

## Parlamentarische Anfrage 4601/J betreffend Selbstmord von Jugendlichen in Österreich

Österreichische Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie

p.A.

OA Dr. Christian Kienbacher

Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Währinger Gürtel 18-20

1090 Wien

In der **Kindheit** sind **Suizidversuche** und **Suizide** (ein Suizid wurde seit 1946 in Österreich von einem Kind in der Altersgruppe unter 10 Jahren begangen) extrem seltene Ereignisse.

Das **Jugendalter** ist der Lebensabschnitt mit der höchsten Rate an **Suizidversuchen**, nicht aber der Lebensabschnitt mit der höchsten Rate an **Suiziden** (Suizid ist die häufigste Todesursache bei Männern der Altersgruppe 25-35).

Zeitgleich treten in diesem Lebensalter auch sehr oft psychische Erkrankungen mit **selbstverletzendem Verhalten** auf, welches von der oder dem nicht kinder- und jugendpsychiatrisch Geschulten als Suizidversuch fehlinterpretiert werden könnte. Selbstverletzendes Verhalten verfolgt im Gegensatz zum Suizidversuch nicht die Absicht der Selbsttötung, sondern wird vom Erkrankten zur Impulsregulation und zum Spannungsabbau verwendet.

Während selbstverletzendes Verhalten überwiegend bei weiblichen Jugendlichen auftritt, sind **parasuizidale Handlungen**, darunter versteht man Handlungen mit einer potentiellen aber nicht mit einer beabsichtigten Lebensbedrohung (risikoreiche Sportarten oder das riskante Lenken von Fahrzeugen), gehäuft bei männlichen Jugendlichen anzutreffen.

**Suizidgedanken** treten sehr oft bei 15-20 Jährigen auf und laut einer Studie von Dervic et al. geben 29,1% aller männlichen und 48,55% aller weiblichen Jugendlichen an, zumindest einmal Suizidgedanken gehabt zu haben.

Nach dem Tod durch einen Verkehrsunfall ist Suizid die zweithäufigste Todesursache bei den 15-20 Jährigen in Österreich, gefolgt von den Drogentoten. Alle körperlichen Erkrankungen mit Todesfolge, wie z.B. auch die Krebserkrankungen, sind in dieser Altersgruppe seltener vertreten.

## Todesursachenstatistik

Quelle: Statistik Austria

Todesursachen 2007	Aller Verstorbenen	15-20 Lebensjahr
Insgesamt	74625	224
Transportunfälle	702	85
Suizid	1280	41
Drogentote	186	25
Neubildungen	18966	16
Herz-Kreislauf	32864	5
Unfälle durch Sturz	821	6
Mord	52	2
Störung durch Alkohol	381	0
AIDS	62	0
Grippe	6	0

Bei den drei häufigsten Todesursachen in der Altersgruppe 15-20 (Verkehrsunfälle, Suizid und Drogentod) zeigt sich ein deutlicher Überhang zum männlichen Geschlecht, was seinen Niederschlag auch in der Gesamtsterblichkeit findet. In dieser Altersgruppe sterben fast dreimal so viele Männer wie Frauen.

## Todesursachenstatistik

Quelle: Statistik Austria

Todesursachen 2007	Männlich 15-20 Lebensjahr	Weiblich 15-20 Lebensjahr
Insgesamt	165	59
Transportunfälle	65	20
Suizid	34	7
Drogentote	15	10
Neubildungen	8	8
Herz-Kreislauf	3	2
Unfälle durch Sturz	6	0
Mord	1	1
Störung durch Alkohol	0	0
AIDS	0	0
Grippe	0	0

