Suizidraten betrifft und leider mit Murau, Murtal  
166 zwei Bezirke mit den höchsten Suizidraten in komplett Österreich und gerade da gibt es etliches an  
167 Verbesserungspotential, aber da sind vor Ort wirklich die Einrichtungen gefragt. [...]

168 I: Gibt es jetzt noch etwas, was wir noch nicht angesprochen haben, bzw. was sie noch gerne  
169 erwähnen würden. Etwas, was Ihnen noch wichtig erscheint?

170 E: Ja vielleicht noch ein Umstand, der uns noch sehr aufgefallen ist in der Suizidprävention in der  
171 Steiermark, weil man ja immer jammert Corona-Krise schlecht, schlimm, [...] aber was wir gemerkt  
172 haben ist, dass gerade da diese Tabuthemen wie psychosoziale Belastung, psychische Erkrankung  
173 oder auch Suizidalität in den Vordergrund rücken und dieses Tabu bröckelt. Weil alle Menschen  
174 gemerkt haben, gerade im Rahmen der Lockdowns, psychische Belastung ist real, Depression ist real,  
175 Stress, Angst ist real, das habe ich selber vielleicht schon einmal erlebt. Und was wir merken ist, dass  
176 die Akzeptanz, auch die Offenheit gegenüber diesen Themen von der Allgemeinbevölkerung  
177 gestiegen ist, und zwar so schnell gestiegen ist, dass man behaupten kann, ohne die Krise wäre es  
178 wahrscheinlich nicht so schnell gegangen mit dem Bröckeln dieser Tabuthemen. Also das ist jetzt ein  
179 bisschen so das positivere Resümee aus der Corona-Krise, aus den ganzen Restriktionen, die wir  
180 haben und unserer Erfahrung nach ist es so, dass durchaus auch andere Einrichtungen das so  
181 wahrgenommen haben. Also wenn man immer sagt Krise ist schlecht, stimmt absolut, aber es hat  
182 natürlich auch Chancen zu bieten, also Entwicklungschancen, positives hervorzubringen und das ist  
183 etwas, dass uns speziell im letzten Jahr aufgefallen ist.

184 I: Schön, dass wir mit etwas Positiven abschließen können. Vielen Dank für das Interview und Ihre  
185 Zeit.

Interview S\_3

Montag, 18.10.2021 15:30 Uhr

Dauer: 18:28 Minuten

1 I: Wie sollte aus Ihrer Sicht mit suizidalen Patienten in Primärversorgungseinrichtungen umgegangen  
2 werden? Gibt es Grundsätze, an denen sich in der Arbeit mit suizidalen Patienten orientiert werden  
3 sollte?

4 E: Der erste Grundsatz ist, dass die Hausärzte zum Thema Suizid gut ausgebildet sein müssen, also ein  
5 ausreichendes Basiswissen haben, um erstens einmal zu erkennen, wenn jemand suizidgefährdet ist  
6 und ich mach das auch in meinen Vorträgen so, da bau ich das immer so auf, und zweitens auch zu  
7 wissen, wann sie an eine mögliche Suizidgefährdung denken, das heißt bei Risikogruppen und  
8 Risikofaktoren, an diese Möglichkeit zu denken. Und dann natürlich ganz wesentlich daran zu  
9 denken, dass sie mit den Patienten, dann auch das Thema Suizidalität und Suizidgefährdung  
10 ansprechen, diese Scheu diese Schwelle zu überwinden, die wir ja grundsätzlich schon haben, weil es  
11 ja ein schwieriges Thema ist und wir vielleicht auch in der Medizin das Problem haben, dass wir das  
12 Gefühl haben, wir verschrecken jemanden damit oder da gibt es ja diese Klischees, wir bringen  
13 jemanden erst auf die Idee. Also darum ist dieses Basiswissen dazu wichtig, Schulungen,  
14 Gatekeeperschulungen bei den Hausärzten, da kommen wir dann eh noch darauf zurück, und dann  
15 wie gesagt, das möglichst frei und offen ansprechen zu können und selber zu wissen, was tu ich,  
16 wenn hier jemand suizidgefährdet ist, das heißt, was kann ich ihm an Versorgung anbieten und wo  
17 kann ich ihn hin weiterleiten, wenn er mehr braucht.

