

Aktuelle Daten und Fakten zur Zahl der Suizide in Österreich

2011

Bericht

Dr. Nestor Kapusta

Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien

In Kooperation mit:

Wiener Werkstätte für Suizidforschung

Kriseninterventionszentrum Wien

Österreichische Gesellschaft für Suizidprävention

Ludwig Boltzmann-Institut für Sozialpsychiatrie, Abteilung Krisenforschung

Institut für Medizinische Psychologie des Zentrums für Public Health an der Medizinischen Universität Wien

Kontaktstelle Suizidprävention (Gesundheit Österreich GmbH)

Wien, August 2012

Inhaltsverzeichnis

1. Suizide in Österreich	4
2. Mehr Suizide als Verkehrstote	5
3. Suizidraten im europäischen Vergleich	6
4. Suizidraten im Bundesländervergleich	7
4.1. Rückgänge in den Bundesländern	8
5. Suizidraten nach Altersgruppen	10
5.1. Suizide bei Kindern und Jugendlichen	11
6. Suizidmethoden in Österreich	12
6.1. Suizidmethoden in Wien	12
7. Schusswaffensuizide	13
7.1. Rückgang von Schusswaffensuiziden und Schusswaffenmorden durch die Verschärfung des Waffengesetzes im Jahr 1997	13
7.2. Schusswaffensuizide bei Jugendlichen: Medieneffekt	15
8. Psychosoziale Versorgung und Suizidraten	16
9. Stadt-Land Unterschiede	17
10. Medienberichterstattung	18
11. Berechnungen von Suizidraten	18
12. Datenqualität der Suizidstatistik	18
13. Literatur	19

Vorwort

Die Anzahl jener Personen, die in Österreich jährlich durch Suizid versterben, übersteigt jene der Verkehrstoten um mehr als das Doppelte. Dies alleine macht die Notwendigkeit entsprechender Präventionsmaßnahmen deutlich. Es gab zwar bisher viele suizidpräventive Aktivitäten in Österreich, diese waren aber häufig lokal begrenzt und wenig koordiniert. Dennoch, die daraus gewonnenen Erfahrungen bilden eine wichtige Grundlage für weitere Überlegungen. Es ist an der Zeit präventive Interventionen und Ressourcen auf einer höheren Ebene zu bündeln.

Tatsächlich ist die Umsetzung des nationalen Suizidpräventionsplans **Suizidprävention Austria (SUPRA)** durch das *Bundesministerium für Gesundheit und Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)* in Zusammenarbeit mit den in der Suizidprävention tätigen Gesellschaften im Jahr 2012 in ihre erste Planungsphase gegangen. Damit erhält Österreich ganz nach internationalem Vorbild einen politisch wirksamen bundesweiten Suizidpräventionsplan. Dieser sieht unter anderem vor, Akteure und Aktivitäten an der **Koordinationsstelle für Suizidprävention** (an der GÖG angesiedelt) zu vernetzen und eine Struktur aufzubauen, die entsprechend informiert und handlungsfähig ist.

In Folge wird es für den nationalen Suizidpräventionsplan wichtig sein, internationale Modelle der Suizidprävention für Österreich zu adaptieren. Studien und Erfahrungen mit der Umsetzung von nationalen Suizidpräventionsplänen liegen aus anderen Ländern vor. Eines ist daraus klar: wenn wir etwas bewegen wollen, sollten sog. **multilevel suicide prevention strategies**¹ zur Anwendung kommen. Jetzt kommt es also darauf an, die bekannten wirksamen Interventionen (Gate-Keeper Training, Mittelrestriktion, sorgfältige Medienberichterstattung, Aufklärung, u.a.) auch in Österreich umzusetzen.

Für eine effektive Umsetzung benötigt die Suizidprävention jedoch die Mitwirkung aller gesellschaftlichen Schichten und Gruppierungen. Ein gutes Beispiel dafür ist die im Juni 2012 stattgefundenen Verankerung einer verantwortungsvollen Medienberichterstattung über Suizide im **Ehrenkodex der österreichischen Presse** durch den Presserat². Es wäre wünschenswert, wenn andere Bereiche der Gesellschaft ebenso wie der Presserat eigenständig initiativ werden würden und wir gemeinsam jenes nachhaltige lebenswerte Klima schaffen, das die Grundlage jeder Suizidprävention bildet.

Mit der erstmaligen Strukturierung der Suizidprävention soll die regelmäßige Reihe *Aktuelle Daten und Fakten zur Zahl der Suizide in Österreich* künftig in Form eines Suizidberichts durch das Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht werden. Es ist ein wichtiges Zeichen, für das ich mich im Namen der Österreichischen Suizidprävention und als nationaler Beauftragter der *International Association for Suicide Prevention* bedanken möchte.

Nestor Kapusta

Wien, August 2012

Literatur

1. van der Feltz-Cornelis CM, Sarchiapone M, Postuvan V, et al. Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies: a review of systematic reviews. *Crisis*. 2011;32(6):319-33.
2. Presserat. Ehrenkodex für die Österreichische Presse. 2012. <http://www.presserat.at>

1. Suizide in Österreich

Die jährliche Anzahl der in Österreich durch Suizid verstorbenen Personen ist seit 1987 rückläufig und erreicht im Jahr 2011 insgesamt 1.286 Personen (Abbildung 1).

Abbildung 1. Anzahl der Suizide pro Jahr

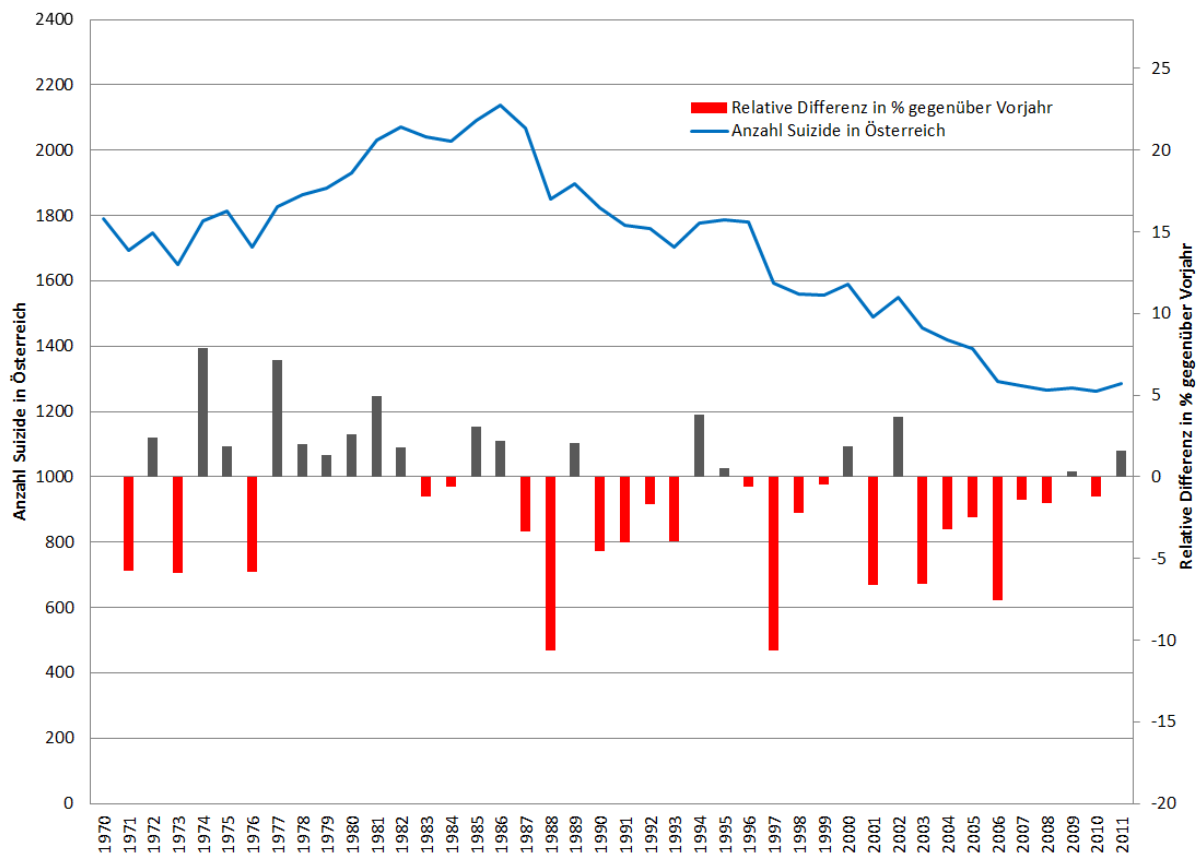


Tabelle 1. Österreichische Suizidzahlen der letzten Jahre nach Geschlecht.

