

2 Konzept, Methode und Durchführung der Studie

2.1 Konzept und Design der Studie

Für die vorliegende Fortsetzung der steirischen Suizidstudie für den Zeitraum 2005 bis 2009 wurden die Grundlinien des Konzeptes der ersten derartigen Studie, die vom Verfasser für den Zeitraum 1995 bis 2004 in den Jahren 2005 bis 2007 durchgeführt wurde, beibehalten.⁵⁶

Es handelt sich demnach um eine quantitative, multivariat konzipierte epidemiologische Erhebung mit dem Fokus auf (psycho-)soziale und kulturelle, aber unter Einschluss auch ökologischer Faktoren zur Erhellung der Genese der im österreichweiten Vergleich – leider auch weiterhin – erhöhten Suizidraten im Bundesland Steiermark mit zwei Analyseebenen, nämlich jener des Individuums einerseits, und jener von kollektiven Erscheinungen andererseits, welche vorwiegend mittels Vergleichen von Aggregatdaten auf Bezirksebene untersucht werden.

Wie schon in der Vorgängerstudie wird auch diesmal ein besonderer Wert darauf gelegt, neben komplexen multivariaten Erklärungsmodellen auch eine umfassende Dokumentation univariater Verteilungen und bi- sowie trivariater Zusammenhänge vorzulegen, zum einen aufgrund des diesbezüglichen praktischen Informationsbedürfnisses für Akteure/innen in der Suizidprävention, zum anderen, weil so vorgängig zu komplexen multivariaten Modelle, denen bei allem potentiellen Erkenntniswert aufgrund der notwendigen Beschränktheit der in sie aufgenommenen Variablen immer eine gewisse Willkürlichkeit anhaftet, gewisse elementare Sachverhalte am deutlichsten erkennbar werden, auch wenn dabei das Risiko von Fehlinterpretationen groß ist und interpretativ daher besondere Vorsicht an den Tag gelegt werden muss.

Hinsichtlich des Studiendesigns wiederum stellt sich die vorliegende Arbeit, ebenfalls im Anschluss an die Vorgängerstudie, für den Individualdatenbereich als Kombination aus Prävalenzerhebung und retrospektiver Kohortenstudie dar – überall, wo es die Datenlage erlaubt, kommt letzterer Ansatz zur Anwendung, ansonsten die schlichte Erhebung von Häufigkeiten, für den Bereich der Aggregatdaten als multivariate Querschnitts- wie auch Trendanalyse.

⁵⁶ Vgl. Watzka, Sozialstruktur und Suizid, S. 79-105.

Der räumliche Untersuchungsrahmen erstreckt sich für den Bereich der Aggregatdaten auf ganz Österreich, für den Bereich der Individualdaten auf das Bundesland Steiermark, der zeitliche Untersuchungsrahmen ist zunächst mit den Kalenderjahren 2005 bis 2009 definiert, umfasst also eine 5-Jahres-Spanne; um langfristige Prozesse untersuchbar zu machen, greifen die vorgenommenen Berechnungen vielfach aber – in vergleichender Weise oder für Durchschnitts- und Trendberechnungen – auch auf die schon vorliegenden Daten zu früheren Erhebungsperioden zurück, v.a. auf solche zum Zeitraum 2000 bis 2004.

Als Datenquellen dienen einerseits Makrodaten auf Bezirksebene aus dem Bereich der Todesursachenstatistik für die abhängige Variable der Suizidraten, sowie aus unterschiedlichen fachlichen Gebieten der öffentlichen Statistik für die unabhängigen Variablen, wobei die Statistik Austria der wichtigste „Datenlieferant“ ist, zum anderen Individualdaten zu den steirischen Suizidenten aus drei institutionellen Kontexten, nämlich solche der amtlichen Todesursachenstatistik, die über das Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Referat Statistik und Geoinformation, zugänglich gemacht wurde, dann Daten der steirischen Sicherheitsbehörden auf Grundlage der behördlichen Ermittlungen bei Todesfällen durch Suizid, und schließlich Informationen der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse zu den durch Suizid verstorbenen Versicherten im Beobachtungszeitraum.

