

AUS DER KLINIK UND POLIKLINIK FÜR PSYCHIATRIE UND
PSYCHOTHERAPIE
(DIREKTOR UNIV.-PROF. DR. MED. HARALD J. FREYBERGER)
DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER ERNST-MORITZ-ARNDT-UNIVERSITÄT GREIFSWALD

EPIDEMIOLOGISCHE UNTERSUCHUNG DER SUIZIDALITÄT IN DER
HANSESTADT STRALSUND UND DEREN UMGEBUNG IM ZEITRAUM
1987 – 1992

INAUGURAL – DISSERTATION
ZUR
ERLANGUNG DES AKADEMISCHEN
GRADES
DOKTOR DER MEDIZIN
(DR. MED.)
DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER
ERNST-MORITZ-ARNDT-UNIVERSITÄT
GREIFSWALD
2003

VORGELEGT VON:
Andreas Krüger
geb. 15.10.1962
in Eisenach

Dekan: Prof. Dr. rer. nat. H. K. Kroemer

1. Gutachter: Prof. Dr. med. H. Freyberger

2. Gutachter: Prof. Dr. med. D. Schläfke

Ort, Raum: Universität Greifswald, Sauerbruchstrasse

Hörsaal Nord – Neues Klinikum

Tag der Disputation: 14.04.2004

Inhaltsverzeichnis

1.	Gegenstand der Arbeit	1
1.1.	Begriffsbestimmung Suizid, Suizidalität	2
1.2.	Gesellschaftliche und soziale Dimension des Suizids	9
1.3.	Suizide in Deutschland: Vergangenheit und Gegenwart; alte und neue Bundesländer	12
1.3.1.	Alters- und Geschlechtsverteilung	15
1.3.2.	Suizidmethoden	15
1.4.	Problemdiskussion zur statistischen Erfassung des Materials	18
1.5.	Fragestellung und Hypothesen	22
2.	Material und Methoden; Erhebungsinstrumente und Untersuchungsverfahren	24
3.	Ergebnisse; Suizide 1987 – 1992 in Stralsund	30
3.1.	Alters- und Geschlechtsverteilung	30
3.2.	Alters- und Geschlechtsverteilung in den Altersgruppen	31
3.3.	Familienstand	45
3.4.	Sozialer Status	46
3.5.	Tötungsarten	49
3.6.	Territoriale Zuordnung zu den Stadtgebieten der Hansestadt Stralsund	54
3.7.	Begleitumstände	55
3.7.1.	Psychiatrische Vorerkrankungen	55
3.7.2.	Vorausgegangene suizidale Handlungen und Suizidversuche	56
3.7.3.	Ankündigung	56
3.7.4.	Abschiedsbrief	57
3.7.5.	Suchtmittelmissbrauch, Alkoholismus	57

3.8.	Handlungsorte	57
3.9.	Jahres- und tageszeitliche Bedingungen	58
3.10.	Motive	60
3.11.	Vergleich der erfassten Daten zu den Suizidraten im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern und der Bundesrepublik Deutschland im untersuchten Zeitraum	62
4.	Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse	68
5.	Suizidprophylaxe	73
6.	Literatur	75
7.	Anhang	
	Eidesstattliche Erklärung	82
	Danksagung	83
	Lebenslauf	84

1. Gegenstand der Arbeit

Gegenstand der Arbeit ist die epidemiologische Analyse der Suizidraten in der Hansestadt Stralsund im Zeitraum von 1987 – 1992. Die Analyse umfasst die Betrachtung aller im Zusammenhang mit den Suiziden zur Verfügung stehenden Daten wie Alters- und Geschlechtsverteilung, Familienstand, sozialer Status, Tötungsart, Handlungsort, Vorerkrankungen – insbesondere psychiatrischer Natur – sowie Begleitumstände wie Ankündigung, Abschiedsbrief und Suchtmittelmissbrauch im Zusammenhang mit der suizidalen Handlung. Ziel ist, die Suizidraten – auch im Vergleich auf der Ebene des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern und im Vergleich mit den alten und neuen Bundesländern über den untersuchten Zeitraum – unter den Bedingungen der gesellschaftspolitischen Wendezeit zu analysieren.

Die Art dieser epidemiologischen Analyse ist angelehnt an den bereits von Durkheim (1997) geprägten Begriff des „anomischen Suizids“. Dieser beinhaltet die Betrachtung suizidaler Handlungen unter dem Gesichtspunkt gesellschaftlicher Veränderung mit dem Entstehen neuer Wertesysteme ohne gesellschaftlich determinierte Wertorientierung (Durkheim 1997; Neeleman 1990).

Aus der Analyse der Daten ist eine These zum Umgang mit den Suizidhandlungen im betrachteten territorialen Gebiet, auch unter Berücksichtigung für die praktische Umsetzung zur Suizidprophylaxe, abzuleiten.

1.1. Begriffsbestimmung Suizid, Suizidalität

Unter **Suizid** versteht man die absichtliche Selbsttötung infolge einer suizidalen Handlung. Diese wird nicht immer mit der festen Intention, aus dem Leben zu gehen verbunden, sondern ist meist nur ein Ausdruck des Wunsches nach einer Pause im Leben oder nach vorübergehender Distanzierung von den Problemen des Alltags (Barnow et al. 2000; Wiemann 1993). Insofern ist der Suizid nicht immer eine logische Folge einer suizidalen Handlung. Der Suizid ist die vollendete Handlung der Selbsttötung. Davon abzugrenzen ist der so genannte **Parasuizid**, unter dem eine suizidale Handlung ohne sichere Selbsttötungsabsicht als Ausdruck des Hilfeersuchens oder dem Wunsch nach Ruhe und einer Pause im Leben mit Distanzierung von den, die suizidalen Gedanken produzierenden Problemen, verstanden wird (Barnow 2000; Ringel 1953, Wiemann 1993). Dies schließt nicht aus, dass derartige Parasuizide auch tödlich verlaufen können.

Andererseits sind 90 % aller suizidalen Handlungen als Parasuizide zu werten. Definiert wird der Parasuizid durch selbstintiiertes Handeln, gewolltes Verhalten eines betroffenen Patienten, der sich verletzt oder eine Substanz in einer Menge nimmt, die die therapeutische Dosis oder sein gewöhnliches Konsumniveau übersteigt, und von welcher er glaubt, sie sei pharmakologisch wirksam.

Als **erweiterter Suizid** wird das Miteinbeziehen von anderen Personen in den Handlungsverlauf verstanden. Darüber hinaus gibt es verschiedenste **Sonderformen des Suizides**, so z. B. die des Doppelsuizides und des Massensuizides, z. B. infolge religiösen Fanatismus (Neelemann 1990).

In der Literatur wird zunehmend unter dem direkten und dem indirekten suizidalen Verhalten unterschieden. Direktes suizidales Verhalten entspringt einem unmittelbar zerstörerischen Verhalten, dem drei Erscheinungstypen – Suizidgedanken, Suizidversuche, vollendeter Suizid – eigen sind. Indirektes zerstörerisches Verhalten ist gekennzeichnet durch bewusstes Eingehen gefährlicher Situationen mit der Kenntnis um die möglichen, lebensverkürzenden Konsequenzen. Dieser Prozess beinhaltet Verhaltensweisen, die durch Selbstentwertung und Selbstverleugnung gekennzeichnet sind und in hohem Maße Selbstverletzungen einschließen (Durkheim 1997). Die Auswirkungen eines solchen Verhaltens können sofort, zum Beispiel bei der Ausübung risikoreicher Sportarten, oder kumulativ und verzögert durch Rauchen, Trinken, Drogenmissbrauch, übermäßiges Essen sowie durch das Nichteinhalten ärztlicher Ratschläge auftreten (Farberow 1994; Wenglein 1996).

Die Beziehungen der betreffenden Personen zum latent suizidalen Verhalten werden in diesem Zusammenhang meist nicht wahrgenommen oder bewusst negiert.

Daraus ergibt sich die Frage nach der Charakterisierung der Suizidalität. Allgemein kann man Suizidalität als Lebensmüdigkeit und dem Wunsch zu sterben beschreiben. Dieses Verhalten beinhaltet sowohl suizidale Ideen als auch suizidale Handlungen (Barnow et al. 2000; Ringel 1953).

Historisch gesehen gibt es verschiedenste Ansatzpunkte. Ringel (1953) betrachtete Suizidalität als Abschluss einer abnormen seelischen Entwicklung.

Neuere Definitionen gehen von einer gestörten Selbstwertentwicklung aus, welche in einer „narzisstischen Krise“ gipfelt (Freyberger et al. 1996). Soziologische Modelle widerspiegeln gesellschaftlich determinierte Bedingungen. Hierbei spielt der Begriff des anomischen Suizids, der bereits oben erwähnt wurde, eine zentrale Rolle.

Ringel (1953) geht in seinen Betrachtungen von einer suizidalen Entwicklung – dem so genannten „präsuizidalen Syndrom“ aus. Dieses beinhaltet drei Faktoren: die zunehmende Einengung der persönlichen Möglichkeiten, die gehemmte, gegen sich gerichtete Aggression sowie die Selbstmordphantasien.

Andere Autoren (Haenel und Pöldinger 1986) beschreiben 3 Phasen der Suizidentwicklung. Es handelt sich dabei um die erste Phase, die Erwägung. Der Name charakterisiert das Merkmal, da in dieser Phase suizidale Absichten als Lösung von Problemsituationen unter Mitwirkung suggestiver Momente in Form der Einflussnahme von z. B. Medien eine Rolle spielen. Die zweite Phase, die Ambivalenz, ist durch das Konkurrieren von selbstzerstörerischen Aspekten mit Lösungsstrategien gekennzeichnet. Die dritte Phase, die Entscheidung, ist durch den Entschluss, die Handlung zu realisieren, charakterisiert. Sicher jedoch ist, dass Suizidalität kein statischer Zustand ist, sondern ein sich entwickelnder Prozess, der nicht verallgemeinert werden kann, jedoch typische, reproduzierbare und somit erkennbare Wesensmerkmale aufweist.

Es gibt derzeit zwei ätiologische Modelle zur Betrachtungsweise der Suizidalität. Bei dem „Krisenmodell“ geht man nicht von einer psychischen Erkrankung im eigentlichen Sinn aus, sondern von einer Belastungsreaktion im Rahmen einer psychosozialen Krise. Beim Krankheitsmodell besteht ein enger Zusammenhang zwischen

Suizidalität und der Entwicklung einer psychischen Erkrankung oder aus deren Konsequenz heraus (Barnow et al. 2000; Freemann 1995; Kendler 1993).

Beide Modelle sind nicht vollständig voneinander abzugrenzen. Dies ergibt sich aus der Tatsache, dass bei dem Krisenmodell davon ausgegangen wird, dass ein bis dato anpassungsfähiger, seine Probleme adäquat lösender Mensch in seiner Entwicklung an einem Punkt angelangt ist, an dem diese Lebensstrategien versagen und mit dem Zusammenbrechen äußerer stabilisierender Faktoren suizidale Gedanken und Handlungsweisen entstehen. Dies gipfelt häufig in Angst, Wut, depressiven Episoden oder dysphorischen Verstimmungen. Die Entwicklung einer psychisch destabilisierenden Erkrankung ist somit gegeben und der Boden hierfür bereitet. Beim Krankheitsmodell wird von der primären Entwicklung von Depressionen, Alkoholismus oder schizophrenen Erkrankungen ausgegangen.

Von unumstrittener Bedeutung ist hierbei der immer wieder beschriebene Zusammenhang zwischen dem Vorliegen psychischer Erkrankungen und dem erhöhten Risiko der Suizidalität. Untersuchungen zum Nachweis eines solchen Zusammenhangs erweisen sich immer – wie auch in der vorliegenden Analyse – als schwierig und lückenhaft, da Fremdanalysen und Statistiken Grundlage für einen derartigen Nachweis bilden. Allgemein wird jedoch mit dem heutigen Wissensstand davon ausgegangen, dass bei 90 % aller Suizide psychiatrische Erkrankungen bekannt oder eine solche Diagnose nachträglich gestellt wurde (Freyberger et al. 1996; Mauerer & Wolfersdorf 2000; Roy 1982).

Häufigste psychiatrische Erkrankung hierbei ist mit 40 – 60 % die Depression, deren Lebenszeitprävalenz in Deutschland bei 20 – 25 % der Bevölkerung liegt (Struck 2000). Bezogen auf die Lebenszeitprävalenz sterben somit 15 % der Personen mit rezidivierenden depressiven Erkrankungen durch Suizid. Zweithäufigste Erkrankung ist der Alkoholismus, sowohl als primär auslösender Faktor in Form der Alkoholkrankheit als auch als Begleitumstand bei psychischen Erkrankungen oder suizidaler Handlung schlechthin. Die Häufigkeit der Suizidalität bei schizophrenen Erkrankungen liegt bei ca. 10 %.

Einige Erkrankungen bzw. Begleitumstände verhalten sich bei der Entwicklung der Suizidalität additiv bzw. superadditiv. Patienten mit Depressionen, die familiär mit Alkoholismus belastet sind, weisen im Vergleich zu anderen Patienten mit Depressionen erhöhtes Suizidrisiko auf (Wolfersdorf & Kaschka 1995).

Einen Überblick über den Anteil von Patienten mit psychiatrischen Vorerkrankungen am Gesamtsuizidgeschehen gibt die Tabelle 1.

Tabelle 1

Anteil der Suizide in verschiedenen diagnostischen Gruppen:

(nach Freyberger et al. 1996)

Diagnostische Gruppe	Anteil %
Alkoholabhängigkeit	10 – 17 %
Depressive Störungen	15 – 20 %
Schizophrenie	8 – 12 %
Persönlichkeitsstörungen	5 – 10 %
Angst- u. Panikerkrankungen	8 – 16 %

Insgesamt besteht für psychisch erkrankte Patienten ein 12-mal höheres Suizidrisiko als für Patienten mit somatischen Erkrankungen.

Diese Tatsache darf jedoch nicht zu der Vermutung Anlass geben, dass fast ausschließlich psychisch erkrankte Menschen suizidal werden oder handeln. Tatsache ist vielmehr, dass Suizidalität – angelehnt an die moderne Definition des Suizids – grundsätzlich als allen Menschen multifaktoriell bedingtes und komplexes Verhalten anzusehen ist.

Daraus ergibt sich auch die Tatsache, dass die WHO in den „six basic steps for the prevention of suicide“ die Behandlung psychisch Kranker an erste Stelle gestellt hat (Wolfersdorf & Mauerer 2000; Schmidtke et al. 1996).

Grundlage für das Erkennen der Entwicklung des Suizidalität und somit in der Endkonsequenz ihrer Behandlung ist die Suizidforschung. Diese konzentriert sich heute im Wesentlichen auf drei Schwerpunkte.

Die erste Forschungsrichtung der Suizidologie umfasst die epidemiologische Analyse auf Grundlage der Betrachtung des Verlaufes von Suizidzahlen und Suizidversuchszahlen verschiedener Gruppen mit unterschiedlichen Merkmalen wie Alter, Geschlecht, soziale Merkmale, Kulturen etc. (Coid 1983; Schmidtke & Weinacker 1994; Schmidtke 1992).

Die zweite Betrachtungsweise der Suizidologie ist die neurobiochemische Analyse, in deren Mittelpunkt die so genannte Serotonin-Defizit-Hypothese steht (Wolfersdorf & Mauerer 2000; Coccaro et al. 1989; Gastpar 1988; Apter et al. 1993; Träskman et al. 1981).

Die dritte Säule der Suizidforschung ist deren klinisch-psychiatrische Betrachtungsweise, die sich auf o.g. Risikogruppen richtet und somit überwiegend präventiven Charakter besitzt. Sie beinhaltet z. B. den Umgang mit Problemgruppen und die Diskussion um den Stellenwert der Pharmakotherapie und der Psychotherapie sowie die Betrachtung der Psychodynamik suizidaler Entwicklung und Verhaltens.