Österreich	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Suizide absolut									
Männer	1068	1073	1043	997	965	962	968	968	973
Frauen	388	345	349	296	315	303	305	293	313
Gesamt	1456	1418	1392	1293	1280	1265	1273	1261	1286
Suizidraten pro 100.000*									
Männer	27,1	27,0	26,1	24,8	23,9	23,7	23,8	23,7	23,7
Frauen	9,3	8,2	8,3	7,0	7,4	7,1	7,1	6,8	7,3
Gesamt	17,9	17,4	16,9	15,7	15,4	15,2	15,3	15,0	15,3

*Berechnungen basieren auf der Jahresdurchschnittsbevölkerung.

Q: STATISTIK AUSTRIA, Statistik des Bevölkerungsstandes. Erstellt 08/2012

2. Mehr Suizide als Verkehrstote

Die Anzahl der Verkehrstoten liegt seit Mitte der 80er Jahre unter der Zahl der Suizide. Im Jahr 2010 gab es in Österreich bereits mehr als doppelt so viele Suizide als Verkehrstote. (Abbildung 2, 3).

Abbildung 2. Suizide im Vergleich zu tödlichen Verkehrsunfällen (nach Sonneck 2009)

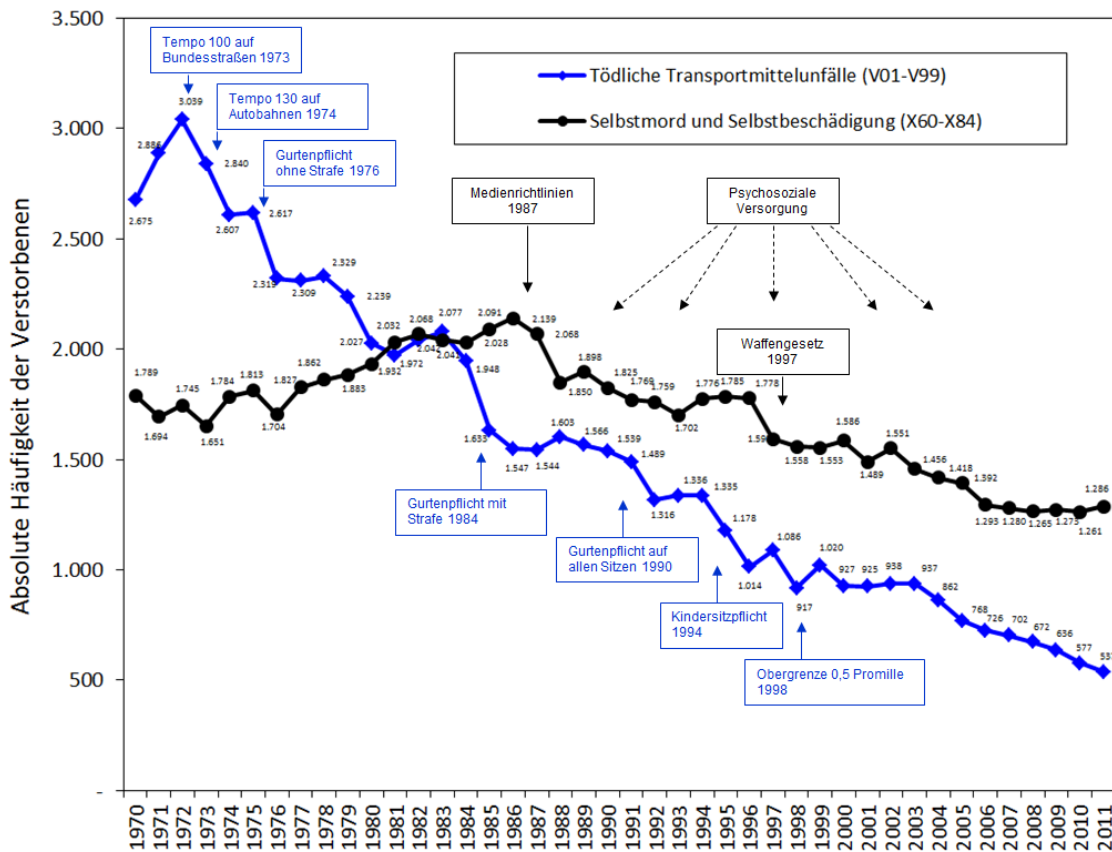
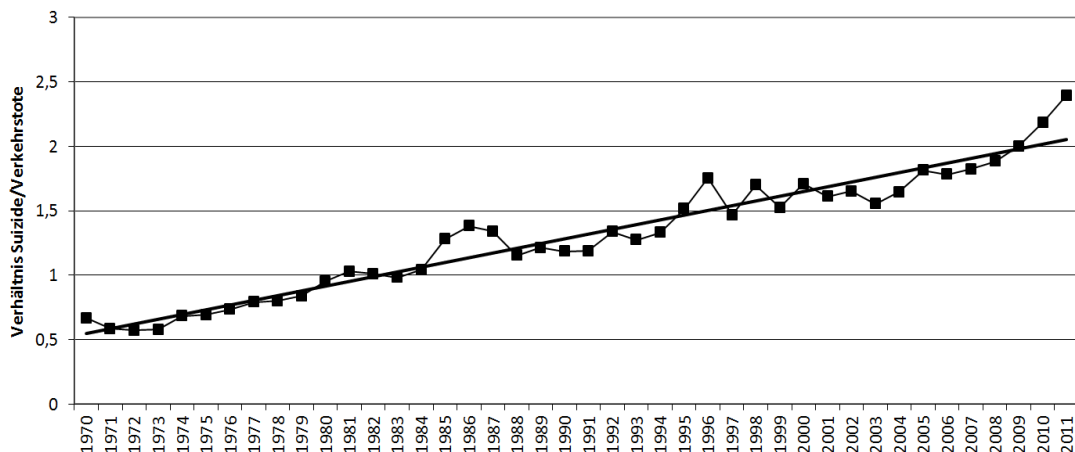


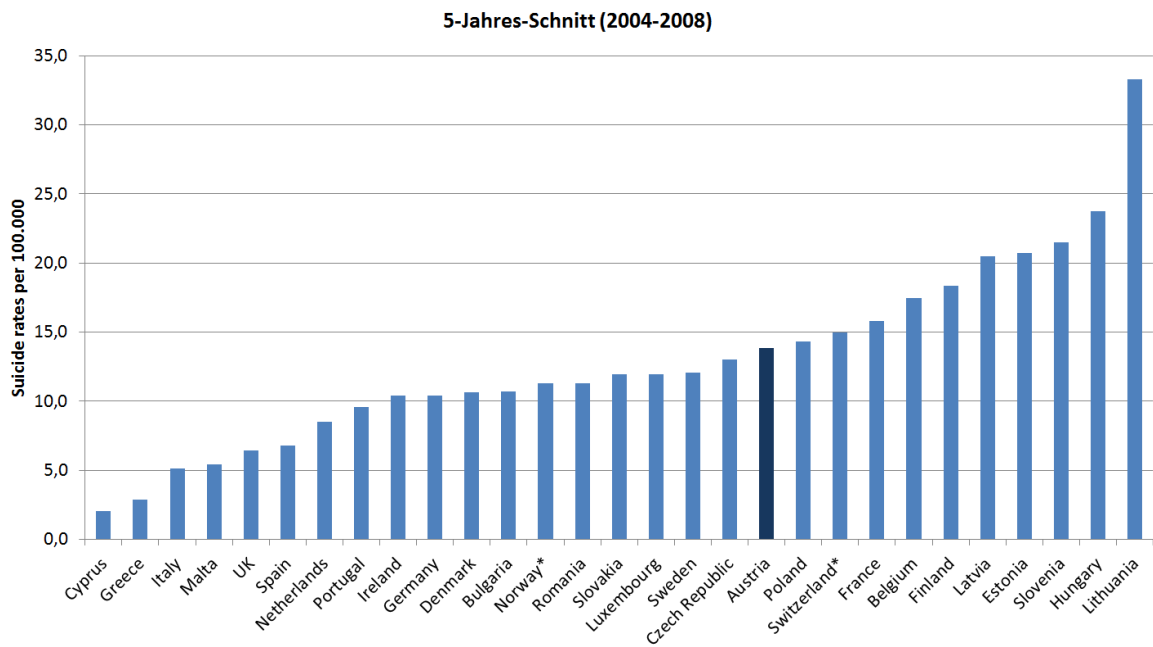
Abbildung 3. Suizide im Vergleich zu tödlichen Verkehrsunfällen (Verhältnis)



3. Suizidraten im europäischen Vergleich

Österreichische Suizidraten liegen im Europavergleich im Mittelfeld.

