

### Epidemiologie von Suizid und Suizidversuch[1]

Bettina Weinacker, Armin Schmidtke & Cordula Lühr

#### 1. Suizidhäufigkeit

In der Bundesrepublik Deutschland nahmen sich im Jahr 2000 8145 Männer und 2934 Frauen selbst das Leben. Die Suizidziffer (Suizide//100.000 Einwohner) betrug damit für 2000 für Männer 20,28 und für Frauen 6,97.

Im europäischen Vergleich liegen die Suizidziffern der Männer deutlich unter dem Mittelwert, die Suizidziffer der Frauen unterscheiden sich kaum vom Mittelwert.

Die 16 Bundesländer unterscheiden sich deutlich: bezogen auf die Flächenstaaten ließen sich die höchsten Suizidraten bei den Männern in den neuen Bundesländern Sachsen, Sachsen - Anhalt und Thüringen ermitteln. Bei den Frauen weisen Bayern, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein die höchsten Ziffern auf. Die niedrigsten Ziffern ließen sich sowohl für die Männer als auch für die Frauen in den Bundesländern Saarland und Nordrhein – Westfalen ermitteln.

Für die Altersverteilung der Suizidziffern findet sich für Deutschland immer noch das sogenannte „ungarische Muster“, d. h. die Suizidgefährdung nimmt mit dem Alter für Männer und Frauen signifikant zu (Abbildung 1). Aktuell sind 35% der Männer, die sich das Leben nehmen, über 60 Jahre, ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung beträgt dagegen nur 20%. Bei den Frauen sind 50% der Suizidenten über 60 Jahre, ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung beträgt dagegen nur 27%.

Seit Mitte der 70er Jahre nehmen die Suizidziffern der Männer und Frauen in Deutschland ab (Abbildung 2). Der abnehmende Trend betrifft alle Altersgruppen.

Es ist jedoch anzunehmen, dass gerade Suizide alter Menschen aufgrund der häufigen Verwendung eher „weicher“ Suizidmethoden (z. B. Über- oder Unterdosierungen der verschriebenen Medikation) nicht als solche erkannt werden und stattdessen eher der Kategorie der „unklaren Todesursachen“ zugeordnet werden (Schmidtke & Weinacker, 1991, 1994). Möglicherweise ist daher die Abnahme der Suizide in dieser Altersgruppe nicht so eindeutig, wie die statistischen Zahlen ausweisen.

Die Suizidmethode, die am häufigsten angewandt wurde, ist „Erhängen“. Sie betrug für Männer 57% und für Frauen 39%. Es folgt bei den Frauen die Methode „Vergiftungen“ mit 23% und bei den Männern mit 11%.

## 2. Suizidversuche

Zur Abschätzung der Suizidversuchshäufigkeit liegen keine offiziellen statistischen Angaben vor. Zwar wurden früher in einigen Bundesländern Daten von den Landeskriminalämtern gesammelt, aufgrund der Dunkelziffer ist die Reliabilität dieser Daten aber niedrig. Von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wurde 1985 im Rahmen des Gesundheitsprogramms „Health for All by the Year 2000; HFA 2000“ ein Projekt zur Erfassung möglichst wirklichkeitsgetreuer Suizidversuchsraten in Europa initiiert (Schmidtke, 1989). Die WHO-Stichprobe für Deutschland wurde in Würzburg Stadt und Land erfasst.

Die auf der Basis dieser Stichprobe geschätzten Suizidversuchsziffern für Deutschland für die Bevölkerung 15 Jahre und älter betragen für das Jahr 2001 für Männer 108/100.000 und für die Frauen 131/100.000 (vorläufige Zahlen).

Die Altersverteilung der Personen mit Suizidversuchen ist der der Suizide entgegengesetzt. Die höchsten Raten sind für die jüngeren Altersgruppen, besonders bei den weiblichen Jugendlichen und jungen Frauen zwischen 15 und 30 Jahren, zu ermitteln (Abbildung 3; vgl. z.B. Schmidtke et al., 1996a, b).