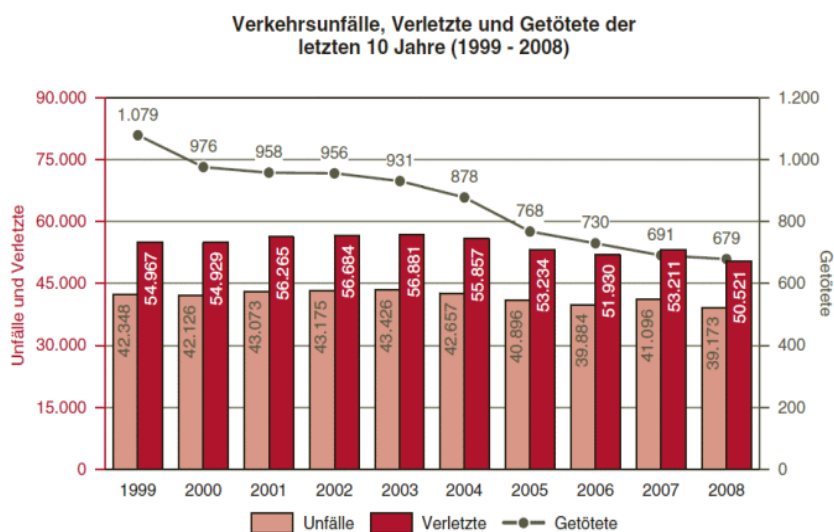
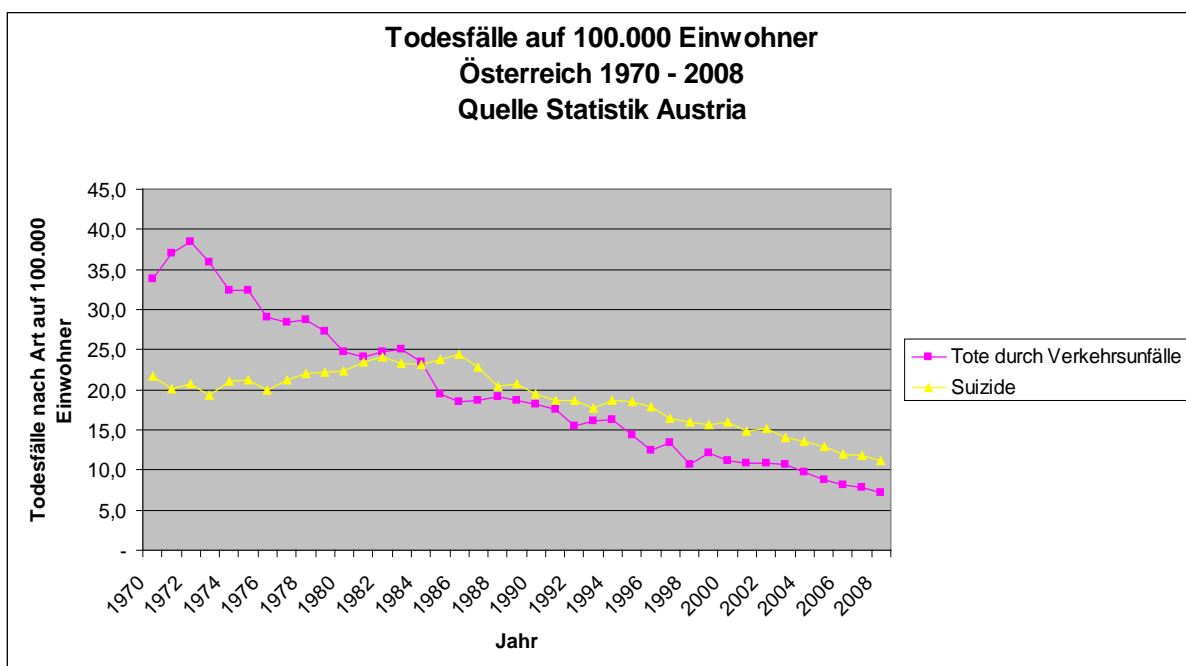
### Dervic et al., Suicide among Viennese minors, 1946-2002 Altersverteilung

<b>0 bis 4 Jahre</b>	<b>0</b>
<b>5 bis 9 Jahre</b>	<b>1</b>
<b>10 bis 14 Jahre</b>	<b>85</b>
<b>15 bis 19 Jahre</b>	<b>597</b>
<b>Gesamt</b>	<b>683</b>

27

Bei den Verkehrstoten gab es durch präventive Maßnahmen wie Gurtenpflicht, Entwicklung von sichereren Autos und schnellere Verfügbarkeit von Rettungsdiensten eine eindrucksvolle Abnahme in den vergangenen Jahrzehnten (1970: 33,9; 2008: 7,2 auf 100.000 Einwohner). Im gleichen Zeitraum 1970 - 2008 gingen auch die Suizide in der Gesamtbevölkerung zurück (21,7 auf 11,1 auf 100.000 Einwohner), jedoch bei weitem nicht in dieser eindrucksvollen Weise wie bei den Toten nach Verkehrsunfällen.