Abbildung 4. Suizidraten in europäischen Ländern



Zur Vergleichbarkeit der Europäischen Suizidraten beruhen die Daten auf einer Standardisierung auf die europäische „Normbevölkerung“.

4. Suizidraten im Bundesländervergleich

Die höchsten Suizidraten im Schnitt der letzten 3 Jahre hatten die Steiermark und Kärnten, die niedrigsten Raten fanden sich in Burgenland und Wien.

Abbildung 5. Suizidraten im Bundesländervergleich (3-Jahres-Schnitt)

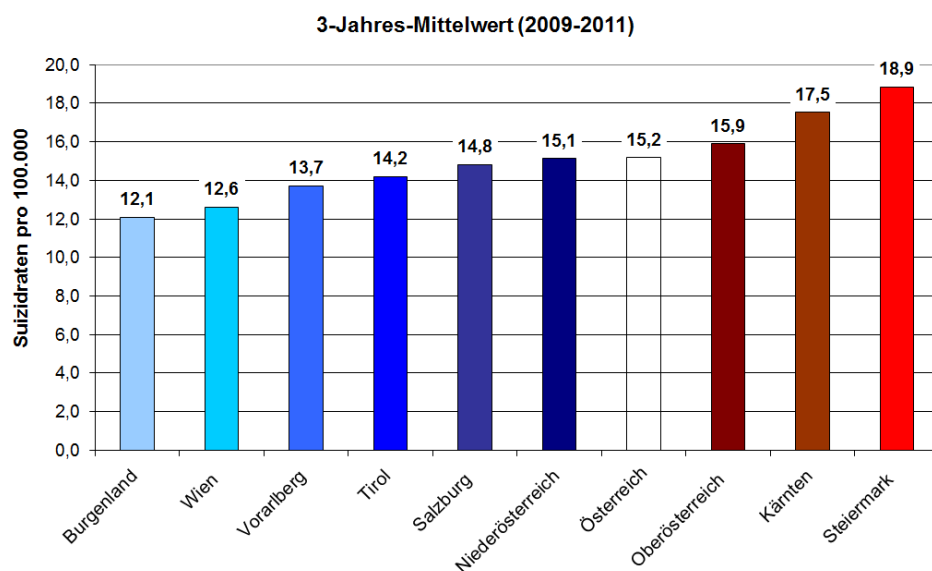
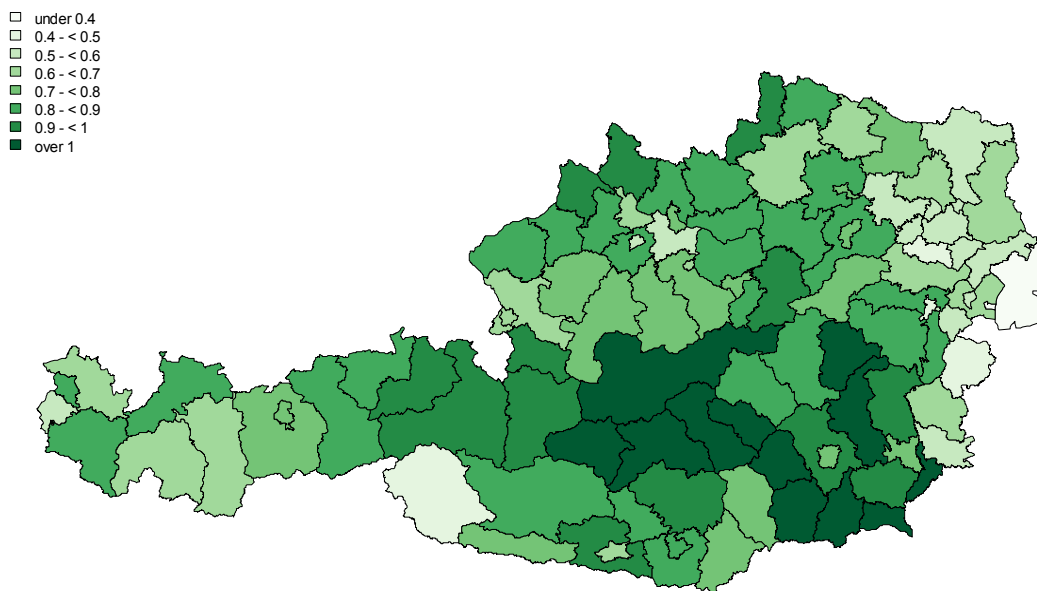


Abbildung 6. Standardisierte Suizidmortalitäts Ratios (SMR) auf politischer Bezirksebene 2005-2009. (1 = österreichischer Durchschnitt)



4.1. Rückgänge in den Bundesländern

Seit dem generellen Rückgang der Suizide in Österreich ab 1987 verzeichnete die Bundeshauptstadt Wien den stärksten Rückgang (-57%), gefolgt von Niederösterreich (-45%) und Salzburg (-44%). Insgesamt ging die Suizidrate in Österreich um -44% zurück (Bezug: Regressionsgerade mit Basisjahr 1987) (Abb. 7). Damit erreichte Österreich bereits im Jahr 2010 nahezu das WHO-Ziel, die Gesamtsuizidrate auf 15 pro 100.000 zu reduzieren (durchschnittliche europäische Suizidrate) auch wenn in den letzten 5 Jahren eine Plateauphase erreicht scheint (Abb. 1).

Abbildung 7. Rückgang der Suizidraten nach Bundesland

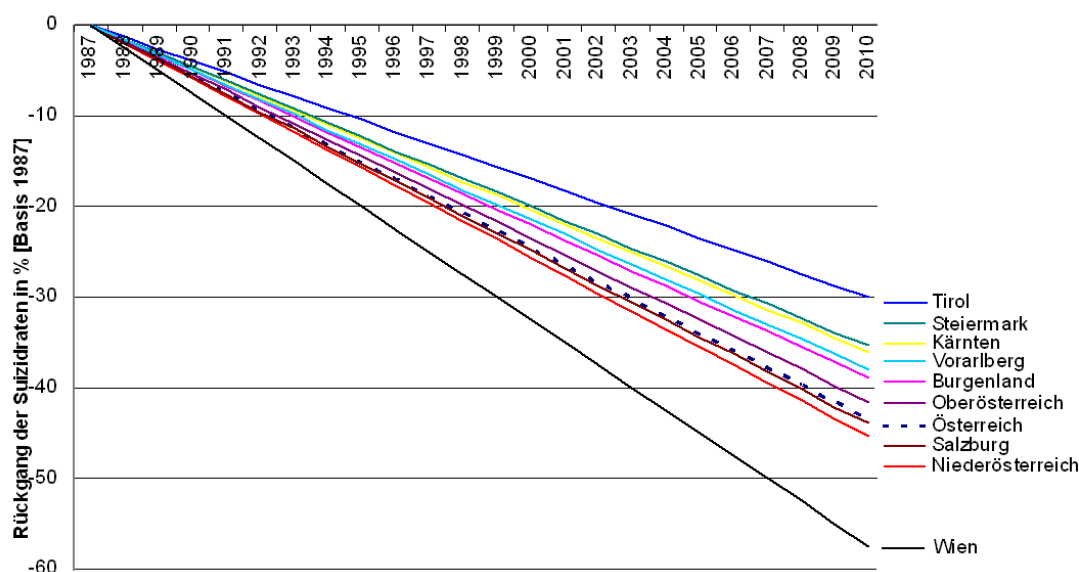


Abbildung 8. Der Rückgang der Suizidraten in Wien versus Österreich.