Psychobiologisches Modell des Suizids

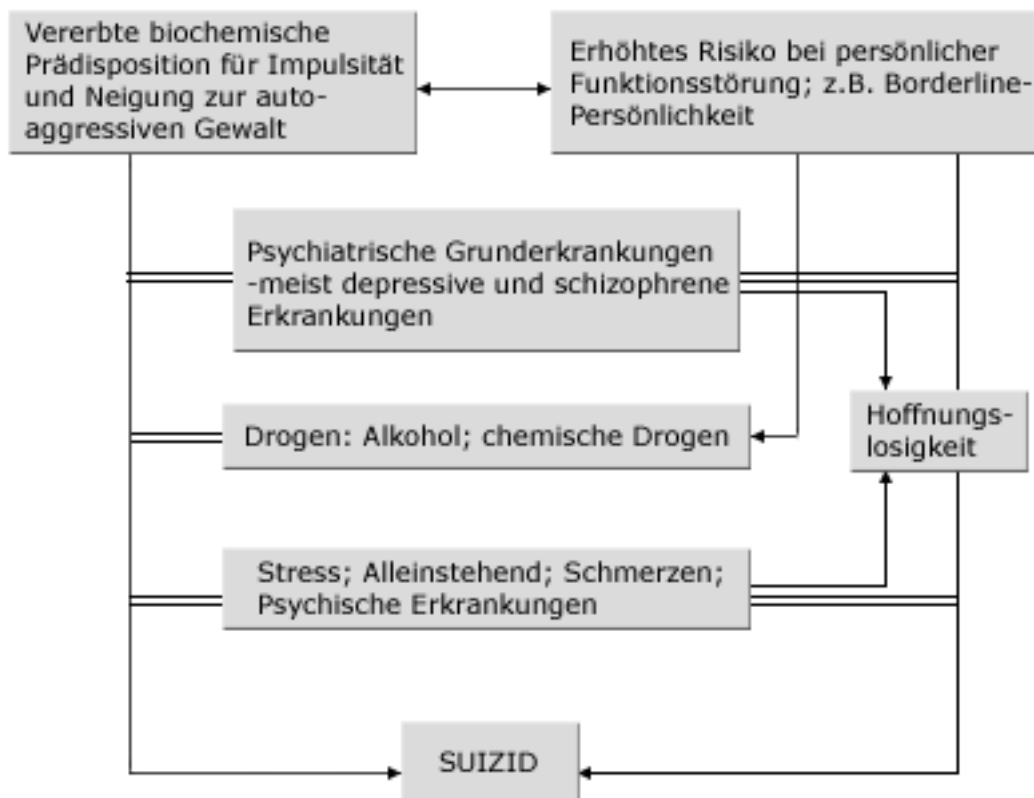


Abbildung 1: nach Mann; Stanley 1986

Die Abbildung 1 gibt einen Überblick über das von Mann und Stanley (1986) postulierte biochemische Modell des Suizids unter Berücksichtigung prädisponierender Faktoren und additiv wirkender Begleitumstände.

1.2. Gesellschaftliche und soziale Dimension des Suizids

Die Erfassung von Suizidversuchen und suizidaler Handlungen einschließlich der Erstellung von Statistiken gehört allgemein zu den ältesten Untersuchungsobjekten epidemiologischer Forschungen. Nach Häfner (1989) sind Suizide „das singuläre Beispiel eines psychiatrisch abweichenden Verhaltens, dessen Häufigkeit über lange Zeiträume hin in Abhängigkeit von Veränderungen der Bevölkerung und ihrer Umwelt zuverlässig untersucht werden kann.“ In den einzelnen Ländern gibt es unterschiedlich genaue Angaben zu entsprechenden Statistiken. Dies ist durch allgemein reproduzierbare Fehler bei der epidemiologischen Erfassung des Zahlenmaterials einerseits und andererseits durch differenzierte Wertanschauungen und sozioökonomische Bedingungen unter Berücksichtigung religiöser Besonderheiten bedingt (Neelemann 1990; Marusic 1998; Kondrichin 1998; Goldney 1998; Schmidtke & Weinacker 1994). Daher erfährt der Suizid auch unterschiedlichste Wertungen.

Allgemein kann festgestellt werden, dass in streng religiösen – insbesondere katholischen Ländern, deren Lehren die Selbstvernichtung verbieten, eine vergleichsweise niedrigere Suizidrate vorherrscht. Dies ist ebenso gültig für die islamische Weltanschauung, in welcher der Suizidversuch bereits als Straftat gilt und dem suizidalen Täter gesetzliche wie religiöse Sanktionen erwarten (Murad 1998). Nicht zu unterschätzen sind, unabhängig welche Religion die Vorherrschende ist, die Möglichkeit einer erheblichen Dunkelziffer: zum einen durch Verschweigen der wahren Todesursache, zum anderen durch allseits reproduzierbare objektive und subjektive Fehlerquellen bei der epidemiologischen Erfassung der Daten (Schmidtke 1991; Wiemann 1993; Schmidtke 1992; Wiegand 1987).

Interessant ist die Abhängigkeit der Suizidraten von ökonomischen und sozialen Veränderungen, in deren Folge sowohl die Motive modifiziert als auch die Grundlagen für bestimmte Formen suizidaler Handlungen verändert werden können.

So kam es beispielsweise in den 60iger und 70iger Jahren in England und Wales zu einem signifikanten Rückgang der Suizidhäufigkeit, da die Gasversorgung umgestellt wurde und das Hausgas detoxifiziert wurde (Wedler et al. 1993). Ein ähnliches Phänomen wurde in China mit Einführung der Agrarreform in den frühen 80iger Jahren beschrieben, als eine Zunahme der Selbstmordrate durch Einnahme von Insektiziden beobachtet werden konnte (Zhao-Xiong 1998).

Sicher ist, dass in ökonomischen Entwicklungsländern wie z. B. Indien, Pakistan ein überproportionaler Anstieg von Suiziden zu verzeichnen ist (Murad 1998; Wagle et al. 1999), der den Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Bedingungen und der Suizidrate deutlich belegt. In industriell hoch entwickelten Ländern gibt es relativ zuverlässige Daten der epidemiologischen Erfassung. Hier spielen eher die noch zu erläuternden Polarisierungen in den Altersgruppen als auch der Wandel der Methoden der Selbsttötung einschließlich der Erforschung der Motivation derartiger Handlungen im Sinne der Suizidprävention eine Rolle.

Ebenso Gegenstand epidemiologischer Untersuchungen sind Zusammenhänge zwischen der Rate von Gewaltverbrechen und der Suizidrate, wobei hier eine umgekehrte Proportionalität besteht (Coid 1983). Andere Untersuchungen befassen sich mit der Vermittlung von Selbstmordmotivationen durch Modellwirkungen. In diesem Zusammenhang spielen „Selbstmordepidemien“ nach Medienberichten („Werther-Effekt“) oder an bestimmten Handlungsorten

(Golden-Gate-Bridge San Franzisko), ebenso im Umfeld suizidaler und psychiatrisch kranker Patienten (um 4-fach erhöhte suizidale Handlungen) als so genannte Imitationseffekte eine bedeutende Rolle bei der Betrachtung der Zunahme oder Abnahme suizidaler Handlungen.

Eine interessante Arbeit bieten hierzu Häfner und Schmidtke (1986). Die Autoren untersuchten den Anstieg der Suizidziffern nach der Ausstrahlung der Fernsehserie „Tod eines Schülers“ in den Jahren 1981 und 1982. In dieser Arbeit scheint erstmalig der Nachweis eines kausalen Zusammenhanges zwischen einer Modellvermittlung und der wirklich angestiegenen Anzahl von Suiziden in der untersuchten Altersgruppe – trotz unterschiedlichster Interpretationsmöglichkeiten – gelungen.

Diese Aspekte zeigen, wie facettenreich und vielschichtig das Problem der epidemiologischen Forschung auf dem Gebiet der Suizidalität sich darstellt. Die Aufwertung dieser Analysen ist nicht zuletzt ein Resultat der Tatsache, dass in den frühen 70iger Jahren die Weltgesundheitsorganisation die Suizidalität als ernst zu nehmendes Problem, insbesondere bei der Entwicklung und der Aufdeckung von Ressourcen zur Primär- und Sekundärprävention erkannt hat und in 13 europäischen Ländern – einschließlich der Region Würzburg in der Bundesrepublik Deutschland – eine multizentrische Studie veranlasst hat.

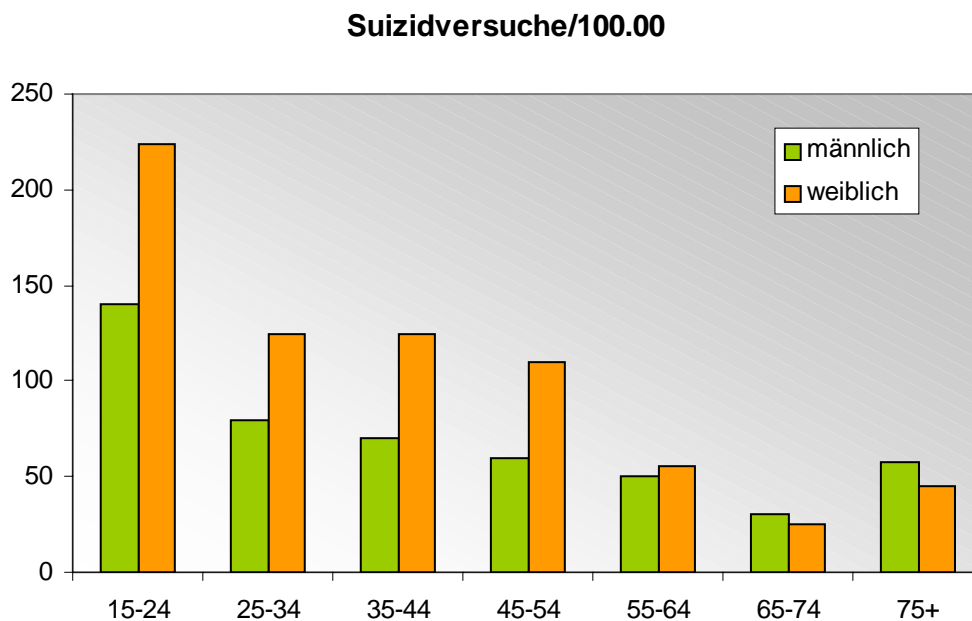
1.3 Suizide in Deutschland: Vergangenheit und Gegenwart; alte und neue Bundesländer

In Deutschland gehört der Suizid zu den zehn häufigsten Todesursachen. Das heißt, dass jährlich 11 – 12 Tausend Menschen durch Selbsttötung sterben, alle 45 Minuten ein Mensch. Es wird geschätzt, dass auf einen Suizid ca. 20 – 30 Suizidversuche kommen (Remschmidt 1982). Davon werden jährlich in etwa 100.000 stationär behandelt und man geht im allgemeinen davon aus, dass die gleiche Anzahl ambulant – sowohl fachärztlich als auch hausärztlich – betreut wird (Mauerer & Wolfersdorf 2000). Damit liegt die Zahl weit über der Zahl der Verkehrstoten, die soziale und medizinische Relevanz, sich mit diesem Thema ernsthaft auseinanderzusetzen, wird somit mehr als deutlich.

Als Grundlage epidemiologischer Statistiken zur Suizidhäufigkeit dient allgemein die amtliche Todesursachenstatistik. In der Bundesrepublik werden die Suizidzahlen zentral über die statistischen Landesämter gesammelt und dienen der Effektivitätsprüfung präventiver Maßnahmen und der Primär-, und Sekundär- und Tertiärprophylaxe. Die Suizidziffer bezieht sich jeweils auf 100.00 Einwohner und macht einen relativ genauen Überblick im Vergleich der einzelnen Bundesländer, als auch international möglich (Schmidtke 1984; Boelle et al. 1999; Mauerer 2000; McIntosh 1992). Da hieraus nicht unmittelbar ausreichend Daten zur Suizidhäufigkeit abgeleitet werden können, hat die WHO 1985 im Rahmen des Gesundheitsprogramms „Health for all by the year 2000; HFA 2000“ das unter 1.2. bereits genannte Projekt zur Erfassung wirklichkeitsnaher Suizidraten initiiert. Im Rahmen dieses Projektes (WHO/EURO Multicentre Study of Parasuicide) sollen alle suizidalen Handlungen erfasst werden, die mit Gesundheitsinstitutionen in Berührung kommen.

Eine Übersicht über die Suizidversuchsraten in den einzelnen Altersgruppen im deutschen Erfassungsgebiet dieser Studie in den Jahren 1989 – 1992 gibt Abbildung 2.

Abbildung 2



Diese grafische Darstellung der Suizidversuchsraten in den einzelnen Altersgruppen zeigt, dass die Jüngeren eine höhere Versuchsrate aufweisen und diese Zahl bis zur Altersgruppe der 65 – 74jährigen abnehmend ist. Dies gilt für beide Geschlechter. In der Altersgruppe ab 75. Lebensjahr ist eine geringe Zunahme der Suizidversuchsrate zu verzeichnen. Während in der Altersgruppe bis 54. Lebensjahr das weibliche Geschlecht deutlich überwiegt, ist ab dem 55. Lebensjahr eine weitestgehende Angleichung beider Geschlechter feststellbar, lediglich in der Altersgruppe über dem 75. Lebensjahr dominiert das männliche Geschlecht bei der Zahl der Suizidversuche.

Auf dem Gebiet der alten Bundesländer differierten die Zahlen seit der statistischen Erfassung der Suizidziffern zwischen 9625 Personen

(1951) und 13926 Personen (1977). Zahlen, das Gebiet der ehemaligen DDR betreffend, wurden erstmalig 1990 veröffentlicht.

Ab 1962 gab es in der DDR keine öffentlichen Angaben über die Suizidziffer. Nach Schätzung der Weltgesundheitsorganisation soll die DDR nach Ungarn die höchste Rate an Suiziden weltweit gehabt haben.

Die Suizidziffer betrug für das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 1993 für Männer 21,12 und 8,40 für Frauen (Struck 2000). Dabei handelt es sich um einen Mittelwert zwischen den einzelnen Bundesländern und hier gibt es im Bereich der einzelnen Altersgruppen deutliche Unterschiede. Ebenso offensichtlich ist der Unterschied zwischen den alten und den neuen Bundesländern. Hier liegen die neuen Bundesländer Anfang der 90iger im europäischen Vergleich im oberen Bereich, während sich die Zahlen der alten Bundesländer etwas über dem Bereich des Mittelwertes bewegen.

Beispielgebend ist das Land Mecklenburg-Vorpommern, in dem die Suizidziffer im Jahr 1993 bei 29,00 für Männer und bei 8,70 für Frauen liegt (Quelle: Statistisches Landesamt Mecklenburg-Vorpommern 1995).

Der Trend seit Beginn der 90iger Jahre weist auf insgesamt abnehmende Ziffern für das gesamte Bundesgebiet hin.

1.3.1. Alters- und Geschlechtsverteilung

Die Altersverteilung betreffend trifft sowohl für die alten als auch für die neuen Bundesländer das so genannte „ungarische Muster“ (Wolfersdorf 2000) zu, das heißt, die Suizidgefährdung nimmt für beide Geschlechter mit dem Alter bedeutend zu. Insgesamt polarisieren sich zunehmend die Altersgruppen der Jugendlichen sowie der Älteren (Schmidtke & Weinacker 1994; Schmidtke 1991; Wiegand 1987; McIntosh 1992).

Im Vergleich der Bundesländer untereinander – insbesondere im Vergleich der alten und der neuen Länder – sind Differenzen der Suizidziffern bei den Jüngeren statistisch gesehen eher zufälliger Natur, während sie im Alter kovariieren.

Bei der Häufigkeit der Suizidversuche überwiegen die Jüngeren und die Frauen. Dementsprechend ist die Anzahl der vollendeten Suizide im Alter und bei Männern häufiger (Schmidtke 1991; Wiegand 1987; Schmidtke et al. 1996).

Die Geschlechtsverteilung ist seit Jahren im wesentlichen stabil und beträgt zwischen Frauen und Männern ca. 1 : 2 – 2,5 (Lungershausen et al. 1990).

1.3.2. Suizidmethoden

Die Wahl der Suizidmethode differiert in den einzelnen Altersgruppen und wird durch verschiedene Faktoren bestimmt. Zum einen spielt die eigentliche Realisierbarkeit eine wesentliche Rolle, zum anderen sind global regionale Besonderheiten, sozioökonomische Bedingungen, kulturelle Elemente, die Verfügbarkeit der Werkzeuge sowie die Frage

des Geschlechtes bei der Wahl der Methode mitentscheidend (Wagle et al. 1999; Wedler et al. 1992). Prinzipiell unterscheidet man die so genannten „harten“ (Erhängen, Erschießen, Sturz aus großer Höhe) von den „weichen“ Methoden (Vergiftungen, Gasintoxikationen, Medikamentenintoxikation).

