

Frau
Präsidentin des Nationalrates
Doris Bures
Parlament
1017 Wien

GZ: BMG-11001/0213-I/A/15/2015

Wien, am 10. August 2015

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 5350/J der Abgeordneten Ing. Dietrich, Kolleginnen und Kollegen** nach den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

Frage 1:

Ob eine psychiatrische Erkrankung ausbricht oder nicht, darüber entscheiden Risiko- und Protektiv-Faktoren, die sehr individueller Natur sind und im Zusammenspiel zum Ausbruch einer derartigen Erkrankung führen können. Wissenschaftlich gesichert ist jedoch, dass es neuroendokrinologische Risikofaktoren auf der Ebene von Neurotransmitterstörungen speziell der biogenen Amine Serotonin und Noradrenalin gibt - respektive einer Rezeptorstörung des 5-HT₂-Rezeptors. Auch ist bekannt, dass es gewichtige genetische Risikofaktoren gibt - so weiß man z.B., dass das Gefährdungsrisiko, an einer Depression zu erkranken, viel höher ist (10 bis 15%), wenn biologisch Verwandte 1. Grades auch eine Depression haben oder hatten, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung mit 3 bis 5%. Weiters können Bindungsdefizite, Vernachlässigung, psychische Erkrankungen eines Elternteils, Disharmonie, Armut und Arbeitslosigkeit gewichtige Risikofaktoren sein. Auch dramatische Ereignisse, wie z.B. die Trennung von einer liebevollen Bezugsperson, Missbrauch, Krankheit, Trauma und Mobbing können ätiologisch bedeutsame Risikofaktoren für die Ausbildung einer Depression darstellen.

Zu den Fragen 1a und 1b ist festzuhalten, dass gemäß der Aussage der Österreichischen Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie Psychiater/innen in der Regel bei nicht erkrankten Personen keine Vorhersagen zu möglichen zukünftig entstehenden Erkrankungen (z.B. Depressionen) abgeben.

Frage 2 (einschließlich Frage 2a):

„Unter Suizidalität versteht man die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen, die in Gedanken durch aktives Handeln oder passives Unterlassen – oder durch Handeln lassen – den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis einer Handlung in Kauf nehmen“ (Definition von M. Wolfersdorf).

Es gibt keine validen, evidenzgesicherten, physiologischen Kriterien oder Biomarker, die zur Feststellung der Suizidalität dienen. Sehr wohl aber gibt es psychologische Kriterien, nach denen eine Suizidgefährdung zu diagnostizieren ist.

Folgende Literaturstellen setzen sich mit diesem Thema eingehend auseinander:

J. John Mann, Neurobiology of suicidal behavior, Nature Reviews Neuroscience 4, 819-828 (October 2003) | doi:10.1038/nrn1220

Gustavo Turecki, The molecular bases of the suicidal brain, Journal name:

Nature Reviews Neuroscience Volume: 15, Pages: 802–816 Year published: (2014)

DOI: doi:10.1038/nrn3839 Published online 30 October 2014

<http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.2014.14020194>

<http://link.springer.com/article/10.1007/s00414-013-0835-6#page-1>

Im Übrigen gehört es in jeder Ausbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Kernkompetenz, selbstaggressives und fremdaggressives Verhalten - und hier speziell die Suizidalität - einschätzen zu können.

Frage 3:

Bei dem EU-Projekt SAVING AND EMPOWERING YOUNG LIVES IN EUROPE (SEYLE) wurden in 11 Nationen (Österreich, Estland, Frankreich, Deutschland, Irland, Israel, Italien, Ungarn, Rumänien, Slowenien, Spanien) 12.328 Schülerinnen und Schüler im Alter von 14 bis 16 Jahren zu riskanten und gesunden Lebensstilen befragt. Die Erfassung psychischer Faktoren erfolgte unter anderem mit Hilfe der WHO 5 Well-Being Scale (WHO5) und dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Körperliche Kriterien wurden über den Body Mass Index (BMI) sowie Fragen nach chronischen Erkrankungen und körperlicher Gesundheit erhoben. Fragen aus dem Global School-Based Student Health Survey gaben Aufschluss über Alkohol- und Drogenkonsum. Selbstverletzendes Verhalten wurde durch das Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI), Suizidalität durch die Paykel Suicide Scale (PSS) erhoben. Die statistische Auswertung erfolgte mit der Statistik Software SPSS 21. Die Studie wurde in Tirol durchgeführt, derzeit läuft eine Studie in Wien, Oberösterreich, Steiermark und Tirol, um die in Tirol im Rahmen von SEYLE erhobenen Werte für ganz Österreich zu bestimmen.

Ausgehend von den festgelegten cut-off Werten (Wasserman et al., 2010) berichteten insgesamt 12,6% der befragten Jugendlichen über Suizidgedanken, in Österreich waren es 9,3%.