2.2 Hypothesen, Variable und Daten in der Aggregatdatenanalyse

Ausgehend von den theoretischen Überlegungen, dem Erhebungskonzept sowie den empirischen Befunden der Vorgängerstudie war es vergleichsweise einfach, die zu erhebenden Parameter für den makrosozialen Teil der vorliegenden Studie festzulegen: Selbstverständlich sollten alle jene Variable, welche sich früher bereits als inhaltlich relevante, und statistisch nachweisbare Einflussgrößen auf die regionalen Suizidraten erwiesen haben, nun wieder auf ihre diesbezügliche Bedeutung überprüft werden. Zudem wurden einige wenige Parameter neu in den Untersuchungsplan aufgenommen, für die eine Möglichkeit des Zusammenhangs mit der Suizidrate erst in der Zwischenzeit sichtbar wurde, oder aber für die erst jetzt geeignete Datengrundlagen vorlagen. Umgekehrt konnte manche Variable, deren etwaige Relevanz auf Grundlage der ersten Studie sehr unwahrscheinlich wurde, aus der Liste der Erhebungsparameter entfernt werden, oder aber von ursprünglich mehreren Indikatoren für eine Variable nur mehr der bestgeeignete herangezogen werden.⁵⁷

⁵⁷ Vgl. zu den Erhebungsparametern der Vorgängerstudie: Watzka, Sozialstruktur und Suizid, S. 88f.

Die in die Untersuchung aufgenommenen Faktoren sind nachfolgend gemeinsam mit den zugehörigen Indikatoren und den jeweils angenommenen Zusammenhängen mit der Suizidrate als Tabelle aufgelistet. Hier wird jeweils die zugehörige Hypothese angegeben, ob eine positive oder eine negative Korrelation mit der Suizidrate erwartet wurde, also ob angenommen wurde, dass höhere Werte des betreffenden Indikators auch mit höheren Suizidhäufigkeiten einhergehen (positive Korrelation), oder umgekehrt, dass höhere Werte der unabhängigen Variable zu niedrigeren Suizidraten führen würden. Angegeben in Tabelle 1 sind weiters die jeweiligen Erhebungszeitpunkte für die Indikatoren. Diese richten sich nach der Datenlage; wo möglich, wurden Durchschnitte der jährlichen Zahlen für den Erhebungszeitraum berechnet. Oftmals konnten wegen größerer Intervalle der betreffenden statistischen Erfassungen (z.B. Volkszählung: 10-jähriges Intervall) aber auch nur einzelne Jahre herangezogen werden. In diesen Fällen wurde darauf geachtet, nach Möglichkeit zumindest jeweils Daten eines Jahr rund um den Beginn sowie eines Jahres rund um das Ende des Beobachtungszeitraums zu erfassen, und hieraus einen Durchschnitt zu bilden.⁵⁸

In der Tabelle mit angeführt sind weiters die jeweiligen Datenquellen, wobei es sich vornehmlich um die Statistik Austria handelt; für einzelne Indikatoren wurden aber auch Datenreihen des Bundesministerium für Inneres, des Bundesministeriums für Gesundheit, der Österreichischen Ärztekammer und des Arbeitsmarktservice herangezogen; schließlich wurden einzelne Parameter gesondert für die vorliegende Studie durch österreichweite Erhebungen eruiert.

Die Notwendigkeit eigener Erhebungen betraf den Bereich der Erhebung des Standes der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung, und hier konkret Daten zu vier Variablen: 1) Distanz des jeweiligen Bezirks – gemessen anhand der Bezirkshauptstadt – zum nächstgelegenen stationären psychiatrischen Versorgungszentrum, 2) Rate von Dienststellen betreuend tätiger Professioneller in extramuralen psychosozialen Einrichtungen (psychosozialen Zentren u.ä.), 3) Dauer des bisherigen Bestandes von extramuralen psychosozialen Einrichtungen im jeweiligen Bezirk, 4) Rate der beruflich pro Bezirk tätigen PsychotherapeutInnen.