Für die Klassifikation der Suizidmethoden wird die jeweils gültige ICD-Klassifikation verwendet.

In der Bundesrepublik überwiegt insgesamt die Methode des Erhängens im Gegensatz zu den USA, wo in den meisten Bundesstaaten allein durch die entsprechend dem Waffengesetz geregelte Verfügbarkeit von Handfeuerwaffen diese Methode weit überwiegt (Wiemann et al. 1993).

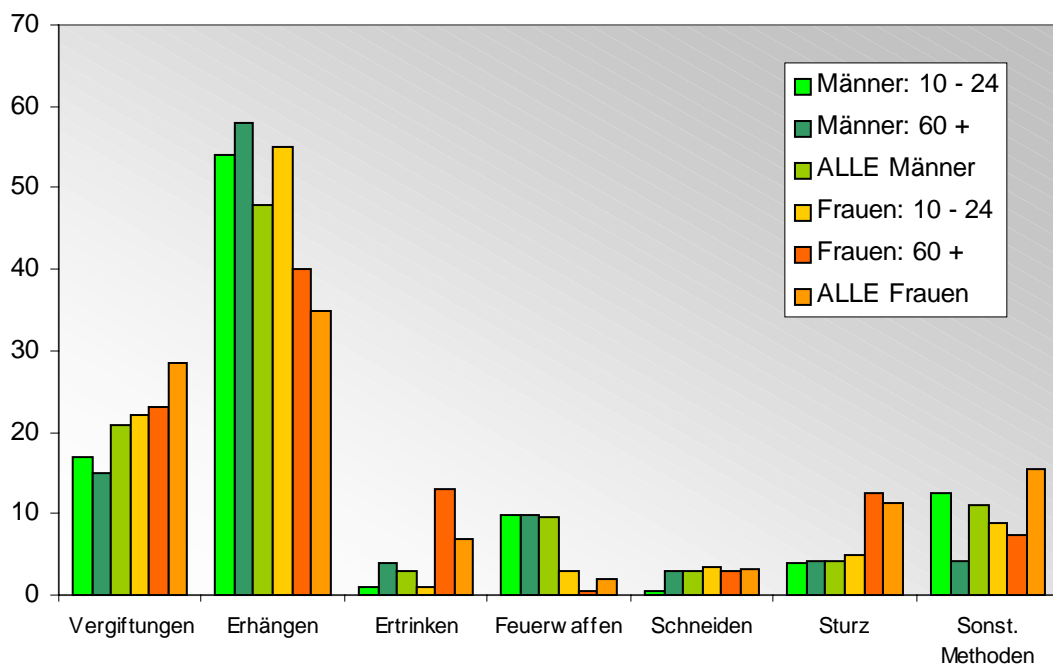
Also auch hier gibt es wiederum länderspezifische Besonderheiten. In den neuen Bundesländern gibt es noch häufig die Tötungsart mit im Haushalt vorkommenden Gasen und Dämpfen, welche in den alten Ländern fast vollständig aus der Statistik verschwunden ist (Freyberger et al. 1996; Struck 2000).

In den neuen Bundesländern steht an erster Stelle die Strangulation und an zweiter Stelle die Vergiftung durch Gase (Schmidtke & Weinacker 1994). Grundsätzlich ist das Erhängen die mit Abstand am meisten gewählte Methode der Altersgruppe der über 60jährigen, unabhängig welchen Bundeslandes. Die Männer dieser Altersgruppe bevorzugen zu ca. 50 % diese Methode, Frauen dieser Altersgruppe weisen etwa zu gleichen Teilen die Methode des Erhängens wie auch die der Vergiftung mit festen oder flüssigen Stoffen auf (Schmidtke & Weinacker 1991).

Der prozentuale Anteil der so genannten harten Methoden hat sich – insbesondere in den älteren Jahrgängen – seit 1962 langfristig erhöht. Eine Ursache dafür könnte die Tatsache sein, dass die „weichen“ Suizidmethoden im Alter besonders schwer zu erkennen sind, somit in der Todesursachenstatistik nicht eindeutig zuzuordnen sind und der bereits erläuterten und noch näher zu interpretierenden Dunkelziffer zum Opfer fallen.

Eine Übersicht über den prozentualen Anteil der einzelnen Suizidmethoden in den verschiedenen Altersgruppen gibt die Abbildung 3 (Statistisches Bundesamt 1993).

Abbildung 3



1.4. Problemdiskussion zur statistischen Erfassung des Materials

Die Probleme der sicheren Erfassung suizidaler Handlungen, suizidaler Tendenzen und insbesondere der Erfassung möglichst genauer Suizidzahlen unter Berücksichtigung des Bestehens einer hohen Dunkelziffer findet in der Fachliteratur zunehmend Aufmerksamkeit und Berücksichtigung.

Die bereits im Kapitel 1.2. in Betracht gezogene Dunkelziffer ist nicht monokausal erklärbar, sondern ergibt sich aus unterschiedlichsten Ansätzen bei der Diskussion der möglichen Ursachen und Fehlerquellen der epidemiologisch – statistischen Erfassung der Suizidrate. Dies um so mehr, als bei den Suizidzahlen in Deutschland im Vergleich zu den 70iger Jahren ein allgemeiner Rückgang zu verzeichnen ist, obwohl sich das kumulative Suizidrisiko in den letzten Jahren wenig geändert hat (Schmidtke 1992). Allgemein lassen sich 3 wesentliche Ursachenkomplexe darstellen. Es spielen in erster Linie – näher zu erläuternde – methodisch-statistische Probleme eine Rolle. Diskussionswürdig sind ebenso das Phänomen der gesellschaftlichen Tabuisierung sowie straf- und versicherungsrechtliche Gründe bei der Rücksichtnahme, z. B. bei finanziellen Ansprüchen gegenüber Lebensversicherungen (Wegener 2002; Schmidtke 1991).

Die Fehlermöglichkeiten bei der statistisch-methodischen Erfassung beginnen bei der Todesursachendiagnostik und somit der damit verbundenen Klassifikation der Todesursache entsprechend des gültigen ICD-Schlüssels.

Es besteht eine erhebliche Differenz zwischen Leichenschau- und Obduktionsdiagnose, welche bei Leichnamen, bei denen der Tod im Freien oder in der Häuslichkeit auftritt, zunimmt. Der Anteil unrichtiger Diagnosen in dieser Gruppe schwankt zwischen 30 – 40 % (Wegener 2002).

Erschwert wird diese Problematik dadurch, dass die in Deutschland übliche Obduktionsrate mit 7 % weit unter dem europäischen Durchschnitt liegt.

Für das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern bedeutet dies im Speziellen, dass schätzungsweise 1000 – 1500 Sterbefälle in einem diagnostischen Niemandsland liegen. Der Anteil von Suiziden wird hierbei auf 25 % geschätzt (Wegener 2002).

Ergebnis ist, dass eine starke – in der Literatur unterschiedlich hohe – „Unterschätzungsrate“ existent ist. Die „wirklichkeitsnahe Unterschätzungsrate“ dürfte sich bei ca. 10 % bewegen. Unter Umständen werden Abweichungen von bis zu 500 % angegeben (Kleck 1988; Wiegand 1987).

Die mit dem ICD-8 eingeführten „unbestimmten Kategorien“ können zu erheblichen Änderungen bei den Suizidziffern führen, da in unklaren, nicht sicher einzuordnenden Fällen auf diese Kategorien ausgewichen werden kann (Schmidtke 1991). Insbesondere in den älteren Altersgruppen ist ein Austausch zwischen Todesursachenklassifikationen anzunehmen. Interessant und beispielgebend ist in diesem Zusammenhang eine von Wiegand (1987) anhand der amtlich öffentlichen Todesursachenstatistik Berlin/Bundesrepublik von 1971 bis 1985 durchgeführte Untersuchung. Diese belegt, dass der mit der Einführung der „neuen

Todesursache“ des „plötzlichen Todes aus unbekannter Ursache“ die Absolutzahlen der Suizide sich indirekt proportional zu der Zunahme der absoluten Zahlen beim plötzlichen Tod aus unbekannter Ursache verhielten. So sank offenbar die Zahl der Suizide von 860 im Jahr 1971 auf 481 im Jahr 1985. Im gleichen Zeitraum stieg die Zahl der Todesopfer unter der o. g. Klassifikationsdiagnose von 7 auf 1987! Dieser Fakt ist umso bemerkenswerter, da im Gegensatz zu dieser statistischen Aussage die international anerkannten sozialen Parameter als Gradmesser für die soziale Situation einer Bevölkerung und somit der begleitenden Suizidgefährdung deutlich erhöht waren. Bei diesen Parametern handelt es sich um die Säuglingssterblichkeit sowie um die Sterblichkeit hochbetagter Männer im Alter von 80 Jahren und darüber hinaus. Beide Parameter waren im untersuchten Zeitraum erheblich angestiegen und hätten eine Zunahme der Absolutzahlen bei Suiziden vermuten lassen. Dies entspricht der These des Zusammenhanges zwischen sozioökonomischen Bedingungen und der hiervon abhängigen Mortalität für alle Todesursachen einschließlich der Suizide (Neeleemann 1990; Topol et al. 1982).

Unter Vernachlässigung anderer, im weiteren zu erläuternder Fehlerquellen, kann man das für die Stadt Berlin dokumentierte und durchaus zu verallgemeinernde Phänomen der Verschiebung innerhalb der Todesursachenstatistik zuordnen.

Die Dunkelziffer allgemein interagiert deutlich mit dem Alter und mit dem Geschlecht. Hierbei werden sowohl die Gruppe der Älteren als auch der Jugendlichen weit unterschätzt. Bei den älteren Menschen sind die bereits erwähnten indirekten Suizide, z. B. durch Nichteinhalten ärztlicher Anordnungen schwer erkennbar. (Wiegand 1987; Schmidtke 1984/1991). Frauen bevorzugen die eher oft schwer

nachweisbaren „weichen“ Methoden. Bei Jugendlichen spielt die Dunkelziffer durch Drogentode eine erhebliche Rolle. Es gibt Schätzungen, dass bis zu 18 % der Todesopfer in suizidaler Absicht eine Überdosis Drogen genommen haben (Schmidtke & Weinacker 1994; Topol et al. 1982).

Ebenso schwierig stellen sich Kombinationsvergiftungen (Alkohol und Drogen u./o. Medikamente) dar. Hier spiegelt sich das generelle Problem der Methodenwahl in bestimmten Alter- und Geschlechtsgruppen wider.

In der Literatur findet übereinstimmend Anerkennung, dass die Dunkelziffer durch Unfälle im Allgemeinen und Verkehrsunfälle im Besonderen außerordentlich hoch und variabel sein kann. Einige Autoren (Schmidt 1991; Haenel & Pöldinger 1986) sprechen von so genannten „verdeckten“ Suiziden.

Genannte Autoren vermuten, dass sich im Bereich von 1 % - 2,7 % allein bei den Verkehrsunfällen Suizide verbergen (Schmidtke 1984; Wiegand 1987).

Kleck (1988) geht davon aus, dass sich in der Kategorie des akzidentellen Ertrinkens das größte Potential nicht erkannter und somit erfasster Suizide versteckt.

Schwierig stellt sich die Differenzierung zwischen Unfalltod und suizidaler Handlung im Ergebnis masochistischer Handlungen (Asphyxie) dar. Ebenso besteht die Gefahr, dass bestimmte Berufsgruppen (Jagdunfälle) Suizidhandlungen u. U. besser verbergen können.

Zusammenfassend ist ersichtlich, dass die sichere Erfassung suizidaler Handlungen durch viele Faktoren beeinflusst wird. Insgesamt kann man aber von einer relativ „konstanten Verzerrung“ ausgehen, so dass im Rahmen der Todesursachenstatistik gewonnene Ergebnisse Trends und Tendenzen darstellen und verwertbar machen, so dass zumindest Daten im eigenen Land und im Vergleich zu anderen Industrienationen vergleichbar sind.

1.5. Fragestellungen und Hypothesen

Die vorliegende Analyse soll einen Überblick über die Anzahl der suizidierten Patienten in der Hansestadt Stralsund im untersuchten Zeitraum von 1987 bis 1992 allgemein liefern.

Hierbei spielen Alter, Geschlecht, Tötungsart, Tötungsort und andere, im nächsten Kapitel dargestellte Variablen eine Rolle beim Vergleich der Jahrgänge untereinander und im Rahmen der tendenziellen Entwicklung, sowohl im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern als auch im gesamten Gebiet der Bundesrepublik Deutschland.

Von besonderem Interesse sind jedoch die analysierten Jahrgänge, da sie sich in einer Zeit der sozialen und ökonomischen Umwälzung – der Wiedervereinigung beider deutscher Staaten – befinden. Unter Berücksichtigung dieser Tatsache ergeben sich folgende zu untersuchende Fragestellungen bzw. Hypothesen:

1. Gibt es entsprechend der von Durkheim (Kap.1) postulierten These eine Bestätigung der Annahme, dass Phasen gesellschaftlicher Umwälzungen Einfluss auf die Suizidrate schlechthin haben? Gibt es in diesem Zusammenhang

Änderungen der Motivation zur Durchführung einer suizidalen Handlung, soweit dies im Rahmen der Untersuchung und des vorliegenden Materials nachvollziehbar ist?

2. Ist eine Zunahme der Suizidziffern – gerade in einer Stadt der neuen Bundesländer – zu erwarten oder gibt es eine deutliche Stagnation der Suizidziffern in der Hoffnung auf positive Veränderungen oder im Resultat einer eher abwartenden Haltung hinsichtlich der eingetretenen gesellschaftspolitischen Veränderungen? Treten persönliche Gründe aufgrund dieser Situation in den Hintergrund?
3. Inwiefern liegt die Suizidziffer – auch unter Berücksichtigung der unter 1. und 2. genannten Fakten – im Trend der gesamten Bundesrepublik Deutschland?

2. Material und Methoden; Erhebungsinstrument und Untersuchungsverfahren

In die epidemiologische Analyse wurden alle im Rahmen der staatsanwaltschaftlichen und kriminaltechnologischen Untersuchungen ermittelten Suizide in der Hansestadt Stralsund im Zeitraum 1987 – 1992 aufgenommen. Diese sind Bestandteil der „nichtnatürlichen“ Todesfälle und wurden nur als zweifelsfrei identifizierte suizidale Todesfälle in der Statistik berücksichtigt. Hiervon unberührt bleibt die anzunehmende Dunkelziffer, auch aufgrund so genannter und im Kapitel 1.1. beschriebener indirekter suizidaler Handlungen.

Folgende Merkmale bzw. Variablen wurden aus den staatsanwaltschaftlichen Akten entnommen und für die Analyse aufbereitet. Hierfür wurde ein standardisierter Erhebungsbogen entwickelt, welcher alle zur Verfügung stehenden Merkmale beinhaltet.

Jahr:

Es handelt sich jeweils um ein Zeitjahr von Januar bis Dezember des gleichen Jahres.

Monat, Tag, Uhrzeit:

Es wurden der Wochentag, der Monat sowie die Tageszeit der Selbsttötung berücksichtigt. Die Todeszeitbestimmungen basieren auf der ärztlichen Todeszeitbestimmung im Rahmen der gesetzlichen Leichenschau oder sind Ergebnis gerichtsmedizinischer u./o. kriminaltechnischer Untersuchungen.

Alter, Geschlecht:

Er handelt sich um das anhand der Personalunterlagen u./o. aufgrund eigener Kenntnis des Untersuchenden dokumentierte Alter und Geschlecht der suizidalen Person.

Beruf:

Die Angaben geben nur die Berufstätigkeit an sich oder die Art der Berentung (Altersrente, Invalidisierung) wieder. Die Zuordnung zu entsprechenden sozialen Schichten ist aufgrund fehlender Aktenlage im Detail nicht möglich, erfährt jedoch im Textteil eine eigene Interpretation.

1. berufstätig
2. arbeitslos/beschäftigungslos
3. Früh- (Invaliden-) Rentner
4. Altersrentner

Der Terminus „arbeitslos“ war zu DDR-Zeiten in der Dokumentation nicht existent. Da es aber durchaus nicht im Arbeitsverhältnis stehende Personen gab, wird auf die Bezeichnung „beschäftigungslos“ ausgewichen.