18 I: Jetzt weiß man aus der Literatur, dass unterschiedliche Einflussfaktoren mit Suizid in Verbindung  
19 gebracht werden, wie zum Beispiel Alter, Geschlecht, der soziale Status, der Familienstand,  
20 körperlich schwere oder psychische Erkrankungen, Krisen, wie zum Beispiel der Verlust einer  
21 nahestehenden Person, Arbeitslosigkeit, Pensionsantritt oder bei Jugendlichen Ausbildungs- oder  
22 Beziehungsprobleme. Welche dieser Faktoren sind aus Ihrer Sicht im PVE beeinflussbar? Wo kann  
23 der Allgemeinmediziner suizidpräventiv eingreifen?

24 E: [...] Das entscheidende ist eigentlich, wo kann er im Gespräch eine Unterstützung und einen Halt  
25 geben, dass er jemanden mit den Sorgen, die eine Person oder jeder Patient ihm entgegen bringt,  
26 dass er das aufnehmen kann. Das erste ist immer die Einladung zum Gespräch, zum möglichst  
27 offenen Gespräch und sich auch zu trauen schwierige Themen oder so Dinge wie Suizidgedanken  
28 auszusprechen. Das ist aber ein allgemeiner Punkt. Dann ist natürlich klar, wenn es um körperliche  
29 Erkrankungen geht oder um psychische Erkrankungen, die mit der Suizidalität einhergehen oder die

30 die Grundlage sind, dann ist die Möglichkeit des Arztes zu sagen, ja okay schauen wir, was kann die  
31 Medizin für Sie tun. Also das heißt, kann die Medizin vielleicht eine Verbesserung für die körperliche  
32 Erkrankung bringen bzw. was kann die Medizin tun für die psychische Problematik, also auch den  
33 Einsatz von Psychopharmaka in der Hausarztpraxis, da haben ja auch Hausärzte ein gewisses Ausmaß  
34 an Erfahrung in der medizinischen Versorgung. Und das zweite ist dann auch die Kooperation mit  
35 Spezialisten, sei es die körperliche Erkrankung oder sei es die psychische Erkrankung. Bei den Krisen  
36 sind die Hausärzte oft die ersten Anlaufstationen, also wenn Sie wirklich so ein richtiger Hausarzt  
37 sind, der schon über längere Zeit begleitet, der über die Lebenssituation Bescheid weiß, das heißt er  
38 kann da nachfragen, wenn er den Eindruck hat, dass hier etwas nicht stimmt. Das heißt das Ohr zur  
39 Verfügung stellen, das ist das einfachste und das ist das erste, was hilft. Das zweite ist, immer bei  
40 Krisen, zu sagen, wo gibt es noch Hilfestellungen. Wo gibt es eine Psychotherapie. [...] Das was ich  
41 glaube, was ein Vorteil von einem Primärversorgungszentrum ist, dass dort eben direkt ein  
42 Psychotherapeut in der Praxis arbeitet, dass man leichter jemanden dort helfen kann, dass derjenige  
43 auch eine psychotherapeutische Aussprache bekommt. Das weiß ich jetzt nicht so genau, ob dort  
44 auch Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen arbeiten und da auch eine Anlaufstelle sein können, wenn  
45 es um Suizid durch soziale Probleme geht, wenn es um Fragen der Arbeitslosigkeit geht, wenn  
46 materielle oder finanzielle Probleme bestehen. Das man hier jemanden hat, der in sozialen Fragen  
47 berät, das halte ich schon für sehr sinnvoll in so einem Zentrum. Überhaupt wenn es umso mehr oder  
48 umso weniger Angebote in der Umgebung vorhanden sind. Das betrifft dann vor allem den  
49 ländlichen Raum.