Hochgerechnet auf die österreichische Bevölkerungszahl der 14- bis 16-Jährigen (http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/023470.html) sind dies ca. 24.000 suizidgefährdete Jugendliche. Abzüglich eines geschätzten Fehleranteils (Standardfehler etc.) ergeben sich ca. 18.000 suizidgefährdete Jugendliche in Österreich.

Zu den Fragen 3a und 3b verweise ich auf die unter den nachstehenden Links verfügbaren Informationen:

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-10-192.pdf>

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-13-479.pdf>

Zu Frage 3c wird festgehalten, dass die Berichterstattung alleine über epidemiologische Zahlen nicht ausreicht, Suizidraten zu erhöhen. Wenn die Inhalte zusätzlich lösungsorientiert sind, wird dadurch sogar das Gegenteil erreicht und die Suizidraten sinken („Papageno Effekt“).

Fragen 4 und 5:

Die Suizidraten in Österreich sind seit den 1980er Jahren rückläufig - so auch in den Altersgruppen unter 25 Jahren.

Details dazu sind dem Bericht von Dr. N. Kapusta (2012) auf Seite 11 zu entnehmen. Darin wurde die Datenqualität, auch im internationalen Vergleich, sehr gut dargelegt. *N Kapusta (2012) – Aktuelle Daten und Fakten zur Zahl der Suizide in Österreich*
http://www.suizidforschung.at/statistik/suizide_oesterreich.pdf

In der Beilage sind die Zahlen (Absolutzahl der Suizide und Suizidrate pro 100.000 Einwohner/innen) für die Altersgruppen 10 bis 14 Jahre, 15 bis 19 Jahre und 20 bis 24 Jahre nach Bundesländern und für Gesamtösterreich dargestellt (Quelle: Statistik Austria, Berechnung und Darstellung: GÖG). Im analysierten Zeitraum war in Österreich kein Suizid in der Altersgruppe unter 10 Jahren zu verzeichnen.

Frage 6:

Die medikamentöse Behandlung stellt eine wichtige Behandlungsoption dar. Es muss aber sichergestellt werden, dass es ausreichend Möglichkeiten zur nichtmedikamentösen Behandlung gibt, die immer die Behandlung der ersten Wahl in der Kinder- und Jugendpsychiatrie darstellt. Darunter versteht man z.B. die Psychotherapie, die kinder- und jugendpsychiatrischen Gespräche, die Elternarbeit. Das soeben publizierte Update 2014 der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie widmet sich dem Thema gesundheitlicher Chancengerechtigkeit.

http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/0/7/7/CH1351/CMS1433931290209/kinder_jugendgesundheitsstrategie2014.pdf

In diesem Bericht sind im Ziel 15 – „Versorgung in ausgewählten Bereichen verbessern“ (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik, Neuropädiatrie, Sozialpädiatrie) eine Reihe von Maßnahmen, die sich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Belastungen widmen, verankert.

Detaillierte Informationen zu neuen Maßnahmen wurden im Update 2014 erfasst und sind der Maßnahmentabelle zu entnehmen:

http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/0/7/7/CH1351/CMS1433931290209/kinder_jugendgesundheitsstrategie_massnahmenuebersicht_2014_5.pdf

Frage 7:

Patient/inn/en (bzw. bei unmündigen Minderjährigen die Person, die mit der gesetzlichen Vertretung bei Pflege und Erziehung betraut ist; bei mündigen Minderjährigen sowohl diese als auch die Person, die mit der gesetzlichen Vertretung bei Pflege und Erziehung betraut ist, wenn diese Behandlung gewöhnlich mit einer schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder der Persönlichkeit verbunden ist) haben das Recht auf Aufklärung über die Diagnose sowie Behandlungsoptionen und müssen der Behandlung zustimmen (vgl § 173 ABGB, § 51 Abs. 1 Ärztegesetz 1998 und § 5a KAKuG). Diese Aufklärungsverpflichtung umfasst bei der Verordnung von Arzneimitteln auch die Aufklärung über die Wirkung sowie mögliche Nebenwirkungen, jedenfalls in einem Umfang, wie er für eine informierte Entscheidung erforderlich ist.

Daher sind jedenfalls die wesentlichen Elemente der Gebrauchsinformation zu kommunizieren, sofern nicht auf eine Aufklärung verzichtet wird.

Im Bereich des Krankenanstaltenrechts ist die Aufklärung in der Krankengeschichte zu dokumentieren. In beiden Fällen erfordert es jedoch keine Unterfertigung durch die/den Aufzuklärenden. Dies gilt auch im Bereich des Ärzterechts, wenn es um medizinische Aufklärung geht. Ich halte diese Regelung für ausreichend.



Dr.ⁱⁿ Sabine Oberhauser

Beilage