Psychiatrische Therapie:

Hierbei wurde berücksichtigt, ob dokumentiert wurde, dass der Patient sich schon einmal in psychiatrischer Behandlung befand, unabhängig davon, ob diese unmittelbar vor dem Suizid oder früher stattgefunden hat.

Familie:

Angegeben wird der Familienstand zum Zeitpunkt des Todes. Hierbei handelt es sich um die folgenden 4 Kategorien:

1. ledig
2. verheiratet
3. verwitwet
4. geschieden

Begleiterkrankungen:

Es wurden – insbesondere bei älteren und multimorbiden Patienten – nicht alle Begleiterkrankungen statistisch einbezogen. Berücksichtigt wurden organische Erkrankungen, welche durch ihre Lebensqualität beeinträchtigende Folgen mittelbar oder unmittelbar zum Suizid beigetragen haben oder – bei unklarem Motiv – hätten beitragen können.

Ankündigung:

Berücksichtigt wurden im Vorfeld des Todes verbal geäußerte und aktenkundig dokumentierte schriftliche Äußerungen.

Abschiedsbrief:

Erfasst wurde die Tatsache, ob ein Abschiedsbrief vorlag oder nicht.

Familiäre Problematik:

Wurde als Merkmal erfasst, wenn es anamnestisch oder fremdanamnestisch erhoben als Begleitumstand des Suizids eine Rolle gespielt hat.

Soziale Probleme:

Die geschilderten Umstände erfahren die gleiche Wertigkeit wie im o.g. Punkt. Soziale Problematik wurde nur als solche anerkannt und berücksichtigt, wenn eindeutige Hinweise hierauf bestanden.

Alkoholismus:

Der Missbrauch von Alkohol im Sinne der eigenständigen Erkrankung einerseits und als begleitender Faktor bei Selbsttötungsdelikten andererseits spielt eine wichtige Rolle. Insofern ist er als eigenständiges Merkmal in die Analyse eingeflossen.

Methode:

Anhand der Aktenlage wurde eine Analyse der Selbstmordmethoden durchgeführt. Diese wurde – entsprechend der Häufigkeit ihrer Anwendung – in folgender Reihenfolge berücksichtigt:

1. Strangulation
2. Stadtgas/Propangas – Vergiftung
3. Tablettenintoxikation
4. Fenstersturz
5. Ertrinken
6. andere Todesarten

Unter Pkt. 6 wurden nachgewiesene Kombinationen suizidaler Handlungen oder nicht unter 1 – 5 erfasste Todesarten aufgenommen.

Handlungsort:

Es handelt sich um den Ort, an dem die Handlung begangen wurde, nicht um den Wohnort des Patienten.

1. Wohnung
2. Außerhalb von Gebäuden
3. Krankenhaus
4. Andere

Zum Pkt. „1“ zählen im Sinne der Wohnung bei Hausbesitzern auch Teile des Anwesens (Stallgebäude, Garage) sowie bei älteren Patienten im Falle der Unterbringung in einem Pflegeheim der Standort desselben.

Psychiatrische Begleiterkrankungen:

Hierzu zählen die als Krankheitsbild klar definierten sowie fachärztlich gesicherten Diagnosen wie Depressionen, Angststörungen, Psychosen etc.

Suizidversuche:

Es wurden alle aus der Anamnese der betroffenen Person bekannten Suizidversuche berücksichtigt, unabhängig ob diese ein- oder mehrmals durchgeführt wurden.

Stadtteil:

Die Zuordnung erfolgte nach der bekannten Aufteilung der Stadtteile der Hansestadt Stralsund. In den Jahren bis 1990 wurden Fälle der näheren Umgebung mit in die Analyse aufgenommen. Diese finden sich, wie auch Selbsttötungsdelikte in Gartensparten und auf Wochenendgrundstücken unter Punkt „6“ wieder.

1. Frankenvorstadt
2. Innenstadt
3. Tribseer Vorstadt
4. Knieper Vorstadt
5. Grünhufe/Vogelsang
6. Randgebiete

3. Ergebnisse; Suizide 1987 – 1992 in der Hansestadt Stralsund

Im untersuchten Zeitraum von 1987 bis 1992 gab es in der Hansestadt Stralsund insgesamt 150 Suizide im Rahmen aller untersuchten nichtnatürlichen Todesfälle. Diese Anzahl ist das Ergebnis staatsanwaltschaftlicher Ermittlungen.

3.1. Alters- und Geschlechtsverteilung

Diese Gesamtanzahl gliedert sich – getrennt nach Geschlechtern – in den einzelnen Jahrgängen wie folgt auf (Tab. 2)

Tabelle 2

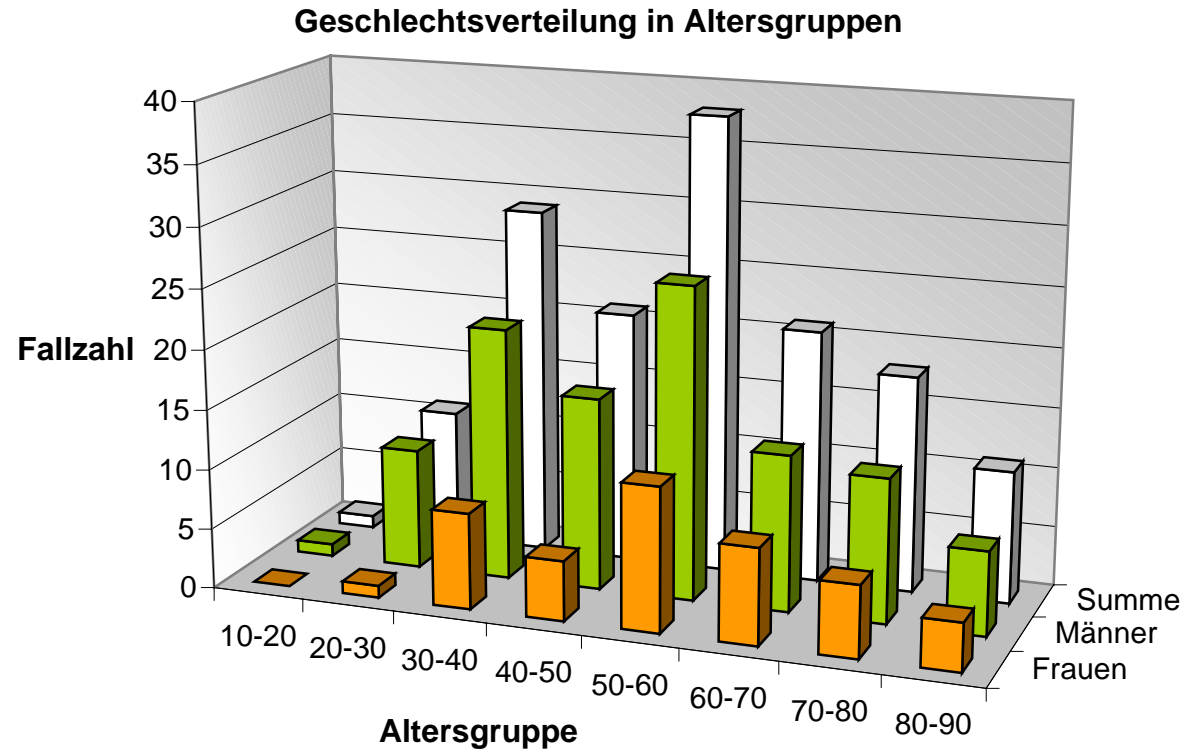
Jahr	Gesamtanzahl	männlich/%	weiblich/%
1987	23	12 (52%)	11 (48%)
1988	43	30 (70%)	13 (30%)
1989	34	25 (62%)	9 (38%)
1990	16	11 (69%)	5 (31%)
1991	16	12 (75%)	4 (25%)
1992	18	16 (89%)	2 (11%)
Summe	150 (100%)	106 (71%)	44 (29%)

Mit insgesamt 106 Fällen (70,7 %) suizidierten sich die Männer gegenüber den Frauen (n=44) hochsignifikant ($\chi^2 = 28,72$; $df = 10$; $p < ,001$) häufiger.

3.2. Alters- und Geschlechtsverteilung in den Altersgruppen

In der Abbildung 4 wird die Geschlechtsverteilung in den Altersgruppen dargestellt. Hierbei werden die Altersgruppen üblicherweise durch das entsprechende Lebensdezennium begrenzt. Wie aufgrund des allgemeinen Übergewichtes der männlichen Gruppe bei der gesamten Suizidzahl nicht anders zu erwarten, setzt sich die Mehrheit auch in den einzelnen Altersgruppen fort. Die deutlichsten Unterschiede zwischen der Anzahl der männlichen und der weiblichen Suizidenten gibt es in den mittleren Altersgruppen zwischen dem 30. und dem 60. Lebensjahr. In den darauf folgenden Jahrgängen setzt sich der Unterschied in den Geschlechtergruppen fort, jedoch aufgrund der geringeren Anzahl der Gesamtfälle etwas weniger deutlich.

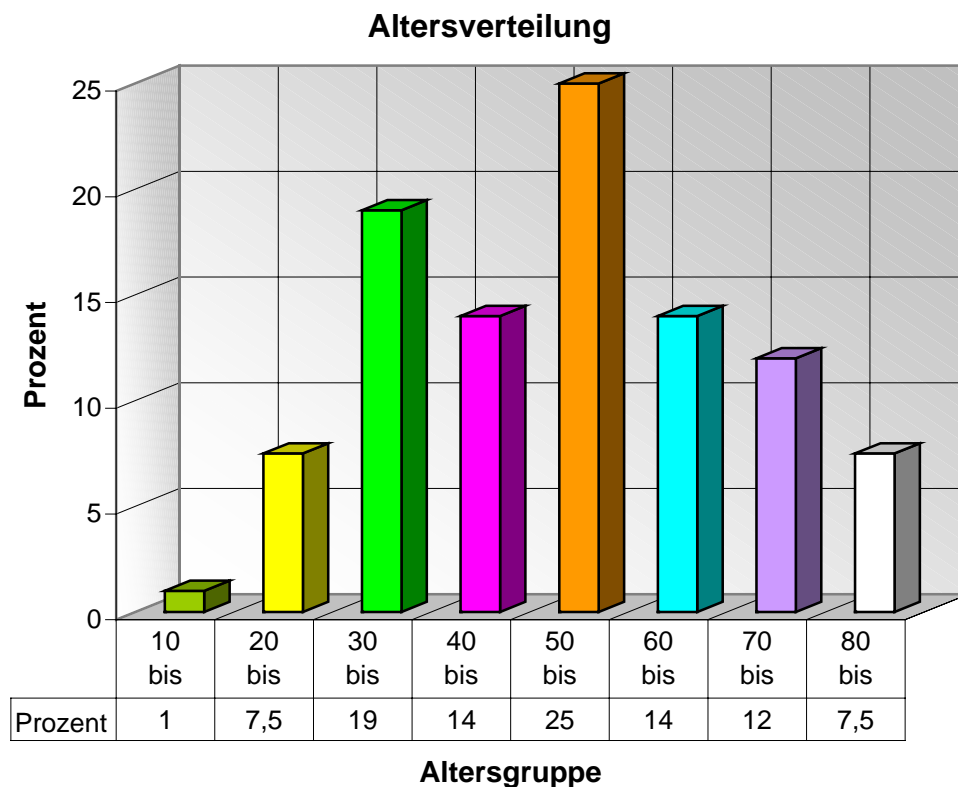
Abbildung 4



	10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80	80-90
■ Frauen	0	1	8	5	12	8	6	4
■ Männer	1	10	21	16	26	13	12	7
■ Summe	1	11	29	21	38	21	18	11

Hervorzuheben ist die Altersgruppe zwischen dem 20. und dem 30. Lebensjahr. Hier besteht ein außerordentliches Missverhältnis von 10:1 zugunsten des männlichen Geschlechts. Eine relative Annäherung findet in der Altersgruppe zwischen dem 8. und 9. Lebensdezennium statt. Die demographisch gesicherte höhere Lebenserwartung der Frauen berücksichtigend, relativiert sich diese scheinbare Annäherung jedoch weitestgehend. Einen allgemeinen Überblick über die gesamte Altersverteilung aller 150 Fälle gibt die Abbildung 5.

Abbildung 5



Mit 26 % ist die Altersgruppe zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr mit Abstand die Gruppe mit der höchsten Selbstmordziffer. Gefolgt wird sie von der Gruppe der 30 – 40jährigen mit 19 % und den Altersgruppen zwischen dem 60. und 70. Lebensjahr sowie dem 40. und 50. Lebensjahr mit jeweils 14 %. Bei den vier verbliebenen

Altersgruppen ist interessant, dass die Älteren zwischen dem 70. und 90. Lebensjahr eine mehr als doppelt so hohe Anzahl von Selbstmorden aufweisen als die Gruppe der 10 – 30jährigen.

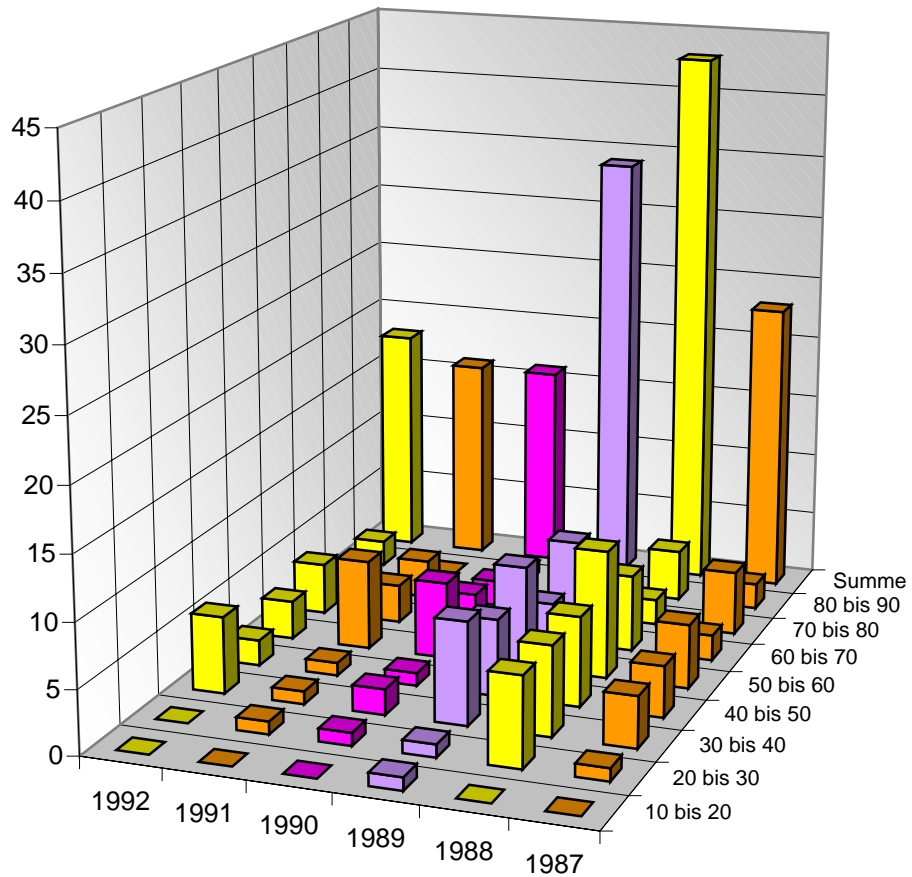
Einen deutlichen Zusammenhang gibt es zwischen dem Geschlecht und dem Vorliegen sozialer Problematik ($\chi^2 < ,008$; sehr signifikant), wie fehlender beruflicher Perspektive, Arbeitslosigkeit oder sozialer Isolierung, insbesondere im Alter. Während bei den Frauen dieses Problem keinen Einfluss auf die Selbsttötung hatte, spielten solche Gründe bei 16 % der Männer (16 von 102 Fällen) eine Rolle.

Ebenso deutlich wird ersichtlich ($\chi^2 < ,031$; signifikant), dass Frauen, die bereits einen Suizidversuch unternahmen, eine deutlich höhere Rückfallquote hatten (24 %) als die Männer (9 %).