Seit 1989 bewegen sich die Zahlen in den Bereichen zwischen 55/100.000 (1992) und 122/100.000 (1996) bei den Männern und zwischen 83/100.000 (1990) und 152/100.000 (1993) bei den Frauen. Über den 10 Jahre umfassenden Erfassungszeitraum zeigt sich ein leicht ansteigender Trend (etwa ein Drittel).

Nach wie vor zeigt sich, dass früheres suizidales Verhalten ein bedeutsamer Prädiktor für weiteres suizidales Verhalten darstellt, v.a. innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Suizidversuch (vgl. z.B. Diekstra, 1992). In der WHO-Studie ließ sich über den gesamten untersuchten Zeitraum ermitteln, dass 38% der Männer und 46% der Frauen mehr als einen Suizidversuch unternommen hatten. Bei fast der Hälfte der Personen lag die Zeit zwischen zwei Suizidversuchen unter zwölf Monaten.

Bei den Suizidversuchsmethoden überwiegen insgesamt „weiche“ Methoden (Vergiftungen) mit 59% der Männer und 78% der Frauen (WHO-Studie). An zweiter Stelle folgt die Methode „schneidende/stechende Gegenstände“ (Männer 23%; Frauen 14%).

Die vom Behandler beurteilte Intention des Suizidversuchs kovariiert signifikant mit dem Alter (Schmidtke et al., 1994).

Während in den jüngeren Altersgruppen bei beiden Geschlechtern mehr Suizidversuche nach der Klassifikation von Feuerlein (1971) als „parasuizidale Pause“ oder „Geste“ beurteilt werden, werden bei den älteren Personen signifikant mehr suizidale Handlungen als „Suizidversuch im engeren Sinne“ beurteilt. Männer unternehmen dabei mehr „Suizidversuche im engeren Sinn“ als Frauen.

Das Risiko, suizidale Handlungen zu unternehmen, ist bei verschiedenen psychiatrischen Störungen deutlich erhöht (Clark & Fawcett, 1992; Fricke et al.,

1995). In der WHO-Studie wurde eine Diagnose in 79% der Fälle erhoben. Bei den übrigen Patienten lag entweder keine psychiatrische Erkrankung vor oder die Patienten wurden von einer Person exploriert, die keine psychiatrische Diagnose stellte.

Die häufigsten Diagnosen, die bei Personen mit Suizidversuch gestellt wurden, waren bei Männern „Anpassungsstörungen“ (23%), „affektive Psychosen“ (17%) und Suchterkrankungen (15%). Bei den Frauen waren die am häufigsten gestellten Diagnosen ebenfalls „Anpassungsstörungen“ (22%) und „affektive Psychosen“ (20%). Die dritthäufigste Diagnosegruppe bildeten die „Neurosen und Persönlichkeitsstörungen“ (19%).

Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen sind besonders gefährdet, mehrere Suizidversuche zu unternehmen (Asnis et al., 1993; Petronis et al., 1990). Auch in der WHO-Studie findet sich der höchste Prozentsatz an mehrfachen Suizidversuchen in der Gruppe der Patienten mit schizophrenen Psychosen. Aber auch bei Patienten mit affektiven Psychosen, mit einer Suchtdiagnose und bei Neurosen und Persönlichkeitsstörungen findet sich ein erhöhtes Risiko für wiederholte Suizidversuche. Bei Patienten mit akuten Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen findet sich dagegen häufiger nur ein Suizidversuch, der vermutlich oft zu dieser Diagnose geführt hat.

Bei Personen, die Indikatoren sozialer Instabilität aufweisen, besteht ein erhöhtes Risiko für suizidale Handlungen, wie epidemiologische Befunde in Deutschland und auch in anderen europäischen Staaten (Kerkhof et al., 1994) ergaben. So findet sich ein erhöhtes Risiko für Geschiedene und Alleinlebende, sowie bei Personen nach einem Zusammenbruch der sozialen Infrastruktur (Diekstra, 1989). Die Ergebnisse der WHO-Studie ergaben in der Gruppe der Personen mit Suizidversuch, dass 51% der Männer und 47% der Frauen nie verheiratet waren. Geschieden und getrennt Lebende machten zusammen bei den Männern nur noch 14% und bei den Frauen nur noch 17% aus. Verheiratete waren bei den Männern und Frauen jeweils zu 29% betroffen.