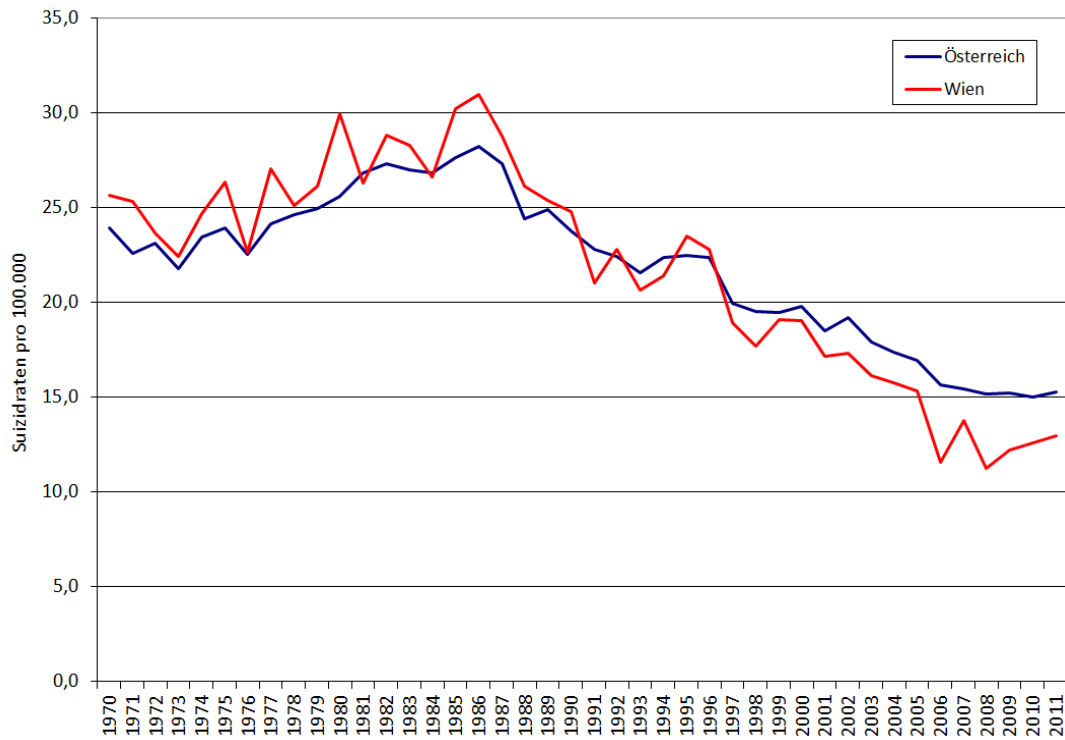


Tabelle 2. Suizidzahlen der letzten Jahre nach Geschlecht für Wien.

Wien	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Suizide Absolut									
Männer	158	181	167	143	161	118	147	145	160
Frauen	100	74	85	49	69	71	60	70	63
Gesamt	258	255	252	192	230	189	207	215	223
Suizidraten pro 100.000*									
Männer	20,9	23,6	21,4	18,1	20,2	14,7	18,2	17,8	19,4
Frauen	12,0	8,7	9,9	5,7	7,9	8,1	6,8	7,9	7,0
Gesamt	16,2	15,8	15,4	11,6	13,8	11,2	12,2	12,6	13,0

*Berechnungen basieren auf der Jahresdurchschnittsbevölkerung.

Q: STATISTIK AUSTRIA, Statistik des Bevölkerungsstandes. Erstellt: 08/2012

5. Suizidraten nach Altersgruppen

Mit steigendem Alter nimmt das Suizidrisiko zu. Eine besondere Gefährdung besteht für alte Männer. Diese haben ein mehr als 10-fach höheres Risiko an Suizid zu versterben als die Durchschnittsbevölkerung (Abbildung 9, Bezugsjahr 2008). Bei Personen im Alter von 65+ finden sich drei Risikogruppen: Männer, die Schusswaffen benutzen; Frauen die als Suizidmethode "Vergiften" einsetzen und die Gruppe jener alten Menschen beiderlei Geschlechts, die sich durch "Herabstürzen" suizidieren [7]. Altersspezifische Suizidraten folgen dem rückläufigen Trend seit Mitte der 80er Jahre. Insbesondere findet sich eine Abnahme von Kinder- (10-14 Jahre) und Jugendlischensuiziden (15-19 Jahre). (Abbildung 10a).

Abbildung 9. Suizidraten nach Altersgruppen (5-Jahres-Schnitt 2006-2010)

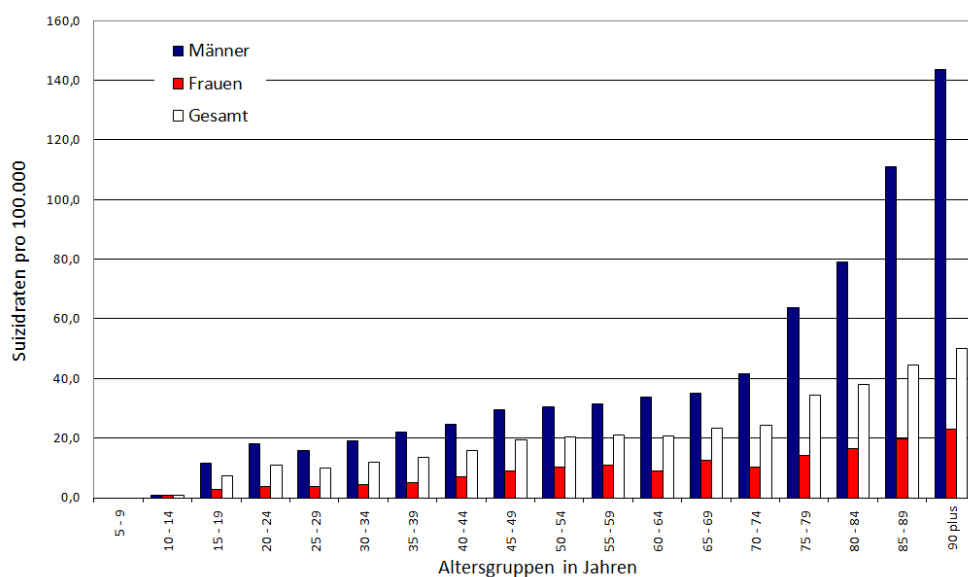
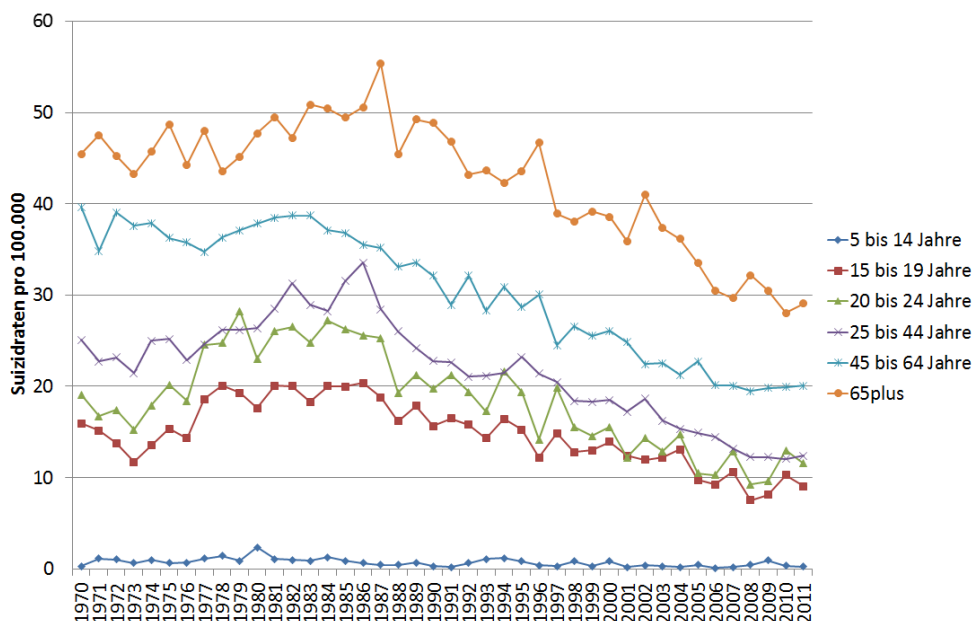


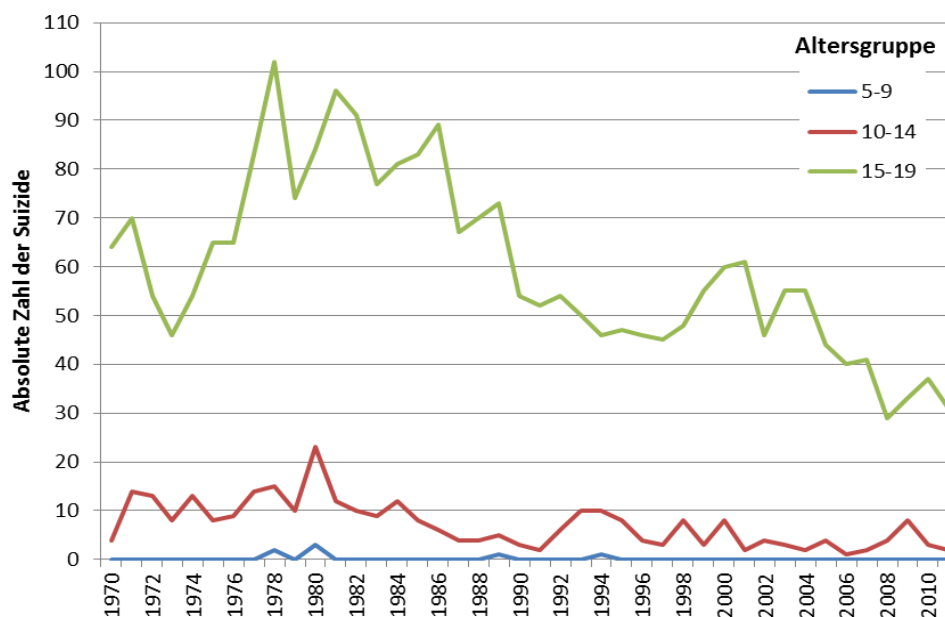
Abbildung 10a. Verlauf von altersgruppenspezifischen Suizidraten