Umgekehrt verhält es sich beim Merkmal Alkohol. Dieser spielt bei Männern als Motiv u./o. Begleitumstand der suizidalen Handlung in 36 % der Fälle ($\chi^2 < ,011$; signifikant) gegenüber den Frauen (12 %) eine übergeordnete Rolle.

Abbildung 6

Anteil der Altersgruppen an den Suiziden in den Jahren 1987 bis 1992



Altersgruppe	10	20	30	40	50	60	70	80	Summe
	bis 20	bis 30	bis 40	bis 50	bis 60	bis 70	bis 80	bis 90	
1987	0	1	4	4	5	2	5	2	23
1988	0	7	7	7	10	6	2	4	43
1989	1	1	8	6	8	3	6	1	34
1990	0	1	2	1	6	3	2	1	16
1991	0	1	1	1	7	3	3	0	16
1992	0	0	6	2	3	4	1	2	18

Eine Übersicht des Anteiles aller Altersgruppen in den einzelnen Jahren des untersuchten Zeitraumes gibt die Abbildung 6.

Mit Ausnahme des Jahres 1992 ist die Altersgruppe der 50 – 60jährigen entsprechend der Betrachtung des Gesamtzeitraumes die Population mit der höchsten Anzahl an Selbstmorden. Der größte Anteil am gesamten Suizidgeschehen der

Hansestadt Stralsund in den Jahren 1987 bis 1991 wird somit durch diese Altersgruppe bestimmt.

Eine deutliche Ausnahme im relativ konstanten prozentualen Anteil der Altersgruppen am gesamten Suizidgeschehen bildet das Jahr 1992. In diesem Jahr ist eine deutliche Zunahme der Selbstmorde mit einem Gesamtanteil des suizidalen Geschehens mit über 30 % in der Altersgruppe der 30 – 40jährigen zu verzeichnen, an zweiter Stelle gefolgt von der Gruppe der 60 – 70jährigen mit 22 %.

In den übrigen Jahrgängen finden innerhalb der Altersgruppen näher zu erläuternde Verschiebungen statt. Doch zugleich gibt es Verschiebungen hinsichtlich des Geschlechtes der Suizidenten in den Altersgruppen und somit im gesamten suizidalen Geschehen.

Eine differenzierte Darstellung der Alters- und Geschlechtsverteilung in den einzelnen Jahrgängen bietet das folgende Kapitel.

Im Jahr 1987 gab es in der Hansestadt Stralsund 23 Selbstmorde. Hiervon entfallen 12 auf das männliche Geschlecht (52 %) und 11 auf das weibliche Geschlecht (48 %).

Mit je 5 Suiziden überwiegen die Altergruppen der 50 – 60jährigen sowie der 70 – 80jährigen. Hierbei stehen in der erstgenannten Gruppe 4 männliche Suizidenten einem weiblichen gegenüber. In der anderen Gruppe gibt es das Verhältnis von 3 : 2 zugunsten des weiblichen Geschlechts. Die beiden Suizide in der Altersgruppe der 60 – 70jährigen wurden durch Frauen realisiert.

Im Jahr 1988 gab es 43 Selbstmorde. Davon entfallen 30 auf das männliche Geschlecht (70 %) und 13 auf das weibliche (30 %). Dies

ist zugleich das Jahr mit der höchsten Suizidzahl des untersuchten Zeitraumes. Erneut ist die Gruppe der 50 – 60jährigen die mit der höchsten Anzahl von Suiziden. Von den 10 Suiziden wurden 7 durch Männer und 3 durch Frauen verübt. Einen relativ hohen Anteil bilden die 3 jüngsten Altersgruppen mit einer Beteiligung von 21 Suiziden (7/Altersgruppe). Das entspricht einem prozentualen Anteil von 49 % am gesamten Suizidgeschehen in diesem Jahr.

Im Jahr 1989 gab es 34 Selbstmorde in Stralsund. 25 wurden durch Männer (74 %), 9 durch Frauen (26 %) verübt. Der Hauptanteil der Suizide entfällt auf die 3 Altersgruppen vom 30. bis 60. Lebensjahr. Hierbei gibt es bei der Geschlechtsverteilung – entsprechend der Gesamtzahl der Suizide in diesem Jahr – einen deutlichen Unterschied zugunsten des männlichen Geschlechts (16 : 6).

Im Jahr 1990 gab es in Stralsund 16 Suizide, gegenüber den Vorjahren ein deutlicher Abfall. Davon wurden 11 durch Männer realisiert (69 %) und 5 durch Frauen (31 %). Die Altersgruppen mit den meisten Suiziden ist die der 50 – 60jährigen mit 6 Fällen.

Im Jahr 1991 war die Anzahl von Selbstmorden mit insgesamt 16 Fällen erneut so hoch wie im Vorjahr. Fast identisch ist die Geschlechtsverteilung mit 12 männlichen (75 %) und 4 weiblichen Suizidenten (25 %).

Ebenso wie im Jahr zuvor ist die Altersgruppe der 50 – 60jährigen mit einer Anzahl von 7 Suiziden führend. 6 Suizide verteilen sich auf die beiden darauf folgenden Altersgruppen und in den jüngeren Altersgruppen der 20 – 40jährigen gab es jeweils nur einen Suizid pro Gruppe, welcher jeweils ausschließlich vom männlichen Geschlecht

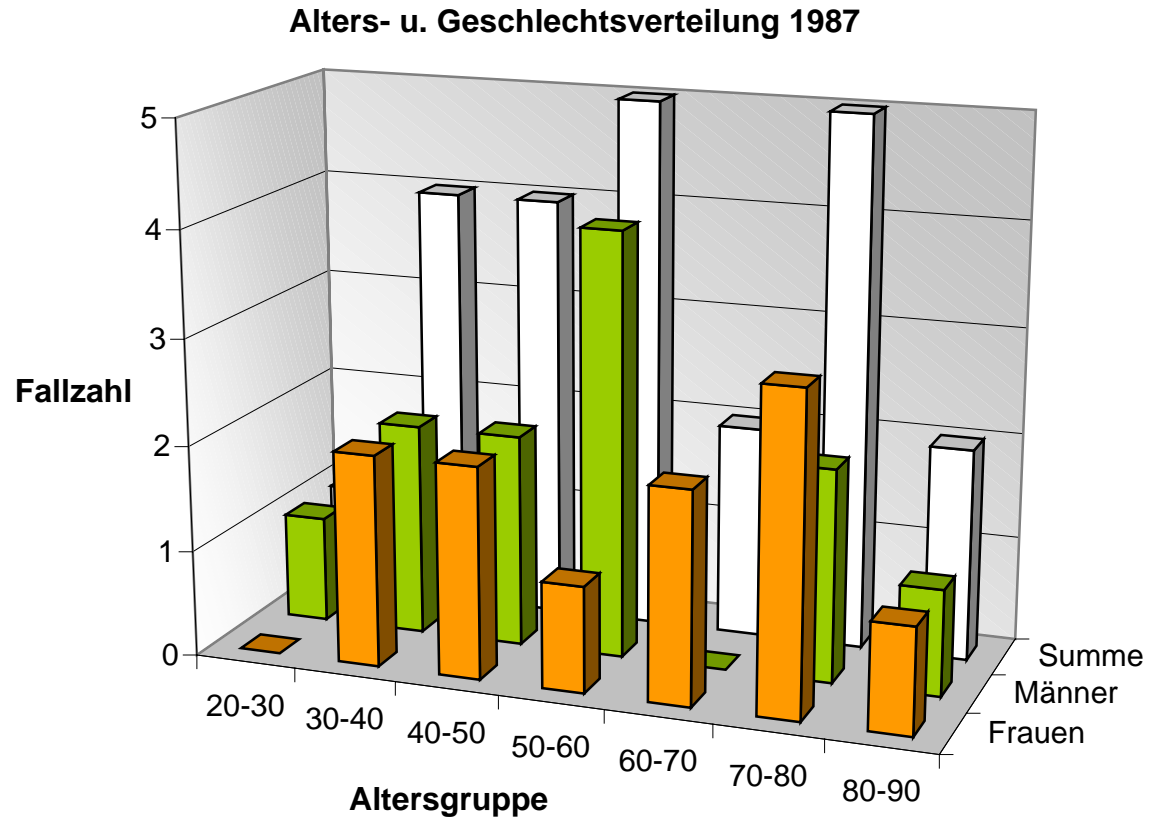
verübt wurde. Es ist der einzige Jahrgang ohne Suizid in der Altersgruppe 80 – 90jähriger.

Einen leichten Anstieg der Suizidzahl gab es im letzten untersuchten Jahr 1992. Hier ereigneten sich insgesamt 18 Suizide. Deutlich überwiegt in diesem Jahr das männliche Geschlecht mit 16 Suiziden (89 %) gegenüber dem weiblichen Geschlecht mit 2 Suiziden (11 %).

Im Unterschied zu den anderen Jahren gibt es eine Verschiebung in die Altersgruppe der 30 – 40jährigen mit der höchsten Suizidzahl von 6 Fällen, welche wiederum ausschließlich durch das männliche Geschlecht gebildet wird. Auffällig ist weiterhin, dass erstmalig in der Gruppe der 20 – 30jährigen - im Gegensatz zu den vorangegangenen Jahren – kein Selbstmord zu verzeichnen war, dafür jedoch wieder 2 Fälle in der ältesten Gruppe auftraten.

Einen graphischen Überblick der Alters- und Geschlechtsverteilung in den einzelnen Jahren von 1987 – 1992 geben die Abbildungen 7 – 12.

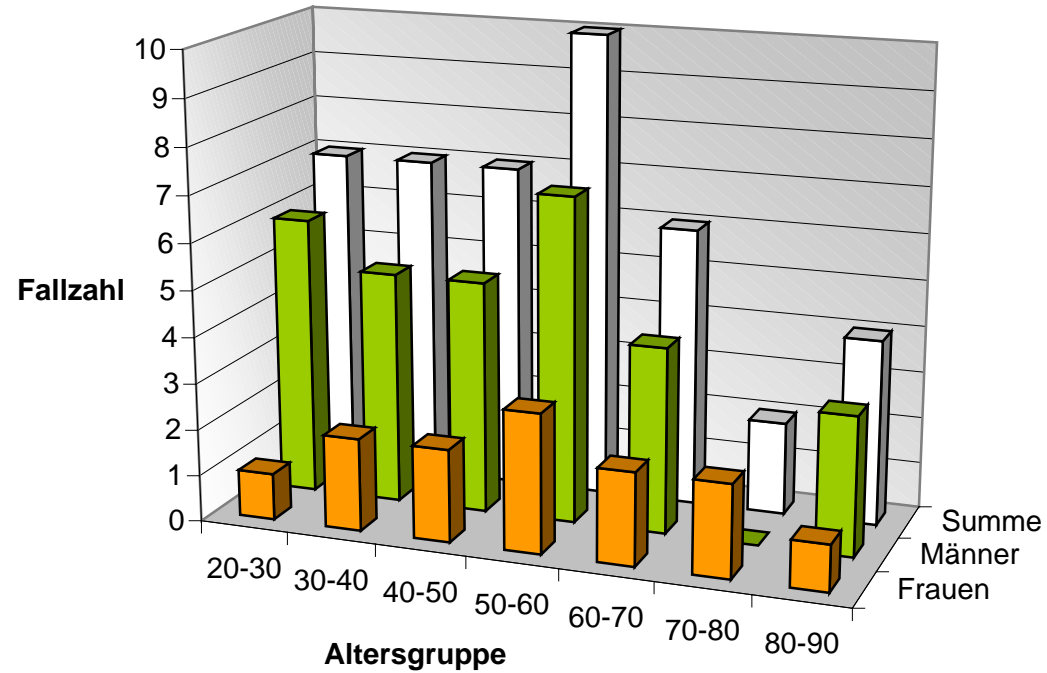
Abbildung 7



	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80	80-90
■ Frauen	0	2	2	1	2	3	1
■ Männer	1	2	2	4	0	2	1
□ Summe	1	4	4	5	2	5	2

Abbildung 8

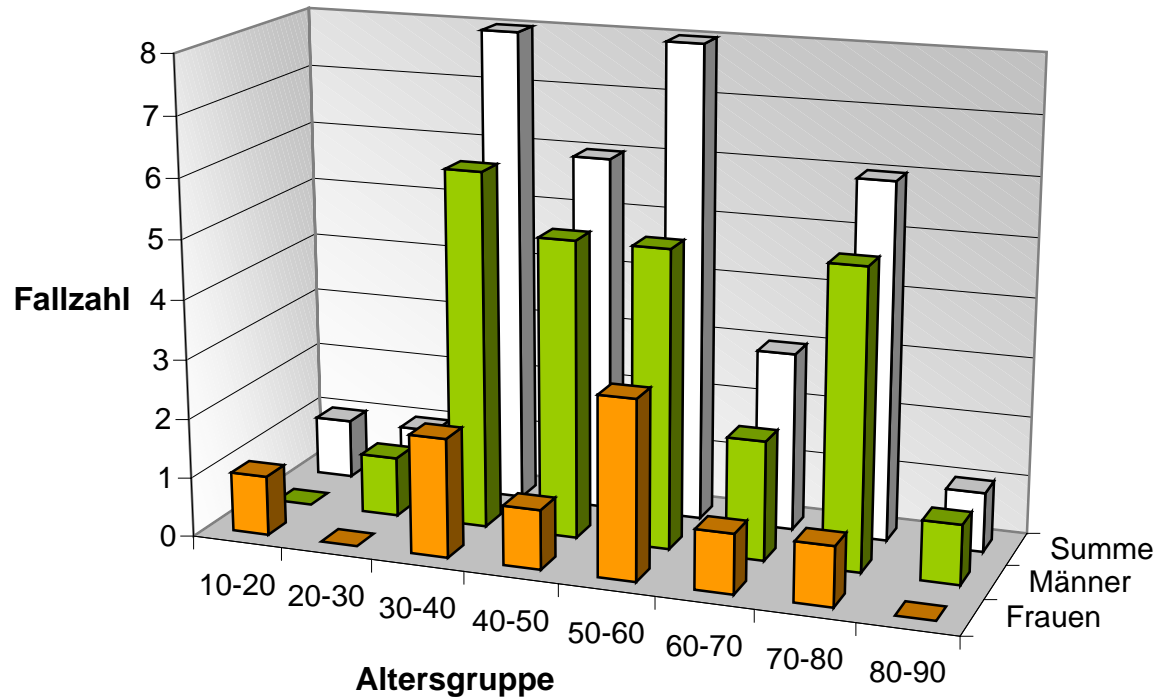
Alters- u. Geschlechtsverteilung 1988



	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80	80-90
■ Frauen	1	2	2	3	2	2	1
■ Männer	6	5	5	7	4	0	3
□ Summe	7	7	7	10	6	2	4

Abbildung 9

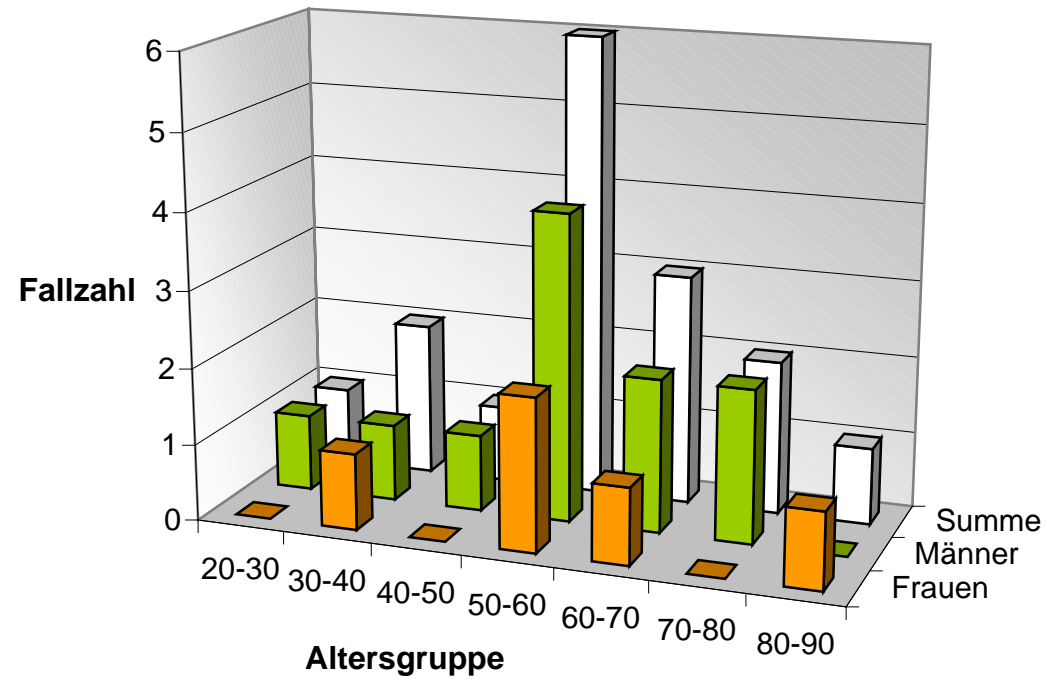
Alters- u. Geschlechtsverteilung 1989



	10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80	80-90
■ Frauen	1	0	2	1	3	1	1	0
■ Männer	0	1	6	5	5	2	5	1
□ Summe	1	1	8	6	8	3	6	1