Da die Kinder- und Jugendpsychiatrie es als eine ihrer Kernkompetenzen ansieht Suizidalität abzuklären und deren Grunderkrankungen wie Depression, Posttraumatische Belastungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen und andere zu behandeln, hätten wir in unserem Fachgebiet die Möglichkeit präventiv einen Beitrag zu leisten um die Suizidrate unter Österreichs Jugendlichen zu senken. Leider fehlt es in Österreich an einer adäquaten wohnortnahe kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung, sodass vielen Jugendlichen in Krisen nicht geholfen werden kann.

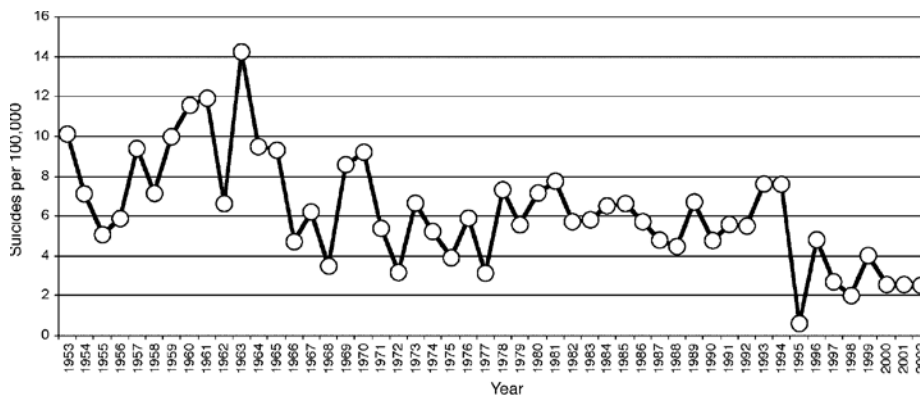


Q: STATISTIK AUSTRIA, Statistik der Straßenverkehrsunfälle. Erstellt am: 23.03.2009.

Nicht nur die Suizidrate in der Gesamtbevölkerung ist rückläufig, auch die Suizidrate in der jugendlichen Bevölkerung ist rückläufig, wie eine Studie von Dervic et al. 2007 an Hand der Wiener Jugendlichen zeigen konnte.

## Suizidrate Wiener Jugendliche Alter 10-19 von 1953-2002

Dervic et al., Suicide among Viennese minors,  
1946-2002



25

**Epidemiologische Vergleiche** zwischen verschiedenen Staaten und Kulturen den Suizid betreffend sind schwierig durchzuführen, da nicht alle Staaten über solch valide Daten wie z.B. Österreich verfügen. In vielen Ländern gibt es keine vergleichbare Todesursachenstatistik und oft ist auch aus kulturellen oder religiösen Gründen der Suizid tabuisiert und wird deshalb offiziell als Unfall geführt. Dies verlangt auch der OECD Bericht 2009 ins Kalkül zu ziehen und es ist davon auszugehen, dass Länder im unteren Drittel der Statistik dazu neigen, nicht alle Suizide im Jugendlichenalter als solche zu werten.

Schmidtke et al. erhob 1996 in Würzburg eine Suizidrate bei 15-19jährigen Frauen von 3 und bei gleichaltrigen Männern von 9 auf 100.000. Die Studie von Dervic et al. weist für 1996 bei den 10-19jährigen Frauen in Wien eine Suizidrate von 1,8 und bei den Männern von 8 auf 100.000 auf. Pfeffer (1996) gibt eine Suizidrate von 13,1 auf 100.000 bei 15- bis 24-Jährigen in den USA an.

Laut Klosinski (2004) haben Ungarn, Finnland, Schweiz und Neuseeland im internationalen Vergleich hohe Suizidraten.

Die **Dunkelziffer für Suizidversuche** im Jugendlichenalter wird in der Literatur unterschiedlich hoch angegeben. Knölker et al. 2007 spricht von einem Verhältnis von 40 Suizidversuchen auf einen Suizid, wobei weibliche Jugendliche 3-9-mal häufiger Suizidversuche begehen als männliche Jugendliche. Friedmann et al. 1987 gehen in ihrer Studie davon aus, dass 9% aller Adoleszenten in den USA mindestens einmal einen Suizidversuch begehen.

Ausgehend von Knölkers Zahlen muss man in Österreich mit 1600 Suizidversuchen pro Jahr in der Altersgruppe der 15- 20 -jährigen rechnen. Diese Jugendlichen benötigen einen niederschweligen Zugang zu einer Erstversorgung und die Möglichkeit eine nachfolgende Therapie vor Ort zu etablieren, die sich der Behandlung der psychiatrischen Grunderkrankung widmet. Bei diesen Zahlen sind die PatientInnen mit chronischem selbstverletzenden Verhalten und Jugendliche mit parasuizidalem Verhalten wie Drogensucht und gesteigertem Risikoverhalten nicht mitgerechnet.