Ein ähnliches Ergebnis ergibt sich auch, wenn die Haushaltszusammensetzung zum Zeitpunkt des Suizidversuches überprüft wird. Ein nicht unerheblicher Anteil von Personen lebt zum Zeitpunkt des Suizidversuchs nicht sozial adäquat integriert. Rund ein Viertel der Personen lebt allein, 5% der Männer und Frauen leben in einer Institution.

Vergleicht man die Haushaltszusammensetzung zum Zeitpunkt des Suizidversuches mit der üblichen Lebenssituation, so finden sich bei 14% der Männer und 9% der Frauen vor dem Suizidversuch ein Wechsel der Situation, oft von einer integrierten Form zu einer nicht integrierten Form wie z.B. ein Wechsel vom Zusammenleben in der Familie zum Alleinleben.

In der WHO-Studie wurde auch ermittelt, dass knapp 70% der erfassten Personen im Stadtgebiet (Würzburg) wohnten, obwohl die Stadtbevölkerung nur die Hälfte des Erfassungsgebietes ausmacht.

Suizidversuche sind in den unteren Schichten häufiger zu finden (Arensman et al., 1995; Hawton et al., 1994). Dies zeigen auch die Ergebnisse der WHO-Studie. Im

Vergleich zur Gesamtbevölkerung sind Personen mit niedriger Schulbildung sowie Personen ohne Berufsbildung bzw. niedriger Berufsausbildung überrepräsentiert. Bei diesen Befunden ist allerdings zu bedenken, dass die Angehörigen der unteren Schichten häufiger hospitalisiert werden, und Suizidhandlungen in der Oberschicht häufiger kaschiert werden können (Heinrich, 1980).

Ein weiterer Risikofaktor für suizidales Verhalten ist Arbeitslosigkeit (Kerkhof, et al., 1994). In der WHO-Studie waren 18% der Männer und 9% der Frauen, die einen Suizidversuch unternahmen, zu diesem Zeitpunkt arbeitslos.

### 3. Diskussion

Die Zahl der Menschen, die sich in der Bundesrepublik jährlich selbst das Leben nimmt, ist immer noch deutlich höher als die der Verkehrstoten

Im europäischen Vergleich liegen die Suizidziffern Deutschlands im Mittelbereich. Innerhalb Deutschlands zeigt sich vor allem bei den Männern ein deutlicher Ost-West-Gradient, mit traditionell erhöhten Suizidziffern in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. Aufgrund der niedrigeren Absolutzahlen schwankt die Länderverteilung bei Frauen stärker. Sachsen-Anhalt, Bayern und Schleswig-Holstein weisen bei den Flächenstaaten die höchsten weiblichen Suizidraten auf. Diese Unterschiede sind nicht auf unterschiedliche Altersstrukturen zurückzuführen (Schmidtke & Weinacker, 1994).

Für die einzelnen Altersgruppen ist festzustellen, dass Suizide bei Kindern sehr selten sind, bei Jugendlichen und jüngeren Erwachsenen waren und sind sie nach Unfällen jedoch die häufigste Todesursache (Hasselkus, 1988; Schmidtke et al. 1996b).

Suizide im Alter sind wesentlich häufiger als in den jungen Altersgruppen, wenn auch der prozentuale Anteil an den Gesamttodesursachen zurückgeht. Die Suizidziffern folgen somit in der Bundesrepublik nach wie vor dem sogenannten „ungarischen“ Muster, d.h. für die alten Altersgruppen ist ein wesentlich höheres Suizidrisiko als für die jüngeren festzustellen.

Durch die Veränderung der Alterspyramide und des dadurch zu erwartenden weiteren Ansteigens des Anteils älterer Altersgruppen werden die Absolutzahlen von Suiziden älterer Menschen mit hoher Wahrscheinlichkeit zunehmen, auch wenn sich innerhalb der einzelnen Altersgruppen das Suizidrisiko nicht ändert. Es sollten daher entsprechende Suizidpräventionsmaßnahmen für diese Altersgruppe gefördert werden (vgl. Diekstra, 1992; McIntosh, 1992).