Abbildung 10

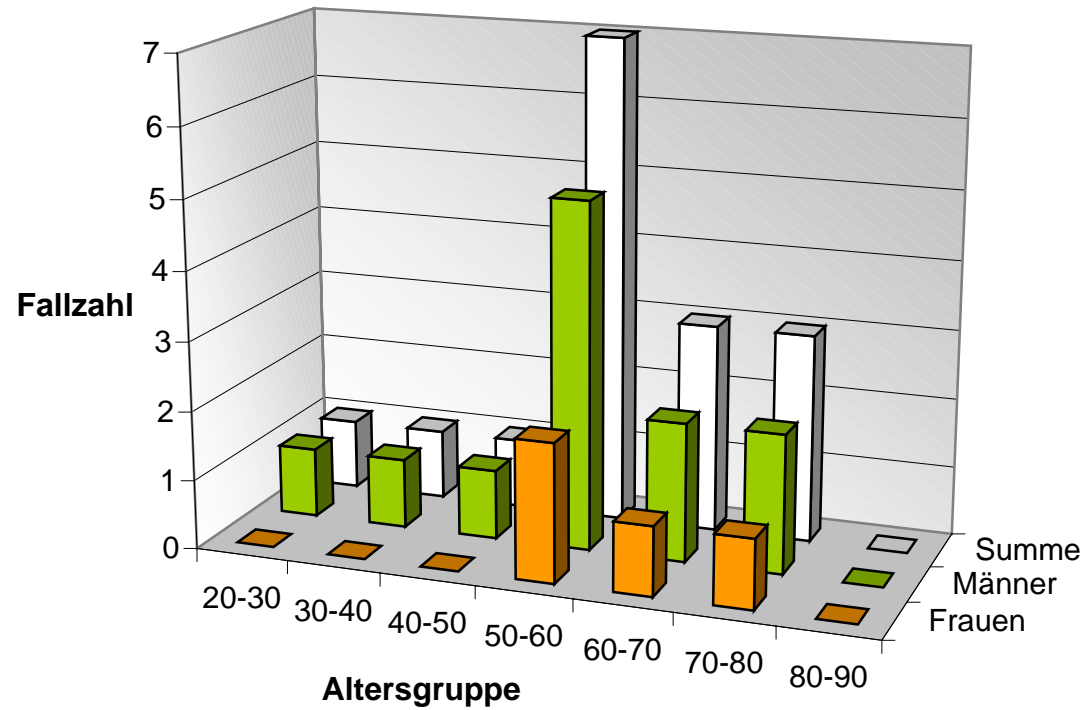
Alters- u. Geschlechtsverteilung 1990



	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80	80-90
■ Frauen	0	1	0	2	1	0	1
■ Männer	1	1	1	4	2	2	0
□ Summe	1	2	1	6	3	2	1

Abbildung 11

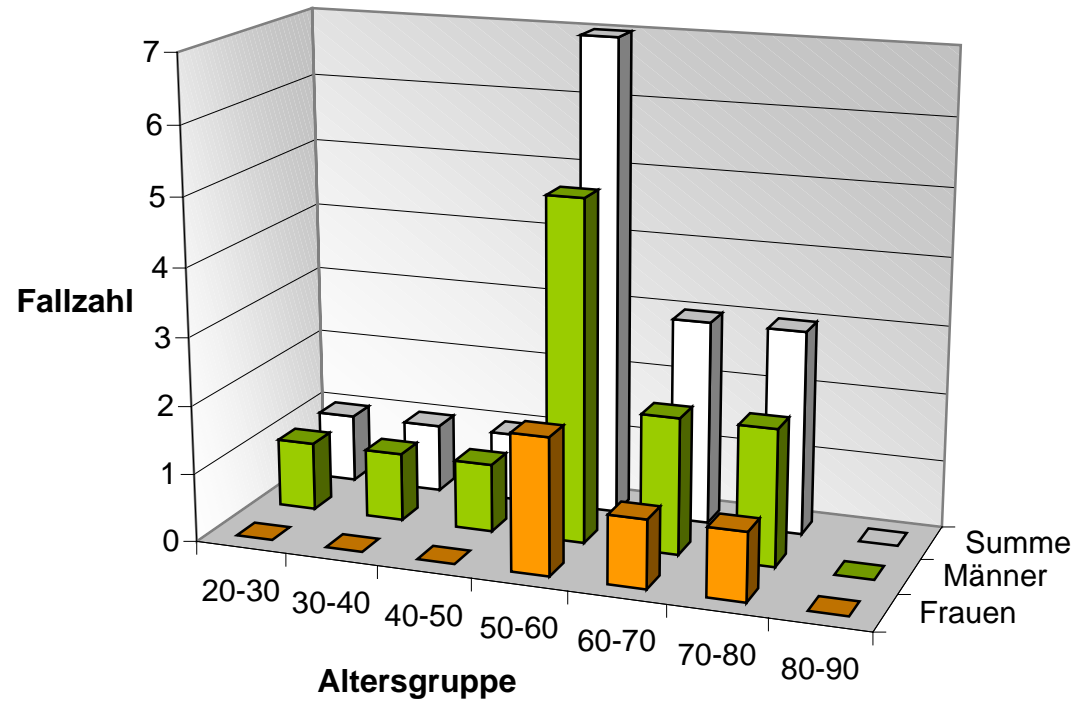
Alters- u. Geschlechtsverteilung 1991



	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80	80-90
■ Frauen	0	0	0	2	1	1	0
■ Männer	1	1	1	5	2	2	0
□ Summe	1	1	1	7	3	3	0

Abbildung 12

Alters- u. Geschlechtsverteilung 1992



	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80	80-90
■ Frauen	0	0	0	2	1	1	0
■ Männer	1	1	1	5	2	2	0
□ Summe	1	1	1	7	3	3	0

3.3. Familienstand

Die Gruppe der in Familie oder Gemeinschaft Lebenden bildet in Auswertung der 150 Fälle zugleich diejenige mit dem prozentual höchsten Anteil von 46 % an der Gesamtzahl der Suizide im untersuchten Zeitraum. Dies entspricht einer Anzahl von 70 Personen. Die zweite Gruppe wird durch Alleinstehende gebildet. Dazu zählen jedoch nicht geschiedene oder verwitwete Personen. Diese Personengruppen wurden in den beiden verbleibenden Kategorien erfasst.

Diese Gruppe liegt mit einem prozentualen Anteil von 29 % (43 Personen) am gesamten suizidalen Geschehen an zweiter Stelle.

Die verwitweten Personen sowie Geschiedene haben mit je 18 und 19 Fällen einen Anteil von 25 % am Gesamtgeschehen. Fasst man die Gruppen der Alleinstehenden zusammen, bilden diese einen Gesamtanteil von 54 % an der Suizidzahl.

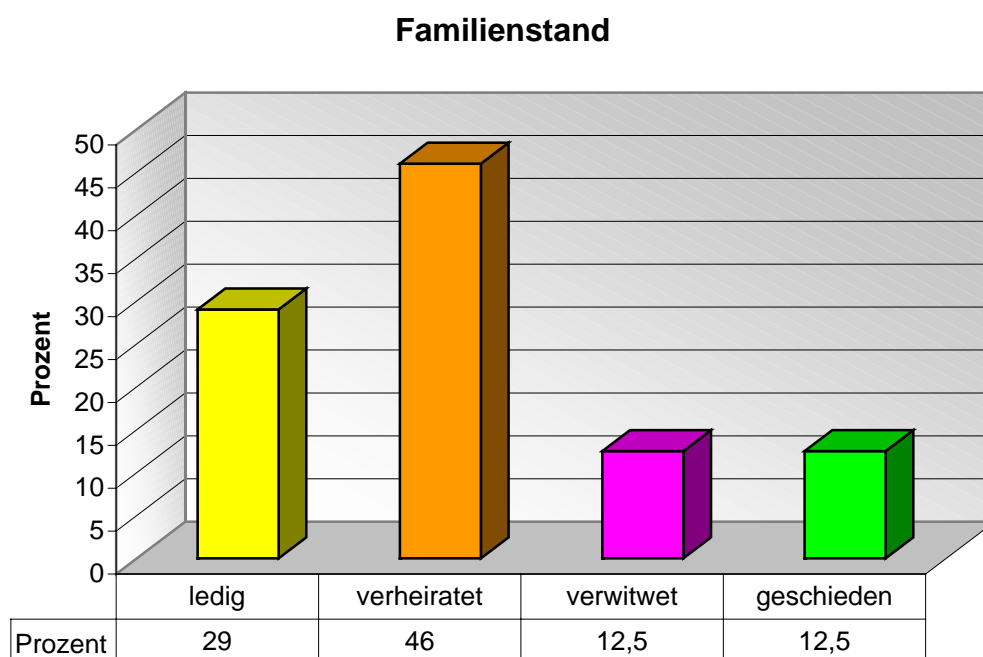
Statistisch ergibt sich unter Berücksichtigung des Geschlechtes in Bezug auf den Familienstand kein signifikanter Unterschied. Dies gilt ebenso im Vergleich zu den anderen Kategorien mit Ausnahme des Abschiedsbriefes und des Merkmales Alkohol.

Von 24 Fällen mit Abschiedsbrief waren 8 Suizidenten familiär gebunden ($\chi^2 = 11,609$; $df = 3$; $p < ,009$); von 43 Personen mit Alkohol als Begleitumstand des Suizides waren 17 in Familie lebende Personen ($\chi^2 = 10,418$; $df = 3$; $p < ,038$).

D. h., dass familiär gebundene Suizidenten signifikant weniger Abschiedsbriefe geschrieben haben und dem Alkohol im Vergleich zu den Alleinstehenden eine geringere Bedeutung zukommt.

Einen grafischen Überblick über den prozentualen Anteil aller Gruppen anhand des Merkmales „Familienstand“ gibt die Abbildung 13.

Abbildung 13



3.4. Sozialer Status

Die Gruppe der berufstätigen Personen hat einen Anteil von 43 % am Gesamtsuizidgeschehen mit 64 Fällen.

Die zweite Gruppe wird durch Beschäftigungslose bzw. Arbeitslose gebildet. In ihr finden sich 26 Personen, die einen Selbstmord verübten. Diese Personengruppe ergibt somit einen Anteil von 17 %.

Die dritte Gruppe wird durch Früh- und Invalidenrentner gebildet, die letzte durch die Altersrentner. Die Gruppe der Früh- und Invalidenrentner stellt 18 Fälle und somit 12 % des Suizidgeschehens, die Gruppe der Altersrentner weist eine deutliche – vor allem im Vergleich zu den beiden vorherigen Gruppen- Zunahme der Selbstmordzahl auf. In ihr finden sich 42 Fälle, die wiederum einen Anteil von 28 % aller Suizidfälle ausmachen.

Signifikant statistische Korrelationen treten mit folgenden Merkmalen auf:

Von allen in der beschriebenen Rubrik aufgeführten 4 Gruppen wurden die „harten“ Methoden der Selbsttötung (98 Fälle; siehe auch Kap. 3.5.) favorisiert. Den höchsten prozentualen Anteil dieser Methoden wurde in der Gruppe der Berufstätigen praktiziert. Statistisch hochsignifikant stellen sich die Zusammenhänge zwischen beruflicher Tätigkeit und psychiatrischer Therapie ($\chi^2 = 18,921$; $df = 3$; $p < ,000$) und Begleiterkrankungen dar ($\chi^2 = 23,083$; $df = 3$; $p < ,000$).

Die Anzahl der Personen, die sich zum Zeitpunkt der Selbsttötung in psychiatrischer Behandlung befanden, ist in der Gruppe der Berufstätigen (6 von 64) mit 9 % zu vernachlässigen. Sie ist – gemessen an der Gesamtzahl der Suizide in der Gruppe der Früh- und Invalidenrentner (9 von 18 Fällen) mit 50 % – ausgesprochen deutlich erhöht.

Dies gilt ähnlich für den Zusammenhang mit dem Auftreten körperlicher Begleiterkrankungen. Bei den Berufstätigen führten diese zu 5 % (3 von 64 Fällen), bei den Früh- und Invalidenrentnern hingegen zu 44 % (8 von 18 Fällen) zum Suizid.

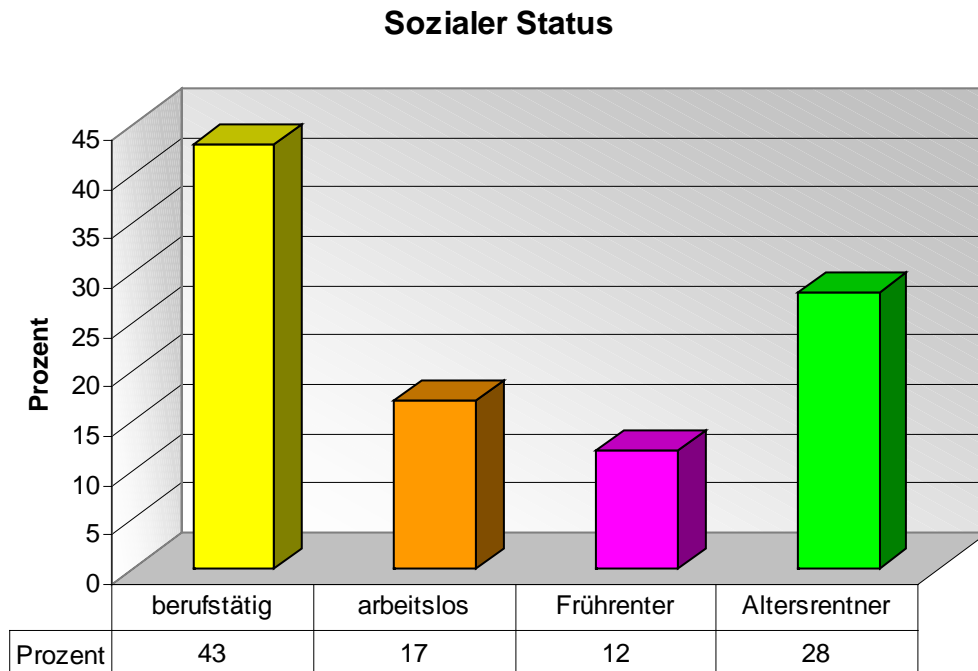
Die Gruppe der Berufstätigen weist die höchste Zahl an Suiziden auf (64 Fälle). Hiervon wiederum sind die Verheirateten mit 55 % führend. An zweiter Stelle stehen zahlenmäßig die Altersrentner (42 Fälle). Hiervon unternahmen 43 % (18 Fälle) der in Familie lebenden einen Selbstmord. Arbeitslose bzw. Personen ohne berufliche Tätigkeit haben sich in 26 Fällen das Leben genommen, davon 54 % (14 Fälle) allein stehend. Prozentual die wenigsten Suizide gab es in der Gruppe der verwitweten Berufstätigen (5 %) und der geschiedenen Altersrentner (5 %). Aus der Gruppe der Früh- und Invalidenrentner mit 18 Fällen haben sich 56 % (10 Fälle) suizidiert, die verheiratet waren.

Familiäre Probleme in der Vorgeschichte des Suizids spielen bei 27 % der Berufstätigen eine Rolle ($\chi^2 = 11,248$; $df = 3$; $p < ,010$). Diese Gruppe ist zugleich diejenige mit den meisten Fällen familiärer Problematik als korrespondierendem Faktor. Am wenigsten spielt dieses Moment in der Gruppe der Altersrentner eine Rolle.