5.1. Suizide bei Kindern und Jugendlichen

Wie aus Abbildung 10 ersichtlich war, ist die Suizidrate pro 100.000 der Kinder und Jugendlichen rückläufig. In absoluten Zahlen dargestellt (Abb. 10b) bedeutet dies, dass in den letzten drei Jahren die wenigsten Kinder- und Jugendlichen Suizide seit mehr als 40 Jahren verzeichnet wurden: 41 (2009), 40 (2010) und 33 Jugendliche im Jahr 2011.

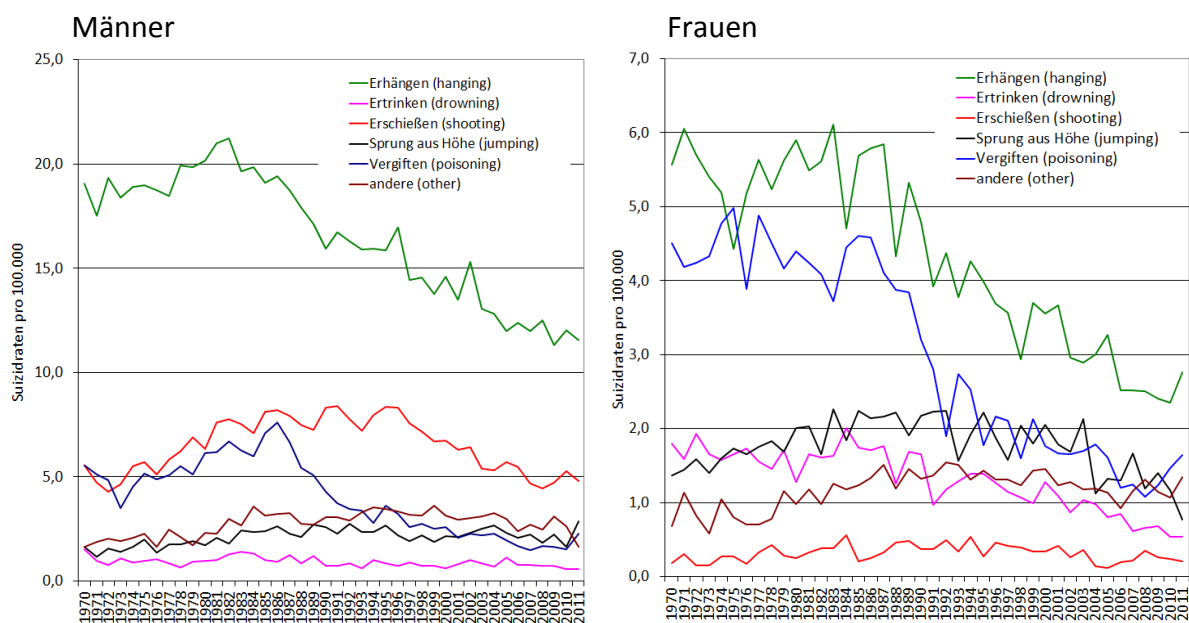
Abbildung 10b. Absolute Zahl der Suizide von Kinder- und Jugendlichen



6. Suizidmethoden in Österreich

An erster Stelle steht sowohl bei Männern wie bei Frauen das Erhängen. Etwa 35% aller Frauensuizide und 50% aller Männersuizide werden durch Erhängen begangen. Vergiften geht sowohl bei Männern wie auch bei Frauen in den letzten zwei Dekaden deutlich zurück. Die zweithäufigste Methode bei Frauen stellt jedoch trotz Rückgangs nach wie vor das Vergiften dar. An zweiter Stelle bei Männern rangiert das Erschießen. Diese Methode folgte einem zunehmenden Trend bis zur der Einführung des strengeren Waffengesetzes 1997 (Abbildung 11).

Abbildung 11. Verlauf methodenspezifischer Suizidraten nach Geschlecht



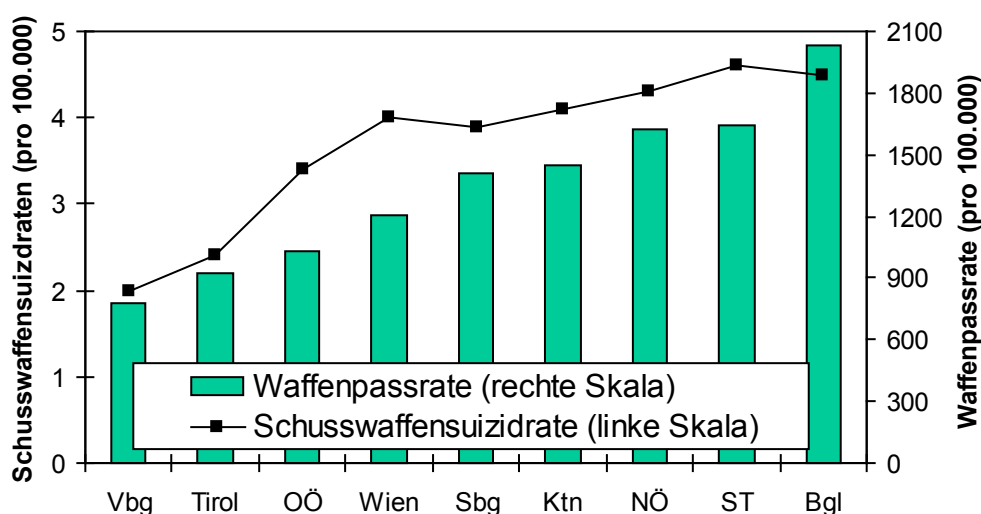
6.1. Suizidmethoden in Wien

In der Bundeshauptstadt begehen-wie im gesamten Bundesgebiet- Männer Suizide am häufigsten durch Erhängen, an zweiter Stelle steht das Erschießen. Bei Frauen stand das Erhängen bis etwa 1990 an erster Stelle, wurde jedoch durch die Methode "Vergiften" verdrängt und steht fast gleichauf mit "Herabstürzen".

7. Schusswaffensuizide

Schusswaffensuizide nahmen bis Ende der 90er Jahre zu (Abbildung 11). Diese Zunahme fand sich bei beiden Geschlechtern, obschon Frauen in absoluten Zahlen ausgedrückt seltener Schusswaffen benützten. Obwohl die Gesamtsuizidrate sank, stieg der prozentuelle Anteil der Schusswaffensuizide bis 1997 an. In den österreichischen Bundesländern zeigt sich ein Zusammenhang zwischen Waffenpässen und Waffensuizidraten (Abbildung 12). Demnach haben Bundesländer mit einer hohen Dichte von Personen mit Waffenpässen eine hohe Schusswaffensuizidrate [6]. Dies legt eine weitere Reduktion der Waffenverfügbarkeit als suizidpräventive Maßnahme nahe.