Für die übrigen Daten konnte auf bereits vorliegende Statistiken zurückgegriffen werden; die bereits in der Vorgängerstudie wurden die Werte für alle am Beginn des Erhebungszeitraums existenten österreichischen Bezirke einbezogen, Wien jedoch aufgrund der völlig anderen Bedeutung von Bezirksgrenzen als eine einzige Einheit betrachtet, was insgesamt eine Zahl von 99 Erhebungseinheiten

⁵⁸ Vorausgesetzt wird hierbei eine in etwa lineare, wenigstens nicht kurzfristig stark volatile Entwicklung der betreffenden Parameter, was bei den hier betrachteten strukturellen Variablen durchaus adäquat erscheint.

ergibt. Wo nötig, wurden Daten, die teilweise nicht für alle Bezirke vorlagen, sondern z.B. in einigen Fällen nur für zwei Bezirke gemeinsam, auf die einheitliche Bezirksklassifikation als Durchschnittswerte für beide Bezirke umgelegt. Dies betraf jedoch nur sehr wenige Parameter, und hier nur einzelne Bezirke. Die Daten zu den angeführten Variablen wurden in eine Gesamttabelle zusammengefasst und anschließend mit gängigen statistischen Analyseprogrammen weiterbearbeitet und ausgewertet.

Tabelle 1: Faktoren und Indikatoren im makrosozialen Untersuchungsteil – Hypothetische Korrelationen mit der (rohen) Suizidrate⁵⁹

Faktor	Indikator(en) (und Erhebungszeitpunkte)	hyp. Korr.	Quelle
Topographie	Anteil Dauersiedlungsraum (2000; 2008)	–	Stat A
Landschaftscharakter	Anteil der Waldflächen (2000; 2012)	+	Stat A
	Anteil der landwirtschaftl. Flächen (2000; 2012) *	–	Stat A
	Anteil der Alpen *	–	Stat A
Urbanisierung	Bevölkerungsdichte (2001; 2011) *	–	Stat A
Zukunftsperspektive	Bevölkerungsveränderung 2001–2011	–	Stat A
Demographische Struktur	Anteil der Unter-15-Jährigen (2001; 2011)	–	Stat A
	Anteil der Über-60-Jährigen (2001; 2011)	+	Stat A
	Durchschnittsalter (2001; 2011)	+	Stat A
Familiäre Integration	Anteil der Ledigen (2001) *	+	Stat A
	Anteil der Verheirateten (2001) *	–	Stat A
	Anteil der Geschiedenen (2001)	+	Stat A
	Anteil der Verwitweten (2001)	+	Stat A
Ethnisch-kulturelle Diversität	Anteil ausländischer StaatsbürgerInnen (2001; 2011)	–	Stat A
	Anteil im Ausland geborene Personen (2001; 2011) *	–	Stat A
Religiös-kulturelle Diversität	Anteil von Katholiken/innen (2001)	–	Stat A
	Anteil von Evangelischen (2001)	+	Stat A
	Anteil anderer Konfessionen (2001)	–	Stat A
	Anteil von Konfessionslosen (2001)	+	Stat A
Haushaltsstruktur	Anzahl der Personen pro (Privat-)Haushalt (2001)	+	Stat A
Wohnstruktur	Nutzfläche pro Bewohner/in (2001)	–	Stat A
Ökonom. Niveau	Durchschn. Arbeitnehmereinkommen (2001; 2010)	–	Stat A
Sozioökonomische Integration	Anteil der Arbeitslosen (2001; 2004-2007)	+	AMS
	Anteil der Erwerbstätigen (2001; 2010)	–	Stat A
Erwerbsstruktur (jeweils: Anteile an ...)	Land- u. Forstwirtschaft (ÖNACE A/B; 2001; 2010)	+	Stat A
	Produktionsbereich, Bauwesen (ÖNACE C-F; 2001; 10)	+	Stat A
	Dienstleistungsbereich (ÖNACE G-N; 2001; 2010)	–	Stat A
	Selbständige (2001; 2010)	+	Stat A
	Arbeiter/innen (2001; 2010)	+	Stat A
	Angestellte/Beamte/innen (2001; 2010)	–	Stat A

⁵⁹ Gegenüber der Vorgängerstudie neu aufgenommene Faktoren sind mit „(*)“ gekennzeichnet.