Bei über der Hälfte aller Berufstätigen (54 %) spielt der Alkohol einen begleitenden Umstand. In der Gruppe der Arbeits- und Beschäftigungslosen ist es noch deutlicher. Hier gibt es zwar im Vergleich zur Vorgruppe eine geringere Suizidzahl, Alkohol ist jedoch in 62 % aller beschriebenen Fälle mitbestimmend beim Suizid ($\chi^2 = 30,852$; $df = 3$; $p < ,000$). Psychiatrische Begleiterkrankungen spielen in der Gruppe der Früh- und Invalidenrentner mit 44 % ein wesentliches Moment beim Suizid ($\chi^2 = 12,209$; $df = 3$; $p < ,007$) 27 % der Arbeitslosen und 28 % der Früh- und Invalidenrentner hatten vor ihrem Suizid bereits ein oder mehrere Suizidversuche durchgeführt ($\chi^2 = 13,136$; $df = 3$; $p < ,004$).

Einen grafischen Überblick hierzu gibt die Abbildung 14.

Abbildung 14



3.5. Tötungsarten

Die mit Abstand am meisten praktizierte Methode ist die Strangulation – das Erhängen. Diese Tötungsart zählt zu den so genannten „harten“ Methoden. Sie wurde von 85 Suizidenten, also weit über die Hälfte aller betrachteten Fälle, gewählt. Sie ist auch ohne Ausnahme die in allen Altersgruppen bevorzugte Methode.

An zweiter Stelle steht die in suizidaler Absicht praktizierte Intoxikation mit Stadt- oder Propangas. Die Gasintoxikation zählt zu den „weichen“ Methoden. Diese Methode wurde von 37 Personen gewählt, dies entspricht einem prozentualen Anteil von 25 %. Mit Ausnahme der Altersgruppe der 60 -70jährigen, in welcher diese Methode in der Häufigkeit ihrer Anwendung in einer Reihe mit dem

Fenstersturz und dem Ertrinken steht, ist sie in den übrigen Altersgruppen die am zweithäufigsten gewählte Selbstmordmethode.

An dritter Stelle mit einem Anteil von 10 Fällen (7 %) steht die Medikamentenintoxikation. Diese spielt jedoch lediglich in den Altersgruppen von 30 – 60 sowie in der ältesten Gruppe der 80 – 90jährigen eine Rolle. In den anderen Altersgruppen wurde sie nicht praktiziert. In der Population der 30 – 60jährigen steht diese Tötungsart – wie in der Gesamtstatistik – an dritter Stelle. In der Altersgruppe der Ältesten kommt sie ebenso häufig vor wie das Ertrinken.

An nächster Stelle folgt der Fenstersturz. Dieses Merkmal beinhaltet zugleich den Sturz aus großer Höhe. Diese Methode wurde neun mal gewählt und hat somit einen Anteil von 6 %. Bis auf Ausnahme der jüngsten und der ältesten Gruppe kommt sie in allen andern Gruppen vor. In der Gruppe der 60 – 70jährigen ist sie nach der Strangulation in gleich hoher Anzahl mit dem Ertrinken und der Gasintoxikation an zweiter Stelle bei der Wahl der Suizidmethode.

Mit einem Anteil von jeweils 2 % folgen das Ertrinken und die „sonstigen“ Tötungsarten. Hierzu zählen nicht eindeutig einer Methode zuordenbare Fälle, welche wiederum aber ausnahmslos kombinierte Tötungsarten beinhalten.

Das Ertrinken ist mit 4 von 150 (3 %) Fällen relativ häufig, aber aufgrund der regionalen Besonderheit und der Lage der Stadt am Boddengewässer verständlich. Diese Methode wurde nur von älteren Personen über dem 60. Lebensjahr gewählt.

Von den 85 Suizidenten, welche die Strangulation als Tötungsart wählten, waren 71 Männer. Die verbleibenden 14 Fälle entfallen auf das weibliche Geschlecht. Bei dieser Tötungsart ist die Diskrepanz zwischen den Geschlechtern am signifikantesten ($\chi^2 = 24,43$; $df = 10$; $p < ,007$). An zweiter Position bei den Männern steht die Gasvergiftung mit 19 %. Diese bevorzugten die Frauen in 36 % der Fälle, an zweiter Stelle steht das Erhängen mit 33 %, gefolgt von der Medikamentenintoxikation mit 14 %. Mit insgesamt 52 % favorisierten die Frauen die „weichen“ Methoden, bei den Männern hatten diese einen Anteil von 23 %.

Patienten mit psychiatrischen Begleiterkrankungen wählten in 16 Fällen die Strangulation als bevorzugte Selbsttötungsart. An zweiter Stelle steht der Fenstersturz/Sturz aus großer Höhe in 4 Fällen (siehe Kap. 3.7.1.)

Einen grafischen Überblick über den prozentualen Anteil der Tötungsarten gibt die Abbildung 15, über die Geschlechtsverteilung bei den Tötungsarten die Abbildung 16.

Abbildung 15

Tötungsarten

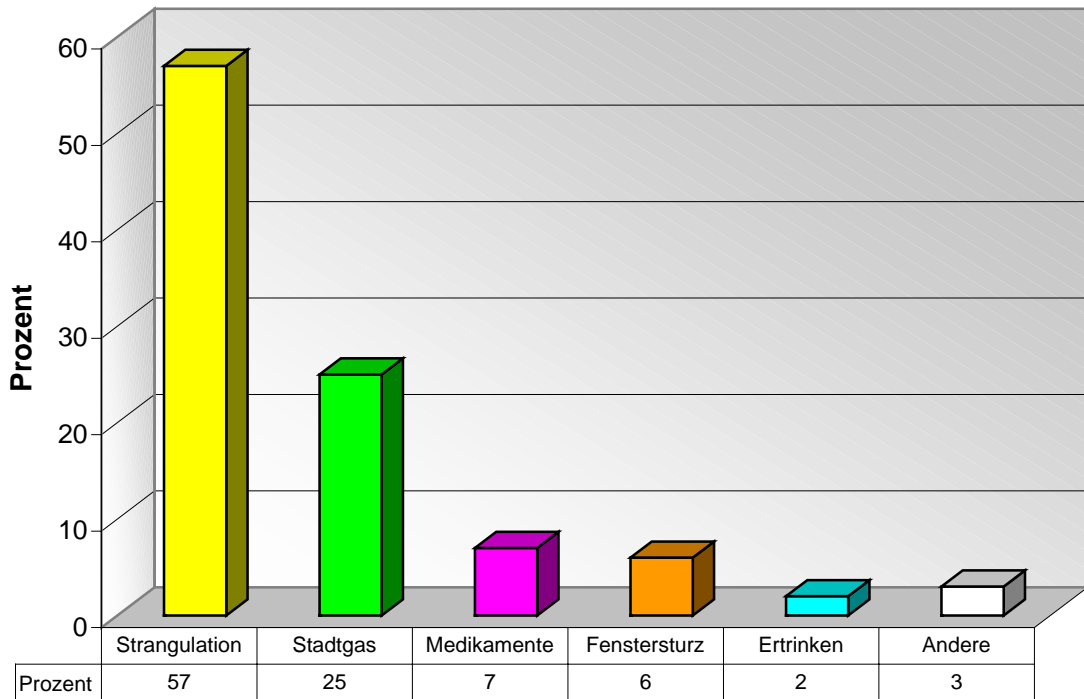
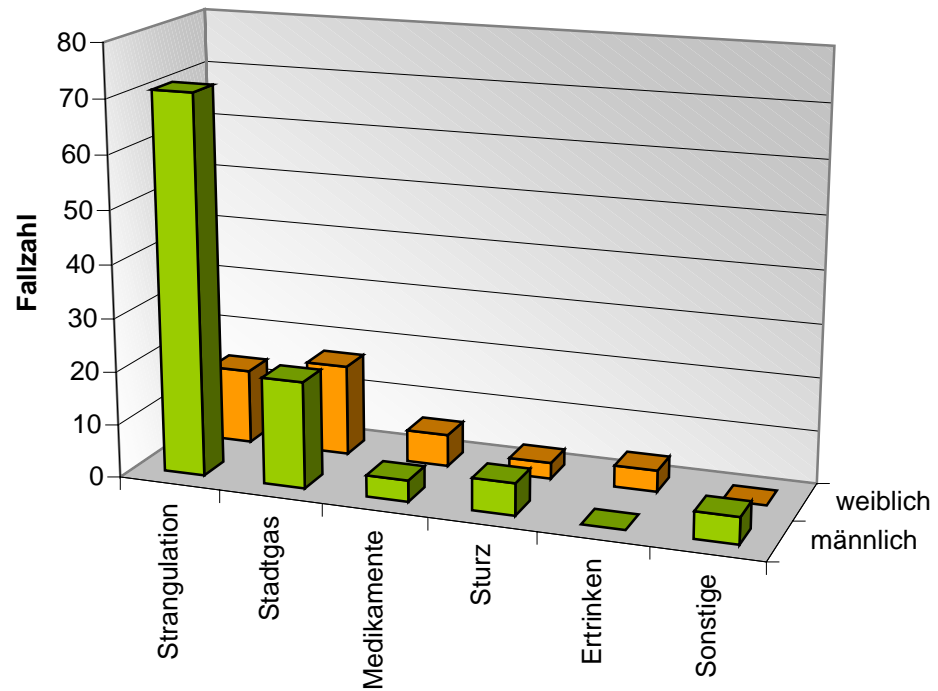


Abbildung 16

Geschlechtsverteilung bei den Tötungsarten



	Strangulation	Stadtgas	Medikamente	Sturz	Ertrinken	Sonstige
■ männlich	71	20	4	6	0	5
■ weiblich	14	17	6	3	4	0

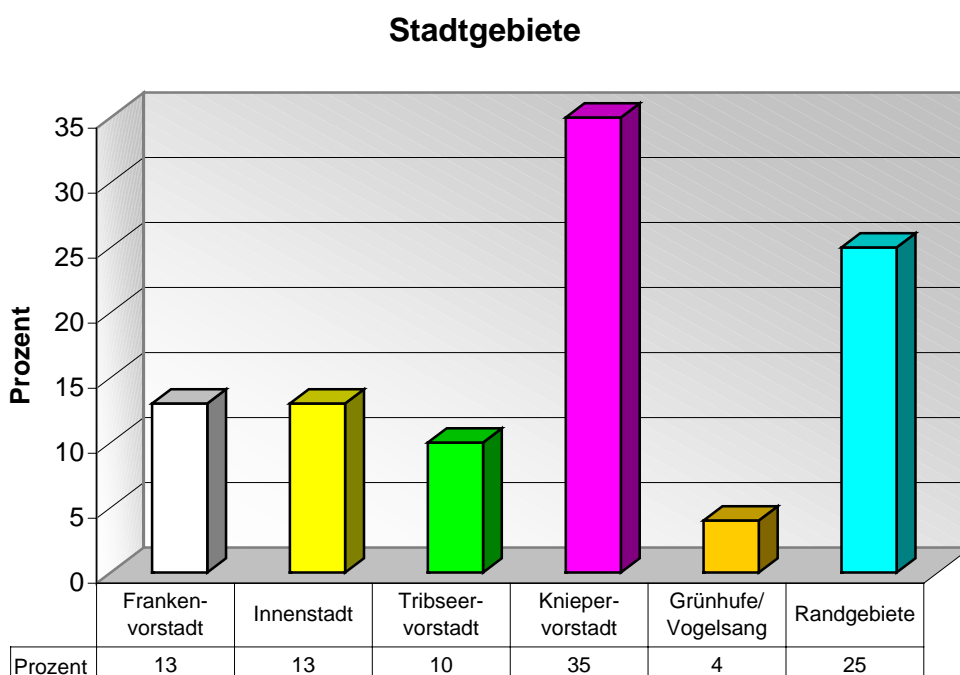
3.6. Territoriale Zuordnung zu den Stadtgebieten der Hansestadt Stralsund

Die Besonderheit der Hansestadt Stralsund berücksichtigend wurde eine Zuordnung der Fälle zu den Stadtgebieten durchgeführt.

Von der Bevölkerungsdichte spielen die Gebiete Knieper und Grünhufe/Vogelsang eine besondere Rolle, da es sich um die Gebiete mit der meisten Bevölkerung, aufgrund ihres hohen Anteils an Wohnungsneubauten handelt. In den anderen Stadtgebieten überwiegen ältere Wohnungsbauten. Mit Abstand die am wenigsten besiedelten Gebiete waren im untersuchten Zeitraum von 1987 -1992 die Innenstadt und die Randgebiete.

Die grafische Darstellung über die Anzahl der Suizidzahlen in den Wohngebieten ist in der Abbildung 17 gegeben.

Abbildung 17



Aus ihr wird ersichtlich, dass – vom o.g. Sachverhalt ausgehend – erwartungsgemäß der Stadtteil Knieper mit 52 Fällen (35 % der Gesamtsuizidzahl) führend ist. Ein Viertel aller Suizide (37 Fälle) haben sich im Randgebiet ereignet. Mit jeweils 13 % folgen die Frankenvorstadt und die Innerstadt (jeweils 20 Fälle). Mit 15 Suiziden (10 %) steht die Tribseer Vorstadt an 5. Stelle und mit 6 Fällen (4 %) das Stadtgebiet Grünhufe/Vogelsang an letzter Stelle.

Dies ist aufgrund einer Anzahl von ca. 10Tausend in diesem Gebiet lebenden Menschen bemerkenswert. Es ist jedoch insofern erklärbar, weil es sich bei dem besagten Wohngebiet auch um das jüngste in Stralsund handelt. Aus diesem Grund hatten im untersuchten Zeitraum überwiegend jüngere Menschen und Familien mit Kindern in diesem Stadtviertel ihr Zuhause.

3.7. Begleitumstände

3.7.1. Psychiatrische Vorerkrankungen

Von den 150 Fällen befanden sich zum Zeitpunkt der Tat und davor 24 Patienten in psychiatrischer Behandlung. Dabei handelte es sich in 19 Fällen um Depressionen, in 3 Fällen um Psychosen und in 2 Fällen um Schizophrenie.

In 3 Fällen wurde durch Verwandte oder Bekannte fremdanamnestisch der Verdacht auf eine psychiatrische Erkrankung geäußert, da die Suizidenten in ihrem Verhalten und in ihrer Stimmungslage in der Zeit vor der Tat auffällig oder verändert erschienen.

3.7.2. Vorausgegangene suizidale Handlungen und Suizidversuche

Von diesen Patienten hatten 14 im Verlauf ihrer zumeist langjährigen Krankheitsgeschichte mehrmals die Absicht geäußert, aus dem Leben scheiden zu wollen. Wiederum 7 dieser 14 Fälle hatten bereits einen Suizidversuch unternommen, davon ein Patient mehrmals. Insgesamt in 22 Fällen gab es in der Vorgeschichte einen Suizidversuch. Eine psychiatrische Behandlung erfolgte nachweislich bei den oben erwähnten 24 Patienten. Ob die anderen 6 Fälle mit einem Suizidversuch in der Vorgeschichte sich ebenfalls in psychiatrischer Behandlung befunden haben, konnte anhand der Unterlagen nicht sicher eruiert werden.

In 2 Fällen gab es in der Familie Suizide, in einem Fall handelte es sich um die Mutter des Betreffenden, im anderen Fall war die Ehefrau des Verstorbenen ebenfalls durch eigene Hand ein Jahr zuvor aus dem Leben geschieden.

3.7.3. Ankündigung

Von 150 Suizidenten hatten insgesamt 27 schon einmal Suizidabsichten geäußert. Darin enthalten sind jene 14 Fälle, welche sich bereits in psychiatrischer Behandlung befanden. In 2 dieser 27 Fälle ist die Absicht konkret mit dem Eintreten eines angekündigten Ereignisses verbunden gewesen. Dies betrifft in einem Fall die Aufnahme in ein Pflegeheim. Hier wurde die Tat am Vorabend vor der Aufnahme realisiert und in einem anderen Fall die bevorstehende Trennung von der Ehefrau.

3.7.4. Abschiedsbrief

In 31 Fällen wurde ein Abschiedsbrief gefunden, in einem Fall sogar 5 Abschiedsbriefe. In einem Fall wurden Worte für die Hinterbliebenen auf ein Tonband aufgenommen.

3.7.5. Suchtmittelmissbrauch, Alkoholismus

Alkoholmissbrauch spielt als begleitender Umstand eine erhebliche Rolle. In 39 Fällen wurden Suizide unter Alkoholeinfluss begangen.