Die **Urachen / Risikofaktoren für Suizidversuche und Suizid** im Kindes- und Jugendalter sind in der Literatur gut belegt und betreffen die Bereiche:

Psychische Grunderkrankung:	Depression Alkohol-, Nikotin-, Drogensucht Vorangegangene Suizidversuche
Familie:	Fehlender Elternteil, broken-home families Psychische Erkrankung eines Elternteils (Alkohol-, Drogensucht, Depression, Suizidversuche, Suizid)
Trauma: Life Events:	Misshandlung, sexueller Missbrauch Schlechte Schulleistungen, Konflikte in der Schule, am Arbeitsplatz, mit den Eltern Beenden einer Partnerschaft
Geschlecht: Gesellschaft:	Suizide bei männlichen Jugendlichen 5-mal höher Modellernerneffekt Gesellschaftliche und historische Bedingungsfaktoren Medien (Werther Effekt) Verfügbarkeit der Mittel (z.B. Waffen)

## **Spezialprävention**

Im Sinne der **Suizidprävention** bei Kinder- und Jugendlichen gilt es psychische Erkrankungen, allen voran Depression und Suchterkrankungen, frühzeitig zu erkennen und geeignete Behandlungsmöglichkeiten niederschwellig anzubieten. Eine große Herausforderung stellen dabei die männlichen Jugendlichen dar, welche im Vergleich zu den Mädchen eine um das 5-fach erhöhte Suizidhäufigkeit aufweisen und nur in den seltensten Fällen psychiatrisch vorbehandelt wurden. Im Vergleich zu den Mädchen mit selbstverletzendem Verhalten, die sehr rasch an Facheinrichtungen überwiesen werden, gelingt es weniger gut jungen Männern in Lebenskrisen gerecht zu werden und ihnen gegenüber eine Empfehlung zur Diagnostik und Therapie auszusprechen. Diese Verteilung zeigt sich in allen Ländern, die in der OECD Studie erfasst wurden.

Spezielle Präventionsprogramme müssten für Kinder- und Jugendliche angeboten werden, in deren Familie sich eine nahe Bezugsperson suizidiert hat, da nach dem Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung der Modellernerneffekt der zweitgrößte Risikofaktor ist. Spezialambulatorien für diese Kinder und Jugendliche müssten österreichweit zur Verfügung stehen und auf eine gesicherte finanzielle Basis gestellt werden.

Kriseninterventionszentren für Kinder und Jugendliche in Lebenskrisen müssten ein niederschwelliges Angebot mit flexiblen an die Jugendlichen angepassten Öffnungszeiten bieten, wobei vor Ort ein Betreuungsspektrum von Krisentelefon bis Kinder- und Jugendpsychiatrischer Behandlung angeboten werden sollte.

Im Rahmen von Schülersuiziden, die dafür verantwortlich sind, dass in Monaten mit großen schulischen Belastungen sich in Österreich die meisten Minderjährigen suizidieren, müssten in Schulen Interventionen stattfinden, die verhindern, dass Folgesuizide und Selbstmordversuche stattfinden. Auch sollte eine konsequente Strategie bezüglich der Medienberichterstattung verfolgt werden, nämlich nicht über Schülersuizide in den Medien zu berichten. Diese Strategie zeigte großen Erfolg bei den U-Bahn Suiziden in Wien und sollte zwingend angewendet werden.

## **Generalprävention**

Die Summe verschiedener Risikofaktoren z.B. extrem hohe Leistungsanforderungen, sich auflösende Familienstrukturen (working, poor, single-parent families etc.), die damit verbundenen Erziehungsdefiziten sowie fehlende Resilienzfaktoren und sozialer Stress in der Schule (Mobbing, Gewalt; siehe UNICEF Innocenti Research Report 7 / 2007) zusätzlich zu persönlichen/familiären Faktoren (s.o.) machen das Risiko der Suizidalitätsentstehung aus. Maßnahmen zur Verbesserung der Kinderbetreuung/Elternschaft, Verbesserung des Schulklimas insbesondere Konfliktmanagement, Mobbingprävention sind dringend nötig.

Für die  
Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie

OA Dr. Christian Kienbacher  
Sekretär

Prim. Dr. Katharina Purtscher  
Präsidentin