	<i>(Fortsetzung Tabelle 1)</i>		
Faktor	Indikator(en) (und Erhebungszeitpunkte)	hyp. Korr.	Quelle
Bildungsniveau	Anteil Akademiker/innen (2001; 2010)	–	Stat A
	Anteil Personen mit Matura (2001; 2010)	–	Stat A
	Anteil Pers. m. BMS-/Lehrabschluss (2001; 2010)	+	Stat A
	Anteil Pers. mit Pflichtschulabschluss (2001; 2010)	+	Stat A
Aggressionsniveau	Rate Tötungs-/Körperverletzungsdelikte (2001–09)	+	BKA
Allg.med. Versorg.	Rate praktische Ärzte gesamt (2001-2003; 2010)	–	ÖAK
Ambulante psychiat. Versorgung	Rate der psychiatrischen und neurologischen Fachärzte gesamt (2001-2003; 2010)	–	ÖAK
Stationäre psychiat. Versorgung	Distanz des Bezirks zu einem stationär-psychiatrischen Zentrum (2005)	+	ECW
psychosoziale Versorgung	Rate von Dienststellen in extramuralen psychosozialen Einrichtungen (2001-2009) *	–	EVK
	Dauer des Bestandes extramuraler psychosozialer Einrichtungen (bis 2009) *	–	EVK
psychoth. Versorg.	Rate der Psychotherapeuten/innen (2004; 2010)	–	BMG

2.3 Hypothesen, Variable und Daten in der Individualdatenanalyse

Auch für den Bereich der Individualdatenerhebung konnte nun bereits auf dem Untersuchungsplan der Vorgängerstudie aufgebaut werden; auch hier schien es aber angeraten, einerseits gewisse Erhebungsparameter auszuschneiden, die sich als inhaltlich irrelevant oder aber in der Praxis nicht reliabel und valide genug erhebbar erwiesen haben, und umgekehrt neue Variable in das Erhebungsraster aufzunehmen, wo eigene Erfahrungen oder neue Forschungserkenntnisse anderer weitere, neue Untersuchungsaspekte als sowohl theoretisch relevant wie auch methodisch und forschungspraktisch umsetzbar erscheinen ließen.

Wie weiter oben schon erwähnt, wurden die Informationen auf der Individualdatenebene (wie schon bei der ersten einschlägigen Studie des Verfassers), was die Suizidenten anlangt, aus drei verschiedenen Quellen bezogen und sodann zusammengeführt, nämlich Daten aus der amtlichen Todesursachenstatistik einerseits, die in anonymer Form vom Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Referat für Statistik und Geoinformation zur Verfügung gestellt wurden, dann Informationen der steirischen Polizeibehörden, welche für die vorliegende Studie wiederum den behördlichen Akten zu den Suizidfällen entnommen werden konnten, und schließlich Informationen der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse zu den in der Steiermark durch Suizid Verstorbenen im Erhebungszeitraum.⁶⁰

⁶⁰ Auf eine Bearbeitung auch von Sozialversicherungsdaten zu bei anderen Kassen versichert gewesenen Personen musste in diesem Fall verzichtet werden.

Tabelle 2: Variable im mikrosozialen Untersuchungsteil⁶¹

Dimension	Variable	Fragestellung	Datenquelle
Zeitliche Verteilung	Sterbejahr	Trend ?	TU; PA; SVI
	Sterbemonat	Saisonales Muster ?	TU; PA; SVI
Regionale Verteilung	Wohnbezirk	Region. Differenzen ?	TU; PA
	Ereignisbezirk	Region. Differenzen ?	TU; PA
Mikroregionale Verteilung	Wohngemeinde	Mikroregion. Muster ?	TU; PA
	Wohnortgröße	Urbanisierung ?	TU; PA
Geschlechterverteilung	Geschlecht	Geschlechterdiff. ?	TU; PA; SVI
	Geschlecht/Bezirk	Region. Differenzen ?	TU; PA; SVI
Altersverteilung	Alter (in Jahren)	Altersdifferenzen ?	TU; PA; SVI
	Alter/Bezirk	Region. Differenzen ?	TU; PA; SVI
Familienstatus	Familienstand	Ungl. Suizidrisiken ?	TU; PA
	Partnerschaft	Ungl. Suizidrisiken ?	PA
	Elternschaft (mindj. Kinder)	Ungl. Suizidrisiken ?	SVI
Familienstruktur	Altersdifferenz Ehepartner *	Ungl. Suizidrisiken ?	TU
	Ehedauer *	Ungl. Suizidrisiken ?	TU
Staatsangehörigkeit	Staatsbürgerschaft	Ungl. Suizidrisiken ?	TU; PA
Geburtsregion	Geburtsland	Ungl. Suizidrisiken ?	TU; PA
	Geburtsbezirk	Ungl. Suizidrisiken ?	PA
Religion	Konfession	Ungl. Suizidrisiken ?	TU
Bildung	Akademischer Abschluss	Ungl. Suizidrisiken ?	PA
Erwerbstätigkeit	Erwerbsstatus (Arbeitslos.)	Ungl. Suizidrisiken ?	PA; SVI
Versicherung	Versichertenkategorien	Risikogruppen ?	SVI
	Anzahl Wechsel *	Risikogruppen ?	
	Versicherungsdauern *	Risikogruppen ?	
Berufstätigkeit	Art der Berufstätigkeit	Ungl. Suizidrisiken ?	PA; SVI
	Berufsposition nach ISCO	Ungl. Suizidrisiken ?	PA
	Wirtschaftsklasse n. ÖNACE	Ungl. Suizidrisiken ?	SVI
Einkommen	Höhe Einkommen	Risikogruppen ?	SVI
	Tendenz Einkommen *	Risikogruppen ?	SVI
Delinquenz	Vorhandensein Delinquenz	Risikogruppen ?	PA
	Art Delinquenz	Risikogruppen ?	PA
Körperliche Krankheit	Vorliegen/Häufigkeit u. Art	Risikogruppen ?	PA; SVI
Suchterkrankung	Vorliegen/Häufigkeit u. Art	Risikogruppen ?	PA; SVI
Psychische Krankheit	Vorliegen/Häufigkeit u. Art	Risikogruppen ?	PA; SVI
Suizidversuch	Vorliegen/Häuf.; Abstand Tod	Risikogruppen ?	PA
Suizidankündigung	Ankündigung/Verhaltensänd.	Risikogruppen ?	PA
Ambulante Arztkontakte	Vorl./Häuf. n. Fachgruppen *;	Risikogruppen?	PA; SVI
	Abstand zu Suizid *	Effekte?	
Krankenhausaufenthalt	Vorl./Häuf. n. Diagnosen *;	Risikogruppen?	PA; SVI
	Abstand zu Suizid *	Effekte?	
Bet. psy.soz. Zentrum	Vorliegen	Risikogruppen?	PA
		Effekte?	