50 I: Hat jetzt Ihrer Meinung nach ein PVE andere Möglichkeiten in der Suizidprävention tätig zu werden  
51 im Vergleich zu einer herkömmlichen hausärztlichen Praxis, da wir bereits dabei sind den Punkt mit  
52 den unterschiedlichen Professionen, die im PVE arbeiten zu besprechen.

53 E: Ja zum Teil haben wir das ja schon beantwortet. Das erste ist, dass in der Versorgung von  
54 suizidgefährdeten Menschen es sich immer als hilfreich erweist, wenn man ein Team hat oder in  
55 einem Team arbeitet, weil man dadurch die Verantwortung, die man ja in einer gewissen Weise  
56 übernimmt, besser aufteilen kann, weil nicht alles an einer Person, an einer therapeutischen oder  
57 ärztlichen Beziehung hängt, sondern da gibt es vielleicht auch den Psychotherapeuten, zu dem der  
58 Patienten geht, dann gibt es den Hausarzt, an den er sich wenden kann, wo er medizinisch versorgt  
59 wird. Die beiden können dann auch miteinander kommunizieren, sodass da dann auch eine  
60 Abstimmung erfolgt und auch eine gemeinsame Einschätzung. Dann gibt es auch noch vielleicht eine  
61 soziale Anlaufstelle, dann ist das natürlich noch besser, noch breiter aufgestellt. Also das ist immer  
62 ein Vorteil von einer solchen Einrichtung. Und selbst, wenn es nur zwei Allgemeinmediziner sind, ist  
63 das schon einfacher für den einen Hausarzt, der jetzt der betreuende Arzt von der gefährdeten

64 Person ist, dass er sich Rücksprache einholen kann, Intervention holt. Vielleicht sogar unmittelbar in  
65 der Situation oder im Anschluss, am nächsten Tag und so gleich eine Unterstützung bei dieser doch  
66 schwierigen Aufgabe hat.

67 I: Und gibt es oder kenne Sie Suizidpräventionskonzepte oder -projekte, die für PVEs oder Hausärzte  
68 entwickelt wurden und im PVE umgesetzt werden können?

69 E: Also Konzepte oder Projekte, die für PVEs entwickelt wurden, kenne ich jetzt nicht. Ich selbst und  
70 wir hier im Kriseninterventionszentrum haben schon seit zehn Jahren ein Projekt laufen, wo es um  
71 Suizidprävention in der Hausarztpraxis geht. Die beiden wesentlichen Pfeiler dieses Projekts sind  
72 regelmäßige Schulungen für Hausärzte zum Thema Suizidprävention, Umgang mit Suizidalität in der  
73 Hausarztpraxis und dem Basiswissen dazu und das zweite ist die Vernetzung mit den Hausärzten,  
74 damit sie uns relativ leicht suizidgefährdete Menschen in Krisen zur Betreuung schicken können. Da  
75 haben wir über die Schulungen und die Information, die wir den Hausärzten natürlich auch immer  
76 wieder schicken, eine sehr gute Vernetzung. Die Hausärzte kennen uns gut in Wien. Und der Teil der  
77 Hausärzte, der uns Klienten zur Krisenintervention schickt, hat sich in diesen zehn Jahren verdoppelt.

78 I: Das leitet uns zum nächsten Punkt, der Vernetzung der Hausärzte mit suizidpräventiven  
79 Organisationen. Können Sie einschätzen, wie stark PVEs mit anderen einschlägigen Organisationen,  
80 wie zum Beispiel Trauerbegleitung, Einrichtungen für Familien- und Jugendberatung vernetzt sind?