Im Vergleich zum Beginn der 70er Jahre sind die offiziellen Suizidziffern für die Gesamtbevölkerung und die meisten Altersgruppen in den letzten Jahren zurückgegangen, obwohl eine längere Lebenserwartung zu berücksichtigen ist (Kuratorium Deutsche Altershilfe, 1989). Diese Veränderungen sind jedoch nur vorsichtig zu bewerten. Bei den jüngeren Altersgruppen kann man z.B. annehmen, dass sich unter den Drogentoten ein nicht unerheblicher Anteil von Suiziden

versteckt. Dies betrifft aufgrund der Alters- und Geschlechtsverteilung der Drogentoten vermutlich besonders jüngere Männer (Kreuzer et al., 1981).

Außerdem sind die Abnahmen der Suizidziffern vor allem im Alter aufgrund von Veränderungen der Todesursachenklassifikation vorsichtig zu bewerten. Die Abnahme der Suizidziffern gehen nämlich mit einem Ansteigen der „unklaren Todesursachen“ einher (Schmidtke & Weinacker, 1991, 1994).

Vergleicht man die Suizidversuchsraten mit anderen europäischen Centers, so liegt das deutsche Erfassungsgebiet im unteren Drittel (Schmidtke et al., 2002c).

Die Altersverteilung der Personen mit Suizidversuchen ist der der Suizide entgegengesetzt. Die höchsten Raten sind für die jüngeren Altersgruppen, besonders die weiblichen Altersgruppen zwischen 15 und 30 Jahren, zu ermitteln (vgl. z.B. Schmidtke et al., 1996a,b, 2002c).

Soziale Instabilität und Armut sind nach Befunden in verschiedenen Ländern – auch Deutschland - bedeutende Risikofaktoren für suizidales Verhalten (vgl. z. B. Arensman et al., 1995; Breitmaier et al., 1986; Diekstra, 1989; Haberhauer & Fries, 1991; Häfner, 1998; Kerkhof et al., 1994; Möslers, 1992; Möslers et al., 1991; Petronis et al., 1990; Welz, 1979, 1981, 1982; Schmidtke et al., 2002a).

Personen, die einen Suizidversuch unternommen haben, leben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung häufiger in der Stadt als auf dem Land. Die Suizidversuchsraten von geschiedenen und ledigen Personen sind deutlich höher als die von verheirateten, gefährdet sind eher Personen mit niedriger Schul- und Berufsausbildung sowie Arbeitslose.

Ein weiterer bedeutender, wenn nicht der bedeutendste Risikofaktor für die Durchführung suizidaler Handlungen ist eine psychische Erkrankung. Clark und Fawcett (1992) weisen darauf hin, dass Suizide bei Personen ohne psychische Störungen selten seien. Insbesondere bei affektiven und schizophrenen Psychosen sowie bei chronischem Alkoholismus findet sich ein hohes Suizidrisiko. Bei Personen die einen Suizidversuch unternahmen, finden sich häufiger nicht-psychotische Störungen wie Neurosen und Persönlichkeitsstörungen, aber auch bei affektiven Psychosen ist das Suizidversuchsrisiko erhöht (Dyck, et al., 1988). Dafür sind vermutlich mehrere Faktoren verantwortlich, Risikofaktoren aufgrund der Krankheit selbst, aber auch Folgeerscheinungen im sozialen Bereich (zus. Schmidtke, 1988).

Frühere suizidale Handlungen sind auch ein wesentlicher Risikofaktor für weitere Suizidversuche und Suizid (Rygnestad et al., 1992). Auch in der WHO-Studie hat ein nicht unerheblicher Prozentsatz von Personen mehr als einen Suizidversuch unternommen (in der Vergangenheit oder während des Erhebungszeitraumes), bei etwa der Hälfte der Personen lag die Zeit zwischen zwei Suizidversuchen unter zwölf Monaten. Im Vergleich zu Befunden aus den achtziger Jahren (Schmidtke et al., 1988) nehmen die Wiederholungsraten ab. Möglicherweise liegt dies an der Verbesserung der Versorgung (Schmidtke et al., 2002b)