⁶¹. Im Verhältnis zur Vorgängerstudie neu aufgenommene Variable sind mit „*“ ausgewiesen.

	<i>(Fortsetzung Tabelle 2)</i>		
Dimension	Variable	Fragestellung	Datenquelle
Medikationen	Vorl./Häuf. n. Indikationen *; Abstand zu Suizid *	Risikogruppen? Effekte?	SVI
Arbeitsunfähigkeiten	Vorl./Häuf. n. Diagnosen *; Abstand zu Suizid *	Risikogruppen ?	SVI
Belast. Familienverh.	Vorliegen; Art	Risikogruppen ?	PA
Belast. Wohnverh.	Vorliegen; Art	Risikogruppen ?	PA
Belast. ökonom. Verh.	Vorliegen; Art	Risikogruppen ?	PA
And. belast. soz. Verh.	Vorliegen; Art	Risikogruppen ?	PA
Mentale Probleme	Vorliegen; Art	Risikogruppen ?	PA
Umstände der Suizidhandlung und amtlichen Registrierung	Berauschung/Intoxikation	Häufigkeit ?	PA
	Suizidmethode	Verteilungen Kateg.	TU, PA
	Ort des Suizids	Verteilungen Kateg.	TU, PA
	Obduktion *	Verteilungen Kateg.	TU, PA
	Umfang Polizeiakt *	Länge ?	PA
	Abschiedsbrief *	Häufigkeit ?	PA

Für die Berechnung von spezifischen Suizidraten und relativen Risiken wurden sodann, wo dies möglich war, in einem weiteren Schritt neben den ermittelten Summen bzw. Durchschnittswerten für die Untersuchungsgruppe der Suizidenten wiederum auch Daten für die steirische Bevölkerung bzw. bestimmte demographisch definierte Teilpopulationen ermittelt und in Relation zu den Suizidenten-Daten gesetzt, wobei hierfür auf bereits vorhandene, aggregierte statistische Daten zurückgegriffen werden konnte.