81 E: Das ist nicht so leicht einzuschätzen, da es noch nicht so viele PVEs gibt. Ich weiß von einem PVE  
82 mit dem die Vernetzung mit uns sehr gut funktioniert. [...] Ich weiß auch, dass gerade bei drogen-  
83 oder alkoholabhängigen Patienten, wo die Suizidalität auch sehr oft eine Rolle spielt, dass es hier  
84 schon sehr gute Angebote gibt, die sich im PVE umsetzen lassen. Ich würde auch sagen, dass gerade  
85 PVEs, die im Moment eine Vorreiterrolle einnehmen, oftmals von sehr engagierten Hausärzten, die  
86 PVEs gründen und Mitarbeitern betrieben werden. Uns solchen liegt eben auch viel an der  
87 Vernetzung. Es wird dann halt interessant, wenn das dann einmal ein Standardmodell werden wird,  
88 da hängt das dann halt schon stark von den einzelnen Institutionen ab, wie die sich dann vernetzen.  
89 Aber was natürlich sehr relevant und wichtig ist, dass man den Punkt Vernetzung in das Konzept der  
90 Versorgungseinheit hineinnehmen muss. Das ist ja auch der Inhalt dieser  
91 Primärversorgungseinheiten, dass man ja dort schon ein vernetztes Angebot erhält, dass es mehrere  
92 Möglichkeiten zur Behandlung an einem Ort gibt und für die Dinge, die sie nicht selber abdecken  
93 können, für diese müssen sie eben gut vernetzt sein. [...] Suizid ist eben immer noch ein Tabuthema.  
94 Ich glaube es ist mittlerweile ein schwierigeres Tabuthema als zum Beispiel HIV oder AIDS, da man  
95 weiß, dass AIDS gut behandelbar ist und wenn jemand positiv getestet ist, dann ist derjenige positiv  
96 und dann kann man ihm definitiv sagen, wohin er sich wenden kann. Das ist beim Thema Suizidalität

97 schwieriger. Das kann jeden betreffen, wenn er in einer Krise ist, haben wahrscheinlich mehr  
98 Menschen einmal einen Suizidgedanken als wir das annehmen würden. Das heißt, ich müsste  
99 eigentlich bei jedem Menschen daran denken und denjenigen ansprechen und im Anschluss mit ihm  
100 etwas tun. Und das sind diese Hürden, die nach wie vor bestehen, weshalb auch diese Schulungen so  
101 wichtig sind. Und Schulungen sind auch deswegen so wichtig, weil die Hausärzte sehr wohl viel tun  
102 können.

103 I: Ist Ihnen jetzt ein Informations- oder Weiterbildungsangebot für Allgemeinmediziner oder für das  
104 Gesundheitspersonal zum Thema Suizidprävention oder ein anderes Unterstützungsangebot  
105 bekannt? Wenn wir hier auf das Projekt mit den Allgemeinmedizinern eingehen, wie sieht hier diese  
106 Schulung aus? Welche Themenbereiche werden hier behandelt und welchen Umfang hat dieses  
107 Angebot?