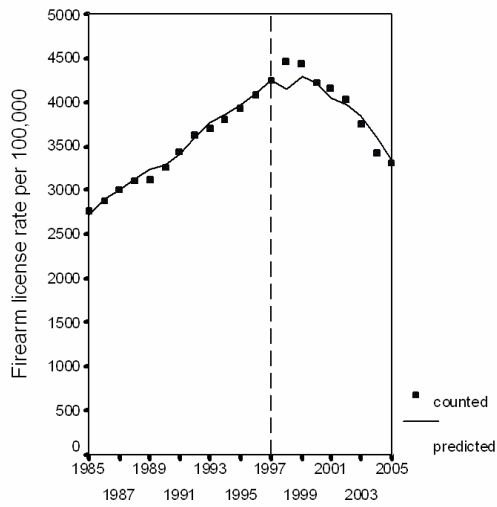
Abbildung 12. Zusammenhang zwischen Waffenpassraten und Schusswaffensuizidraten



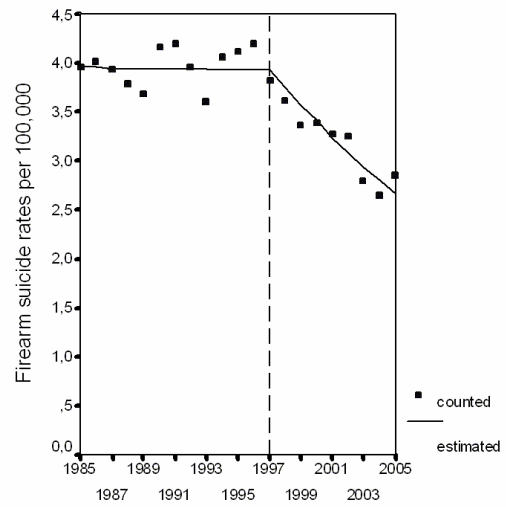
7.1. Rückgang von Schusswaffensuiziden und Schusswaffentötungen durch die Verschärfung des Waffengesetzes im Jahr 1997

Die von der Europäischen Union vorgenommene Harmonisierung der europäischen Waffengesetze wurde im Jahr 1997 in Österreich zum Anlass einer Neuregulierung des bisher liberalen Waffengesetzes genommen. Durch Einbindung von Suizidpräventionsexperten wurde es auch möglich, international gesammelte Erfahrungen der Suizidprävention in das Gesetz einfließen zu lassen. Die Effekte des Gesetzes werden im Rückgang der Waffendokumente (Abbildung 13a), Schusswaffensuizide (13b) und der Schusswaffentötungen (13d) sichtbar. Ebenso fiel der Anteil an Schusswaffensuiziden an allen Suiziden signifikant ab (13c). Ein Substitutionseffekt, also eine Zunahme anderer Suizidmethoden wurde nicht verzeichnet. Details siehe Lit. [9] und [12-39]. Weitere Verschärfungen des Waffengesetzes in Österreich sind in Planung.

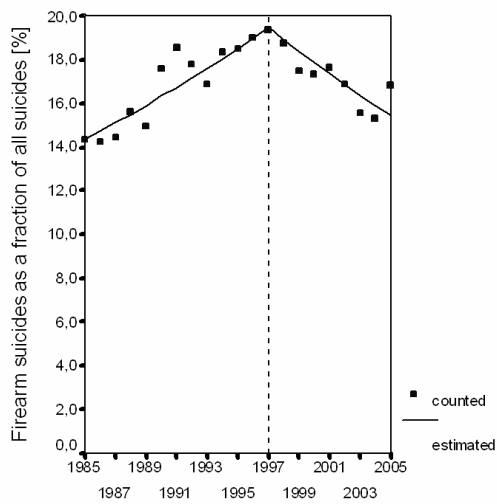
Abbildung 13. Einfluss der Verschärfung des Waffengesetzes auf Suizide und Morde mit Schusswaffen



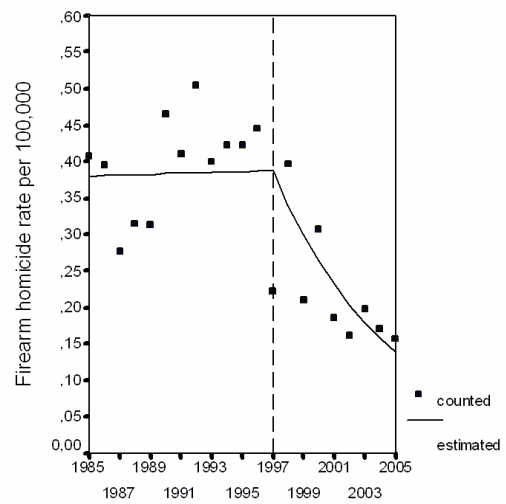
a)



b)



c)

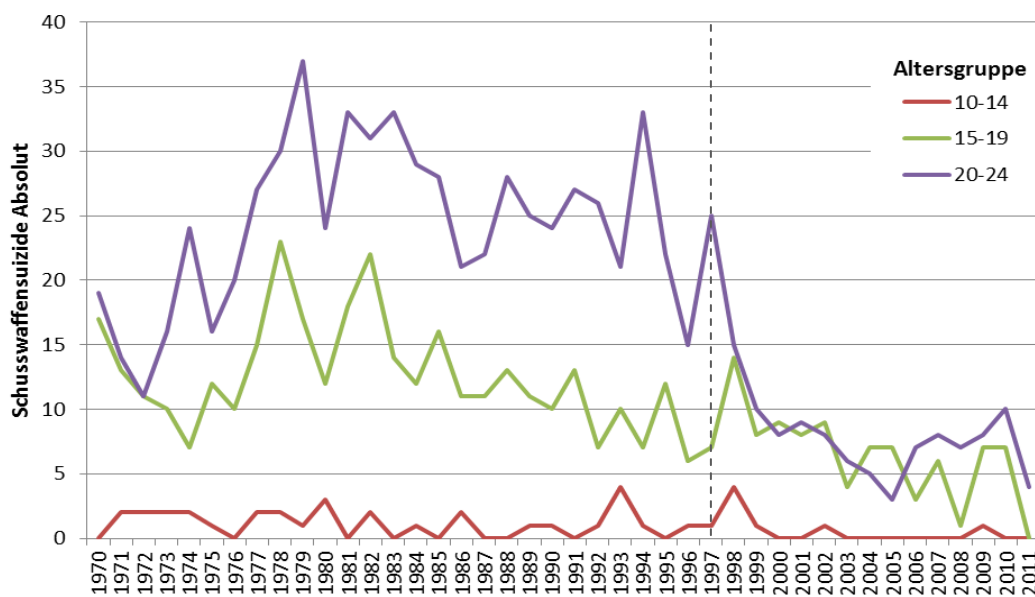


d)

7.2. Schusswaffensuizide bei Jugendlichen: Medieneffekt

Im Jahr nach der Einführung des Waffengesetzes (1997) kam es zu einer temporären Zunahme von Schusswaffensuiziden bei Jugendlichen (10-19 Jahre) auf insgesamt 18. Es ist naheliegend, dass aufgrund einer stärkeren medialen Diskussion der geplanten Waffengesetzverschärfung Imitationseffekte stattfanden [11]. Insgesamt stellen Schusswaffensuizide unter Jugendlichen ca. 10% aller Suizide dar (Durchschnitt der Jahre 2003-2007). Die Tendenz war bis 2008 stark rückläufig (1 Schusswaffensuizid in dieser Gruppe), stieg jedoch in den Jahren 2009 (8 Suizide) und 2010 (7 Suizide) neuerlich an. 2011 hingegen fanden keine Schusswaffensuizide bei Jugendlichen mehr statt (Abb. 13e).

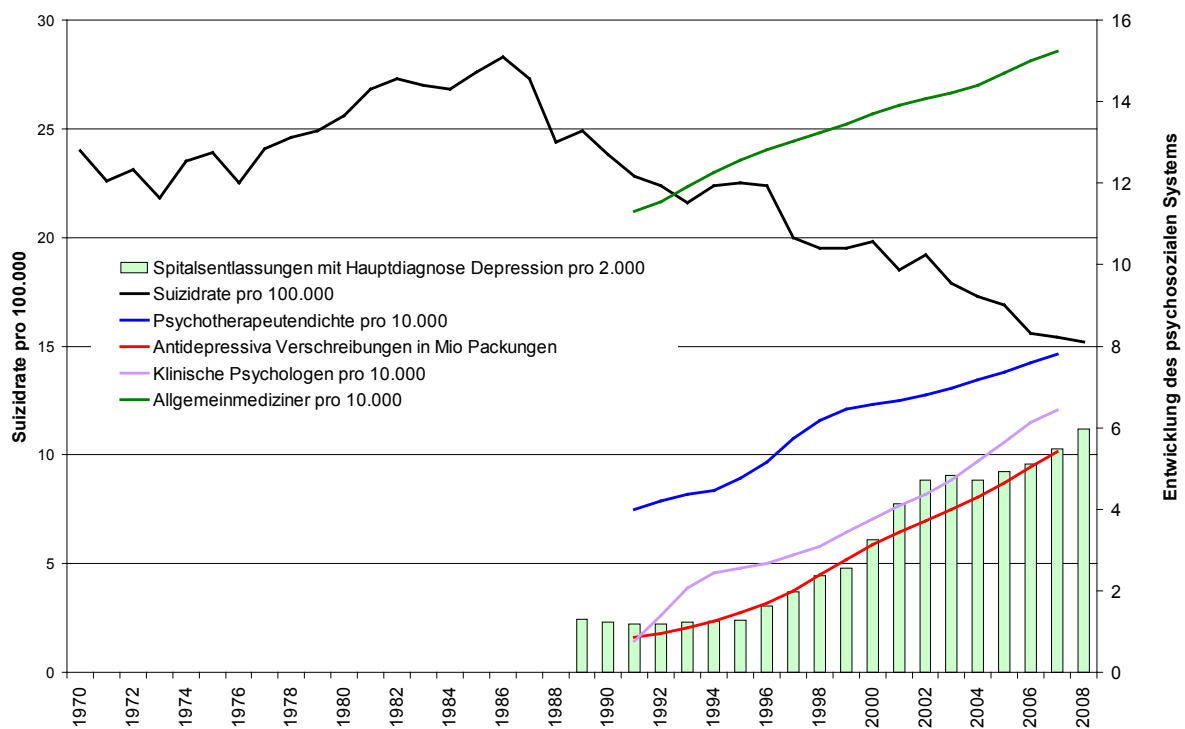
Abbildung 13e. Schusswaffensuizide bei Jugendlichen