Für den Bereich der mikrosozialen Daten galt, wie für die makrosoziale Erhebung, die Periode von 2005 bis 2009 als Untersuchungszeitraum; in die Analyse einbezogen wurden sämtliche Todesfälle, die entweder von der amtlichen Todesursachenstatistik (und damit mittelbar von den Standesämtern) und/oder von den Polizeibehörden als Selbsttötungen klassifiziert wurden, und von Personen mit Wohnsitz bzw. dauerndem Aufenthalt in der Steiermark durchgeführt wurden. Dies umfasst auch eine – jedoch geringe – Anzahl von Suiziden von SteirerInnen in anderen Bundesländern; für diese 26 Fälle kam eine Aushebung auch der polizeilichen Akten und, daran anknüpfend, der Sozialversicherungsdaten nicht in Betracht, sodass für sie nur die Angaben der amtlichen Todesursachenstatistik bearbeitet wurden. Praktische Schwierigkeiten verhinderten aber auch in anderen Fällen die Einarbeitung von Informationen aus den letztgenannten Quellen; hierauf wird nachfolgend eingegangen. Insgesamt umfasst der Erhebungsplan für den Bereich der Individualdaten die in der folgenden Tabelle angeführten Variablen, zu denen wiederum jeweils die zugehörigen Fragestellungen sowie die Datenquellen mitangeführt werden.

2.4 Praktische Aspekte und Probleme der Datenerhebung

Der Umstand, dass die vorliegende Studie nun bereits zum zweiten Mal, wenn auch in etwas adaptierter Form, durchgeführt wurde, erleichterte selbstverständlich den Umgang mit manchen Schwierigkeiten; so war nun z.B. bereits vorab bekannt, dass manche Variable zu den Suizidenten, so interessant sie auf Forschungssicht auch sein mögen, praktisch nur eingeschränkt, wenig reliabel oder auch gar nicht erhebbar sein würden. Dies betrifft etwa die Frage nach dem Ausbildungsniveau, wo eine Bescheidung mit der Feststellung des Vorhandenseins oder Nichtvorhandenseins eines akademischen Grades Platz greifen musste.

Für andere Aspekte wiederum war klar, dass zumindest aus den bisher herangezogenen Datenquellen nicht optimal reliabel und valide Daten abzuleiten wären. Insbesondere gilt dies für die Frage nach der Inanspruchnahme von medizinischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Angeboten durch die späteren Suizidenten in ihrer letzten Lebensphase und die Diagnose von psychischen, aber auch körperlichen Erkrankungen.⁶²

Diese Umstände wurden bereits im Erhebungsplan (siehe oben) berücksichtigt, und insbesondere versucht, durch eine nunmehr deutlich erweiterte Berücksichtigung von Informationen der Sozialversicherungsträger den erwähnten „Schwachstellen“ der polizeilichen Akten Rechnung zu tragen, was – zumindest für den Bereich der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse als wichtigstem Träger hierzulande – auch zu einem erfreulich hohen Maß gelang.

Die praktische Umsetzung der Studie hatte diesmal jedoch auch mit anderen, unvorhergesehenen Problemen zu kämpfen, welche nach Auffassung des Verfassers zwar nicht die Qualität der Ergebnisse beeinträchtigen, wohl aber eine erhebliche Überschreitung des Zeitplans der Fertigstellung nötig werden ließen, und, in Abhängigkeit davon, auch den Verzicht auf einige Zusatzerhebungen nötig machten. Letzteres betrifft insbesondere die Erhebung von Sozialversicherungsdaten zu Suizidenten der „kleineren“ Krankenkassen, welche aus erhebungstechnischen Gründen nur im Anschluss an die Datenerhebung im Bereich der STGKK sinnvoll möglich ist, und nun – wenigstens vorläufig – unterblieb, um nicht die zeitliche Distanz zwischen Berichtsvorlage und Erhebungszeitraum noch weiter auszu dehnen. Wurde die vorliegende Studie ohnehin erst in einigem Abstand zum definierten, 5-jährigen Erhebungszeitraum 2005-2009 in Auftrag gegeben und begonnen, führte in der Folge eine ungünstige Kombination von vorübergehender Verlage-

⁶² Vgl. hierzu bereits: Watzka, Sozialstruktur und Suizid, bes. S. 101f.

rung der hauptberuflichen Tätigkeit des Verfassers nach Deutschland mit überraschend eintretenden Defiziten in der zwischenbehördlichen Kooperation zu noch weitreichenderen Zeitverlusten.