108 E: Das basale Angebot besteht aus einer 2- bis 3-stündigen Schulung und umfasst vor allem Vortrag  
109 und Diskussion, wo es vor allem darum geht, das basal notwendige Wissen zu vermitteln, zweitens  
110 dann ausführlich über das Thema, was brauche ich für die Einschätzung von Suizidalität und was sind  
111 die dazugehörigen Parameter und drittens wie spreche ich mit jemandem, der suizidal ist. So, dass  
112 das Gespräch gut gelingen kann, da das ja das um und auf ist, damit ich etwas erreichen kann. Der  
113 vierte Punkt ist dann eben die Versorgung dieser Menschen. Dazu gehört auch das Aufmerksam  
114 darauf machen, dass solche Krisengespräche schon sehr entlastend sein können, das soll man nicht  
115 unterschätzen, aber zweitens auch die medizinischen Möglichkeiten der Intervention. Der  
116 Einflussnahme von Medikamenten auf die Suizidalität, wie beispielsweise Mittel zur  
117 Schlafberuhigung, Entlastung, antidepressive Therapie. Als letzter Punkt gehört hier dann auch die  
118 Vernetzung zum Schulungsinhalt dazu, damit man auch weiß, wohin man sich hinwenden kann. Das  
119 ist so das basale Angebot. Ich schaue in diesen Schulungen immer, dass die Leute Erfahrungen  
120 einbringen können, dass man darüber auch diskutieren kann, auch über einzelne Fälle. Oftmals geht  
121 es auch sehr stark in das Psychiatrische und den Umgang mit chronisch kranken Patienten, mit  
122 Persönlichkeitsstörungen und so weiter. Das gehört da halt dazu und darauf muss man dann halt  
123 auch eingehen und auch aufzeigen, was da in diesen Fällen auch zu unterscheiden ist. Es gibt  
124 natürlich auch die Möglichkeit größere, ausgedehntere Schulungen zu besuchen. Also wir bieten da  
125 in Wien Tagesseminare an, wir nennen diese Grundlagenseminar der Suizidprävention und  
126 Krisenintervention. Wir haben aufbauend auf unseren Schulungsaktivitäten, die es ja schon seit 40  
127 Jahren gibt, auch über unsere Grenzen hinaus immer wieder Schulungen gemacht. Ich persönlich  
128 habe schon einige Schulungen mit Hausärzten in der Steiermark gemacht [...]. Und auf Grundlage  
129 dieser Seminare haben wir ein Gatekeeperschulungssystem entwickelt. [...] In allen Bundesländern  
130 wurden Gatekeepertrainer geschult. Diese Schulungen sind jetzt nicht auf Hausärzte zugeschnitten,

131 sondern das ist ein grundsätzliches Gatekeeperseminar. Hausärzte können da natürlich auch viel  
132 lernen, wenn sie da dabei sind und spezialisierter sind da halt auch andere Angebote, die wir haben.  
133 In Wien haben wir mittlerweile in Kooperation mit der Ärztekammer ein Curriculum, das heißt  
134 „Basiscurriculum Psychiatrie“. Das umfasst fünf Module. Eines speziell die Krisenintervention und  
135 Suizidprävention. [...] Wir bieten unsere Grundlagenseminare, wo auch Ärzte teilnehmen können,  
136 seit der Pandemie aber auch als Onlineveranstaltung an. Ich bevorzuge hier aber die  
137 Präsenzveranstaltung, weil es bei diesem Thema ja sehr stark um Interaktion geht. Gerade bei  
138 unseren Tagesseminaren machen wir auch sehr viele Übungseinheiten, wo es um darum geht in  
139 Kleingruppen zum Beispiel Fälle zu bearbeiten. Aber auch in Rollenspielen das Verhalten im Umgang  
140 mit suizidalen Menschen zu üben.

141 I: Haben Sie jetzt noch Wünsche oder Verbesserungsvorschläge speziell für Suizidprävention in PVEs  
142 in Österreich?

143 E: Ich würde sagen, gerade so in der flächendeckenden Versorgung in den ländlichen Regionen wird  
144 das sehr wertvoll sein, wenn man gute, kompetente Therapeuten und Psychologen hat, die auch  
145 Krisenintervention gut können. Das wäre aus meiner Sicht ein wichtiger Baustein für eine gute  
146 Suizidpräventionsversorgung in diesen PVEs. Dann möchte ich noch einmal die Wichtigkeit des  
147 Ausbaus des Schulungsangebotes unterstreichen.

148 I: Und gibt es jetzt noch etwas, das wir noch nicht angesprochen haben und was sie gerne erwähnen  
149 würden? Etwas das ihnen noch wichtig erscheint?

150 E: Ich glaube, wir haben die wesentlichen Dinge angesprochen.

151 I: Herzlichen Dank für das Interview und Ihre Zeit.