8. Psychosoziale Versorgung und Suizidraten

Der gesamtösterreichische Rückgang der Suizidraten steht unter dem Einfluss zahlreicher Faktoren. Unter anderem dürfte die verbesserte psychosoziale Versorgung, insbesondere die Diagnostik und Behandlung depressiver Erkrankungen, für den Rückgang der Suizide verantwortlich sein. Siehe Lit. [12]. Die regionale Verteilung der Suizidraten (siehe Abbildung 6) lässt sich nicht durch die medizinisch-psychotherapeutische Versorgung allein erklären. Eine stärkere Rolle spielen hier regionale sozioökonomische Faktoren wie Arbeitslosigkeit und mittleres pro Kopf Einkommen, welche einen wesentlichen Einfluss auf die Suizidraten der einzelnen Regionen haben.

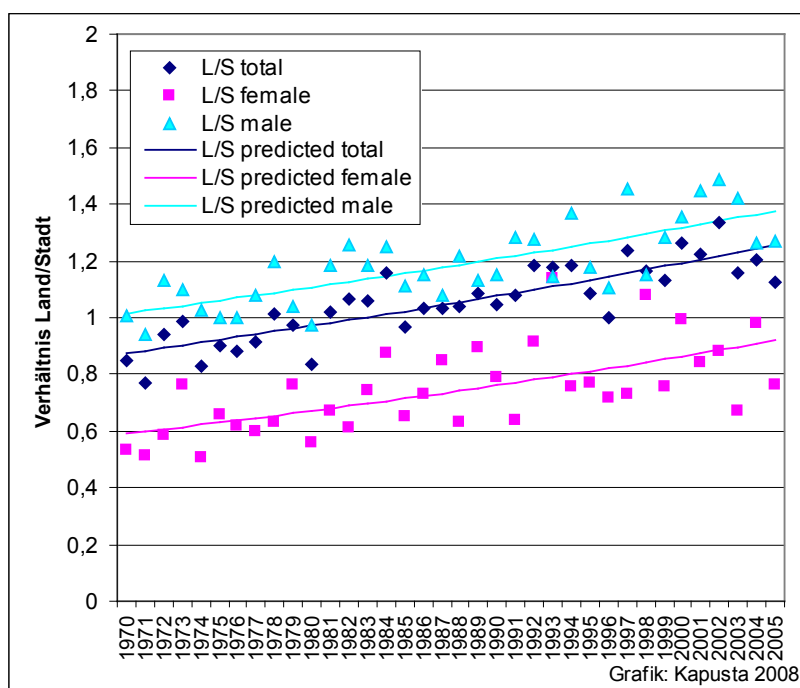
Abbildung 14. Entwicklung der psychosozialen Versorgung und Suizidraten



9. Stadt-Land Unterschiede

Eine Untersuchung der Stadt-Land Unterschiede in Österreich zeigt eine zunehmende Ungleichheit hinsichtlich der Suizidraten. Das Verhältnis Land/Stadt (L/S) steigt kontinuierlich seit den 70er Jahren. Während die Suizidraten vor den 80er Jahren in städtischen Regionen höher waren als am Land, hat sich das Verhältnis seither umgekehrt. Suizidraten sind am Land höher als in städtischen Regionen. Die Betrachtung nach Geschlecht allerdings zeigt, dass das Verhältnis L/S bei Männern bereits seit 1970 größer 1 ist, während es bei Frauen erst ab dem Jahr 2015 über 1 steigen wird. Eine Erklärung für die niedrigeren städtischen Suizidraten ist die höhere Verfügbarkeit und Akzeptanz von medizinischen und psychosozialen Hilfsangeboten aber auch eine psychosoziale Besserstellung der Bevölkerung in urbanen Regionen. Siehe Lit. [10].

Abbildung 15. Entwicklung des Stadt-Land Gefälles von Suiziden



10. Medienberichterstattung

Mediale Berichterstattung kann einen Beitrag zur Suizidprävention liefern, wenn sie bestimmte Formen der Darstellung des Suizids vermeidet. [13, 14] Genauere Hinweise dazu können im Leitfaden zur Medienberichterstattung nachgelesen werden. [15 sowie www.suizidforschung.at/leitfaden.pdf]

11. Berechnungen von Suizidraten

Suizide werden in Statistiken zur besseren Vergleichbarkeit meist als Suizidraten und nicht in absoluten Zahlen dargestellt (Zahlen s. Tab. 1 u. 2). Eine Suizidrate gibt die Anzahl der Suizide pro 100.000 Personen an. Dabei muss beachtet werden, dass Suizidraten im Gegensatz zu absoluten Zahlen nicht immer einfach addiert werden dürfen. Im Jahr 2005 betrug die österreichische Suizidrate der Männer 26,1 pro 100.000 Männer und jene der Frauen 8,2 pro 100.000 Frauen. Die Gesamtsuizidrate betrug jedoch 16,9 pro 100.000 Menschen aus der Gesamtbevölkerung (nicht das arithmetische Mittel $(26,1+8,2)/2$). Bei Berechnungen von Suizidraten ist also Vorsicht geboten, die Bezugsgruppe (pro 100.000 Bevölkerung) muss entsprechend beachtet werden. Zudem gibt es Darstellungen von Suizidraten bzw. allg. Mortalitätsraten, die auf eine standardisierte Weltbevölkerung oder eine genormte europäische Bevölkerung bezogen sind und von den hier angegebenen Zahlen abweichen können. Standardisierte Raten werden von der Statistik Austria veröffentlicht.

12. Datenqualität der Suizidstatistik

Die Reliabilität und Validität der Suiziddaten aus der Österreichischen Todesursachenstatistik ist im internationalen Vergleich hoch. Regelmäßige Schulungen und standardisierte Vorgehensweisen bei der Erhebung der Todesursache nach dem ICD-10 durch ÄrztInnen und die Statistik Austria tragen zur Reliabilität der Daten im Zeitverlauf dar. Während die Spezifität (Wahrscheinlichkeit, dass ein bescheinigter Suizid tatsächlich einer war) mit nahezu 100% anzunehmen ist, ist die Sensitivität (Anteil der richtig klassifizierten Suizide von allen möglichen Suiziden) als deutlich geringer anzusehen. [16] Einen wesentlichen Beitrag zur Qualität der Todesursachenstatistik liefern traditionellerweise Autopsien (Obduktionen), welche jedoch seit 1984 von 34% auf 17% im Jahr 2010 zurückgegangen sind. Dies spiegelt den internationalen Trend zur Abkehr von Autopsien wider und gefährdet die zukünftige Qualität und Aussagekraft nationaler Todesursachenstatistiken. Dennoch liegt die österreichische Autopsierate im europäischen Vergleich noch unter den höchsten. [17]