Beklagenswert erscheint hierbei insbesondere die Haltung mancher Amtsträger in einem Teil der steirischen Bezirkshauptmannschaften. Diese verhinderten die im Sinne einer möglichst vollständigen Erfassung der Suizidfälle höchst wünschenswerte Nacherfassung von Suizidfällen anhand von bei den BH aufliegenden, polizeilichen Berichten, zu welchen – aus unterschiedlichen Gründen – bei den Polizeiinspektionen selbst keine Akten greifbar waren. Damit nicht genug, wurde sogar eine Stellungnahme des steirischen Datenschutzbeauftragten zur Studie angefordert, was eigenartig anmutet angesichts des Umstandes, dass die Studie vom Land Steiermark selbst in Auftrag gegeben wurden, und die Rechtslage eindeutig ist, indem die Erfassung von Daten bereits verstorbener Personen dem österreichischen Datenschutzgesetz nicht unterliegt,⁶³ und personenbezogene Daten im Sinne desselben für die Studie nicht verarbeitet werden mussten.⁶⁴

Über diese Umstände hinaus, kam es auch bei der Datenerhebung im Bereich der Sicherheitsbehörden zu Schwierigkeiten, indem die bis 2011 hervorragend funktionierende Kooperation des Landespolizeikommandos und des Landeskriminalamtes für die Zwecke der Suizid-Studien nach eingetretenen strukturellen und personellen Veränderungen bedauerlicher Weise keine Fortsetzung fand. Hierdurch traten nicht nur weitere Verzögerungen im Abschluss der Studie ein, sondern es musste auch auf die Nacherfassung von Suizidfällen anhand der dem Landeskriminalamt zur Verfügung stehenden Suizidmeldebögen verzichtet werden, was, ebenso wie die für manche Bezirke nicht gelungene Nacherfassung über die Bezirkshauptmannschaften die Vollständigkeit der für die Auswertung zur Verfügung stehenden Daten aus polizeilicher Provenienz schmälert, und damit die Ergebnisse zwar nicht insgesamt unbrauchbar, aber doch weniger exakt interpretierbar macht.⁶⁵ Pro futuro, das sei an dieser Stelle bemerkt, ist freilich zu hoffen, dass durch die nunmehr fast lückenlose Umstellung der polizeilichen Aktenbearbeitung auf elektronische Speicherung und Indizierung das Problem der unvollständigen Eruiierbarkeit der Suizidfälle bei den Sicherheitsbehörden selbst quantitativ deutlich zurückgeht, sodass, für den hoffentlich herstellbaren Fall einer künftig besseren Zusammenarbeit, die Problematik der Nacherfassungen „entschärft“ wäre.

⁶³ Es handelt sich beim Recht auf Datenschutz eben um ein „personenbezogenes“ Recht. Vgl. Bundesgesetz über den Schutz personenbezogener Daten (Datenschutzgesetz 2000 - DSG 2000) i.d.F. vom 22.06.2013.

⁶⁴ Entsprechend ergab die ergangene Stellungnahme des Datenschutzbeauftragten denn auch seine Unzuständigkeit in diesem konkreten Fall.

⁶⁵ Zu dieser Thematik siehe ausführlicher Abschnitt 3.1.3.

Weiters muss erwähnt werden, dass auch im Bereich der Sozialversicherungsdaten, trotz vollständiger EDV-Basierung derselben, für die vorliegende Studie nicht nur systematische Ausfälle durch den Nicht-Einbezug der „kleineren“ Krankenversicherungsanstalten zu beachten sind, sondern auch für die ehemals bei der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse Versicherten anhand der vorhandenen Informationen oftmals keine weiterführenden Daten ausgehoben werden konnten.⁶⁶

Am Ende dieses Abschnittes sei, was forschungsethische Fragestellungen anlangt, nochmals betont, dass in der vorliegenden Studie zwar Informationen zu den Suizidopfern in der Steiermark als Individualdaten gesammelt wurden, um angemessene, über bloß univariate Betrachtungen hinausgehende Analysen zu Risikofaktoren überhaupt erst möglich zu machen, dass die Auswertung der Daten aber anonymisiert erfolgt, wie ebenso selbstverständlich in den zugehörigen Publikationen keinerlei Informationen, die Rückschlüsse auf konkrete Einzelpersonen erlauben würden, gegeben werden, und sich der Studienverfasser und seine Mitarbeiter/innen zur Geheimhaltung persönlicher Daten verpflichtet haben.

⁶⁶ Zu den Zahlenangaben siehe den Ergebnisteil.

Suizide und ihre biopsychosozialen Bedingungsfaktoren
Epidemiologische Analysen auf Basis von Aggregat- und
Individualdaten

Watzka, C.

2015, XIV, 270 S. 35 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-09928-2