13. Literatur

1. Gernot Sonneck. (Hg.). Krisenintervention und Suizidverhütung. 2000. Wien: Facultas Verlag.
2. Etzersdorfer E, Voracek M, Kapusta N, Sonneck G. Epidemiology of Suicide in Austria 1990 – 2000: general decrease but increased suicide risk for old men. Wiener Klinische Wochenschrift, 2005. 117/1-2:31-35.
3. Kapusta ND, Sonneck G, Suicides of men in Austria: An epidemiological analysis over a 30-years period. International Journal of Men's Health and Gender, Vol. 1, Nr. 2-3, September 2004, S197-202.
4. Haberhauer G, Fries W, Leitner A. Beitrag zur Epidemiologie medikamentöser Suizidversuche in Wien. Wiener Klinische Wochenschrift, 1994. 106/3:69-74.
5. Sonneck G, Stein C, Voracek M. Statistisch-epidemiologische Untersuchung zur Suizidproblematik von Männern in Österreich. 2002. Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz.
6. Etzersdorfer E, Kapusta ND, Sonneck G. Suicide by shooting is correlated to rate of gun licenses in Austrian counties. Wiener Klinische Wochenschrift 2006;118(15-16):464-468.
7. Kapusta ND, Etzersdorfer E, Sonneck G. Trends in suicide rates among the elderly in Austria 1970-2004: An analysis of changes by age group, suicide method and gender. Int J Geriatric Psychiatry. 2007;22(5):438-84.
8. Etzersdorfer E, Voracek M, Kapusta N, Sonneck G. Epidemiology of suicide in Austria 1990-2000: general decrease, but increased suicide risk for old men. Wien Klin Wochenschr. 2005;117(1-2):31-5.
9. Kapusta ND, Etzersdorfer E, Krall C, Sonneck G. Firearm Legislation Reform in the European Union: Its Impact on Firearm Availability, Firearm Suicide and Homicide Rates in Austria. British Journal of Psychiatry 2007. 191: 253-257.
10. Kapusta ND, Zormann A, Etzersdorfer E, Ponocny-Seliger E, Jandl-Jager E, Sonneck G. Rural-urban differences in Austrian suicides. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2008;43(4):311-8.
11. Niederkrotenthaler T, Till B, Herberth A, Kapusta ND, Voracek M, Dervic K, Etzersdorfer E, Sonneck G. Can Media Effects Counteract Legislation Reforms? The Case of Adolescent Firearm Suicides in the Wake of the Austrian Firearm Legislation. Journal of Adolescent Health. 2009;44(1):90-3.
12. Kapusta ND, Niederkrotenthaler T, Etzersdorfer E, Voracek M, Dervic K, Jandl-Jager E, Sonneck G. Influence of Psychotherapist Density and Antidepressant Sales on Suicide Rates. Acta Psychiatrica Scandinavica 2009 Mar;119(3):236-42
13. O'Connor R, Platt S, Gordon J (Eds) International Handbook of Suicide Prevention. Wiley-Blackwell, 2011.
14. Niederkrotenthaler T, Voracek M, Herberth A, Till B, Strauss M, Etzersdorfer E, Eisenwort B, Sonneck G. Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. Br J Psychiatry. 2010;197(3):234-43.
15. Tomandl G, Sonneck G, Stein C. Leitfaden zur Berichterstattung über Suizid. Kriseninterventionszentrum, Eigenverlag, Wien, 2008. Kostenfreier download unter: <http://www.suizidforschung.at/leitfaden.pdf>
16. Rockett IRH, Thomas BM. Reliability and sensitivity of suicide certification in higher-income countries. Suicide and Life Threat Behav. 1999; 29: 141-149.
17. Kapusta ND, Tran US, Rockett IRH, De Leo D, Naylor CPE, Niederkrotenthaler T, Voracek M, Etzersdorfer E, Sonneck G. Declining autopsy rates and suicide misclassification: A cross-national analysis of 35 countries. Archives of General Psychiatry 2011; in press

Weiterführende Literatur zum Einfluss von Waffengesetzen auf Suizide und Morde

- Beautrais, A.L., Fergusson, D.M., Horwood, L.J. (2006) Firearms legislation and reductions in firearm-related suicide deaths in New Zealand. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40, 253-259.
- Bertolote, J.M. (2004) Suicide prevention: at what level does it work? World Psychiatry; 3, 147-151.
- Brent, D.A. (2001) Firearms and suicide. Annals of the New York Academy of Science, 932, 225-239
- Bridges, F.S. (2004) Gun control law (Bill C-17), suicide, and homicide in Canada. Psychological Reports, 94, 819-826.
- Cantor, C.H., Slater, P.J. (1995) The impact of firearm control legislation on suicide in Queensland: preliminary findings. Medical Journal of Australia, 162, 583-585

-
- Caron, J. (2004) Gun control and suicide: possible impact of Canadian legislation to ensure safe storage of firearms. *Archives of Suicide Research*, 8, 361-374.
- Carrington, P.J., Moyer, S. (1994) Gun control and suicide in Ontario. *American Journal of Psychiatry*, 151, 606-608.
- Commission of the European Communities (2000) Report from the Commission to the European Parliament and the Council: The implementation of Council Directive 91/477/EEC, of 18 June 1991, on control of the acquisition and possession of weapons. Brussels
- Conner, K.R., Zhong, Y. (2003) State firearm laws and rates of suicide in men and women. *American Journal of Preventive Medicine*, 25, 320-324.
- Dahlberg, L.L., Ikeda, R.M., Kresnow, M.J. (2004) Guns in the home and risk of a violent death in the home: findings from a national study. *American Journal of Epidemiology*, 160, 929-936.
- Goldney, R.D. (2006) Suicide in Australia: some good news. *Medical Journal of Australia*, 185, 304.
- Gunnell, D., Lewis, G. (2005) Studying suicide from the life course perspective: implications for prevention. *British Journal of Psychiatry*, 187, 206-208.
- Haw, C., Sutton, L., Simkin, S., et al (2004) Suicide by gunshot in the United Kingdom: a review of the literature. *Medicine, science, and the law*, 44, 295-310.
- Hawton, K., Fagg, J., Simkin, S., et al (1998) Methods used for suicide by farmers in England and Wales. The contribution of availability and its relevance to prevention. *British Journal of Psychiatry*, 173, 320-324.
- Kellermann, A.L., Rivara, F.P., Somes, G., et al (1992) Suicide in the home in relation to gun ownership. *New England Journal of Medicine*, 327, 467-472.
- Leenaars, A.A. (2006) Suicide by shooting and gun ownership (licenses) in Austria: would gun restriction help? *Wiener Klinische Wochenschrift*, 118, 439-441
- Leenaars, A.A., Lester, D. (1994) Effects of gun control on homicide in Canada. *Psychological Reports*, 75, 81-82
- Leenaars, A.A., Lester, D. (1997) The impact of gun control on suicide and homicide across the life span. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 29, 1-6
- Leenaars, A.A., Moksony, F., Lester, D., et al (2003) The impact of gun control (Bill C-51) on suicide in Canada. *Death Studies*, 27, 103-124.
- Loftin, C., McDowall, D., Wiersema, B., et al. (1991) Effects of restrictive licensing of handguns on homicide and suicide in the District of Columbia. *New England Journal of Medicine*, 325, 1615-1620.
- Ludwig, J., Cook, P.J. (2000) Impact of the Brady act on homicide and suicide rates. *Journal of the American Medical Association*, 284, 2718-2721.
- Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., et al (2005) Suicide prevention strategies: a systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 294, 2064-2074.
- Miller, M., Azrael, D., Hemenway, D. (2002) Household firearm ownership and suicide rates in the United States. *Epidemiology*, 13, 517-524.
- Miller, M., Azrael, D., Hepburn, L., et al (2006): The association between changes in household firearm ownership and rates of suicide in the United States, 1981-2002. *Injury Prevention*, 12, 178-182.
- Miller, M., Hemenway, D., Azrael, D. (2004) Firearms and suicide in the northeast. *Journal of Trauma*, 57, 626-632.
- Ozanne-Smith, J., Ashby, K., Newstead, S., et al (2004) Firearm related deaths: the impact of regulatory reform. *Injury Prevention*, 10, 280-286.
- Rich, C.L., Young, J.G., Fowler, R.C., et al (1990) Guns and suicide: possible effects of some specific legislation. *American Journal of Psychiatry*, 147, 342-346.
- Rosengart, M., Cummings, P., Nathens, A., et al (2005) An evaluation of state firearm regulations and homicide and suicide death rates. *Injury Prevention*, 11, 77-83.

Für den Inhalt verantwortlich:

Ass.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Nestor Kapusta
Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie
Medizinische Universität Wien
Währinger Gürtel 18-20
A-1090 Wien
nestor.kapusta@meduniwien.ac.at



This work is published under the following **Creative Commons License**:

Attribution-Noncommercial-No Derivative Works 3.0 Austria.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/at/deed.en>

This license regulates that the work is free to be:

Shared — to be copied, distributed and transmitted **under the following conditions**:

Attribution — You must attribute the work in the manner that its source is mentioned. The most appropriate way to do this is by following scientific citation rules. (But not in any way that suggests that the author endorses you or your use of the work).

Noncommercial — You may not use this work for commercial purposes.

No Derivative Works — You may not alter, transform, or build upon this work.