Die Alkoholkrankheit als solche und die Angst vor der Nichtbewältigung einer Behandlung derselben und dem Leben danach sind als Motiv in 2 Fällen (s. Kap. 3.10.) beschrieben. In mehreren Fällen ist jedoch der Alkoholmissbrauch als Konfliktpotential bei der Entstehung familiärer und beruflicher Belastungssituationen beschrieben, so dass sich die Grenze zwischen dem Fakt als reinen Begleitumstand suizidalen Geschehens und als Motiv der suizidalen Handlung nicht genau ziehen lässt.

Andere Suchtmittel spielten bei den untersuchten Suiziden keine Rolle.

3.8. Handlungsorte

Von 150 untersuchten Suiziden wurden 127 – das entspricht 85 % – in der Häuslichkeit begangen. Darin eingeschlossen sind die Fälle, welche in Pflegeheimen, Stallungen, Garagen oder anderen zum Anwesen gehörenden Gebäude begangen wurden.

Im Freien wurden 10 Selbstmorde durchgeführt. Hierin eingeschlossen sind die 4 Fälle durch Ertrinken.

Im Krankenhaus wurden 4 Suizide verübt.

In der Rubrik „Andere“ sind Suizide enthalten, die entweder in anderen Wohnungen oder in Gartenlauben und Ferienhäusern realisiert wurden. Darauf entfallen 9 Suizide.

3.9. Jahres- und tageszeitliche Bedingungen

Der Monat mit den meisten Suiziden im betrachteten Zeitraum ist der Monat März mit 20 Fällen. Die wenigsten gab es in den Monaten Mai und Oktober mit 8 und 6 Fällen. Auffällig ist – bis auf Ausnahme des Monats November – eine niedrigere Selbstmordzahl in der vorweihnachtlichen Zeit, verbunden mit einem aszendierenden Anstieg in den ersten drei Monaten des Zeitjahres. Insgesamt ist jedoch kein kontinuierliches Muster einer reproduzierbar erhöhten suizidalen Aktivität in bestimmten Monaten u./o. Jahreszeiten erkennbar. Dies entspricht den Erfahrungen anderer Autoren, welche diese Zusammenhänge untersucht haben (Maldonado und Kraus 1991; Ho et al. 1997). Am ehesten ist ein Zusammenhang zwischen regionalen Besonderheiten der Intensität des gesellschaftlichen Lebens (Durkheim 1999) oder der Häufung persönlicher Problematik, wie Scheidungen, Tod des Ehepartners, dem Eintritt von Arbeitslosigkeit etc., anzunehmen (Nayha 1983).

Fast zu jeder Tageszeit wurden Selbstmorde verübt. Relativ deutlich ist eine Häufung in den Morgenstunden mit Maximum um 11.00 Uhr sowie in den Nachmittagsstunden mit Höhepunkt um 18.00 Uhr und

ein nächtlicher Gipfel um 23.00 Uhr. Die wenigsten Suizide fanden in der Nacht von 2.00 bis 6.00 Uhr und 19.00 bis 22.00 Uhr statt.

Deutlich ist die bevorzugte Suizidzeit bei den Frauen zwischen 6.00 und 12.00 Uhr. Von 48 Suiziden wurden 26 (54 % aller Suizide in diesem Zeitraum) von Frauen verübt. Gegensätzlich verhält es sich in den Nachmittagsstunden von 12.00 bis 18.00 Uhr. Dies ist zugleich der Zeitraum, in welchem die meisten Männer ihren Suizid realisierten. Von ebenfalls 48 Suiziden in dieser Zeit wurden lediglich 9 (19 %) von Frauen verübt. Dies ist konträr zu den Ergebnissen von Maldano und Kraus (1991), die bevorzugte Todeszeiten beider Geschlechter genau gegenteilig angaben.

Einen grafischen Überblick über die tageszeitliche und monatliche Verteilung der Selbstmordfälle geben die Abbildungen 18 und 19.

Abbildung 18

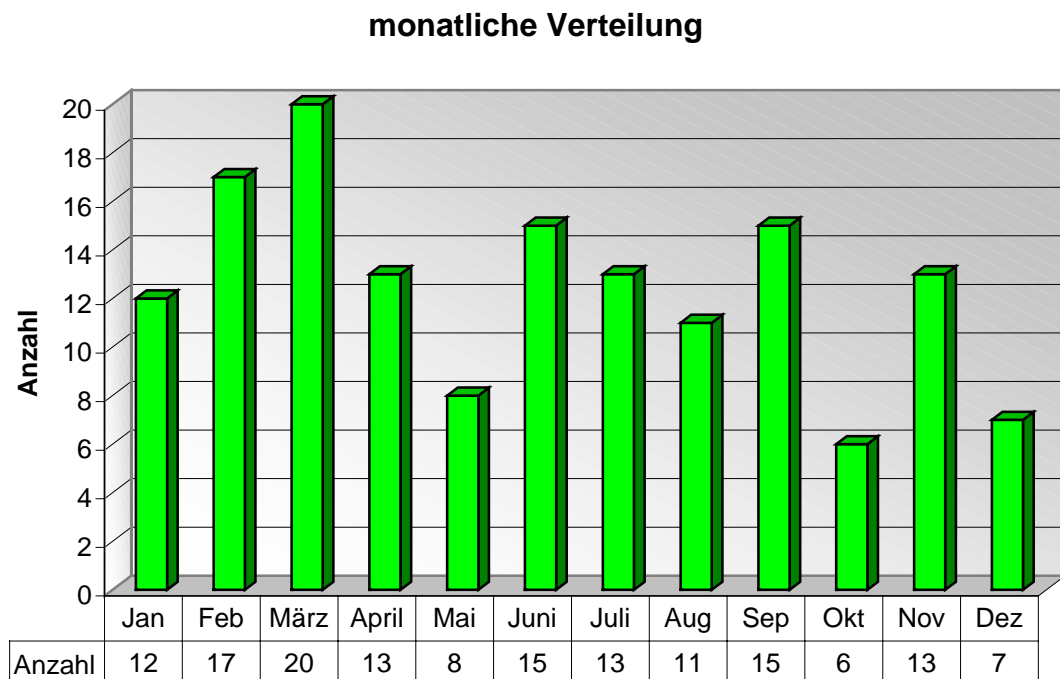
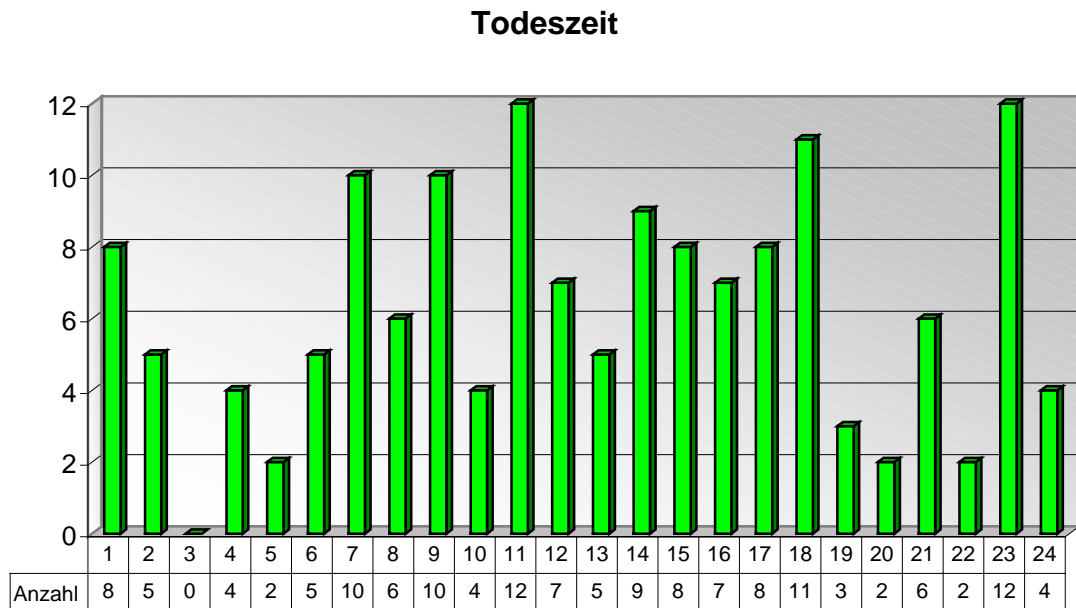


Abbildung 19



3.10. Motive

In nur insgesamt 35 von 150 untersuchten Fällen ist das Motiv für den Suizid anhand des vorliegenden Materials erkennbar. Hierbei kann man sich lediglich auf definitiv dargestellte Gründe in Abschiedsbriefen oder in Androhung des Eintritts bestimmter, lebensverändernder Umstände im Vorfeld des Suizids stützen. Aussagen von Bekannten und Verwandten im Umfeld der Ermittlungen von Suiziden sowie der Fakt des Vorliegens einer psychiatrischen Vorerkrankung erhärten das Motiv und lassen die Entwicklung einer suizidalen Problematik bis hin zur vollendeten Tat nachvollziehen. Nicht in jedem Fall ist das Bekenntnis zu Selbstmord und die versuchte Rechtfertigung der vollzogenen Handlung in Form eines Abschiedsbriefes oder gesprochener Worte zugleich hinweisend auf das Motiv zur Selbsttötung. Insofern bestätigt sich bei der Motivsuche der im Einführungskapitel dargestellte Fakt, dass suizidale Entwicklung vielschichtig und nicht in jedem Fall transparent ist, dass

gewisse Lebensumstände die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung suizidaler Gedanken und Handelns fördern. Da Umstände nicht jedoch gleichzeitig das Motiv vermitteln, besteht durchaus die Gefahr der Fehlinterpretation und des Verkennens der eigentlichen Ursache.

Diese Tatsachen berücksichtigend ist bei 24 Suizidenten davon auszugehen, dass ihre psychiatrische Grunderkrankung (siehe Kapitel 3.11.) Ursache der Selbsttötung waren. In 3 Fällen war anamnestisch die Angst der Entwicklung lebensbedrohlicher Erkrankungen im Sinne einer Karzinophobie die vermeintliche Ursache. In 3 weiteren Fällen führten die durch eine bereits bestehende Erkrankung verursachten Schmerzen sowie die infauste Prognostik der Krankheitsentwicklung zum Suizid. Lediglich in 2 Fällen spielt die Alkoholkrankheit, einschließlich der Angst vor ihren Folgeschäden oder der fehlenden Kraft ihrer konsequenten Bewältigung, eine Rolle. Wie bereits im Kapitel 3.11. angerissen, war bei 2 Patienten der unmittelbare Eintritt der lebensverändernden Situation (Pflegeheim, Scheidung) Auslöser des angekündigten Suizids.

In 3 Fällen waren Veränderungen am Arbeitsplatz im weitesten Sinne die Ursache. Konkret in einem Fall der Eintritt in das Rentenalter, in einem weiteren Fall die Unmöglichkeit, den gestellten Forderungen gerecht zu werden und sich im Arbeitskollektiv unterzuordnen. In nur einem Fall waren die Arbeitsbedingungen infolge der gesellschaftspolitischen Veränderungen Motiv der suizidalen Handlung.

Somit ist lediglich bei 25 % der untersuchten Anzahl von Suiziden das Motiv unmittelbar erkennbar. In den anderen verbleibenden 113 Sterbefällen besteht bezüglich der wahren Ursachenforschung ein großer Interpretationsraum. Dieser lässt sich mit reproduzierbaren

Erfahrungswerten anderer epidemiologischer Untersuchungen und Vermutungen füllen. Hauptursache scheinen jedoch fehlende Bewältigungsstrategien in persönlichen Konfliktsituationen – meist Partnerschaftskonflikte – sowie soziale Abgrenzung und Isolation im Alter, erschwert durch den Verlust des Lebenspartners, zu sein.

Andere Motive, insbesondere solche, welche im Kindes- und Jugendalter verantwortlich für eine suizidale Entwicklung sind, konnten aufgrund fehlender statistischer Signifikanz nicht in die Betrachtung einbezogen werden.

Aus der relativ großen Anzahl nicht angekündigter und nicht vorhersehbarer Suizide, ergeben sich Ansätze zur Diskussion für die Suizidprävention.

3.11. Vergleich der erfassten Daten zu den Suizidraten im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern und der Bundesrepublik Deutschland im untersuchten Zeitraum

Die Suizidziffern in der Hansestadt Stralsund sind in ihrer Entwicklung in den Jahren von 1987 – 1992 am ehesten dem „skandinavischen Muster“ zuzuordnen. Dies beinhaltet einen Gipfel der Suizide etwa zwischen dem fünfundvierzigsten und dem vierundsechzigsten Lebensjahr (Mauerer 2000). Dies entspricht nicht der tendenziellen Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland, da hier das so genannte „ungarische Modell“ mit einem Überwiegen des Anstiegs der Suizidraten im Alter vorherrscht.

Beiden Mustern nicht zuzuordnen ist die deutliche Erhöhung der Suizide zwischen dem dreißigsten und dem vierzigsten Lebensjahr im Jahr 1992 in Stralsund.

In den Jahren 1990 und 1991 findet jedoch eine relative Annäherung an die bundesweite Tendenz mit Verlagerung eines Großteils der Suizide in die älteren Jahrgänge statt.

Die seit den fünfziger Jahren bestehende Tendenz einer überproportional großen Zunahme der Frauen jenseits des 60. Lebensjahres am Gesamtsuizidgeschehen von ca. 48 % in dieser Altersgruppe in der Bundesrepublik Deutschland, verglichen mit einem relativ konstanten Anteil der Männer des gleichen Jahrganges von ca. 27 – 30 % (Mauerer 2000; Schmidtke 1992) ist in ihrer Tendenz auch im Raum Stralsund nachweisbar. Die Frauen jenseits des 60. Lebensjahres weisen hier einen Anteil von 40 % auf, die Männer hingegen von 30 % in den entsprechenden Gruppen.

Dem gegenüber steht ein deutlicher Rückgang der Suizidziffern ab 1990, der dem Trend in der Bundesrepublik Deutschland zu dieser Zeit entspricht. In der Zeit von 1987 – 1990 war die Anzahl der Suizide deutlich höher, im Jahr 1988 mit 44 Fällen am höchsten.

Die Abbildung 20 gibt einen Überblick über die Entwicklung der Suizidziffern sowohl der BRD/alte Bundesländer sowie der DDR/neue Bundesländer in den Jahren 1987 – 1992. Aus ihr wird ersichtlich, dass in diesen Jahren stets eine höhere Gesamtsuizidziffer auf dem Gebiet der neuen Bundesländer vorherrschte. Dies gilt ebenso für die separaten Suizidziffern beider Geschlechter. Bei den Frauen besteht tendenziell seit Ende der 80iger Jahre eine Annäherung der Suizidziffern.

Abbildung 20

Datenquelle: Statistisches Bundesamt

BRD/ alte Bundesländer				DDR/ neue Bundesländer		
Jahr	Gesamt-suizidziffer	Anzahl männlich	Anzahl weiblich	Gesamt-suizidziffer	Anzahl männlich	Anzahl weiblich
1987	19,5	27	12	31,0	42	20
1988	18,0	25	11	29,0	40	18
1989	16,0	22	10	26,0	36	16
1990	16,0	22	10	25,0	35	15
1991	15,5	22	9	26,5	37	16
1992	15,5	21	9	22,0	31	13

Die Suizidziffern des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern und der ehemaligen DDR und ab 1990 der neuen Bundesländer vergleichend, wird ersichtlich, dass der Trend absteigender Suizidziffern auch hier nachweisbar ist, wobei die Gesamtsuizidziffer jedes Jahr relativ deutlich unter denen der gesamten neuen Bundesländer liegt.

Auffallend ist jedoch, dass bei der Suizidziffer der Männer wiederum eine weitestgehende Übereinstimmung in den Jahren von 1987 – 1989 sowie im Jahr 1992 vorliegt, so dass der Unterschied zwischen den Suizidziffern bei den Frauen im gleichen Zeitraum dementsprechend deutlicher wird.

Eine Übersicht über die demographische Entwicklung des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern, der Sterbefälle sowie des Anteils an Selbstmorden und die hieraus resultierende Suizidziffer geben die Abbildungen 21 und 22.

Abbildung 21

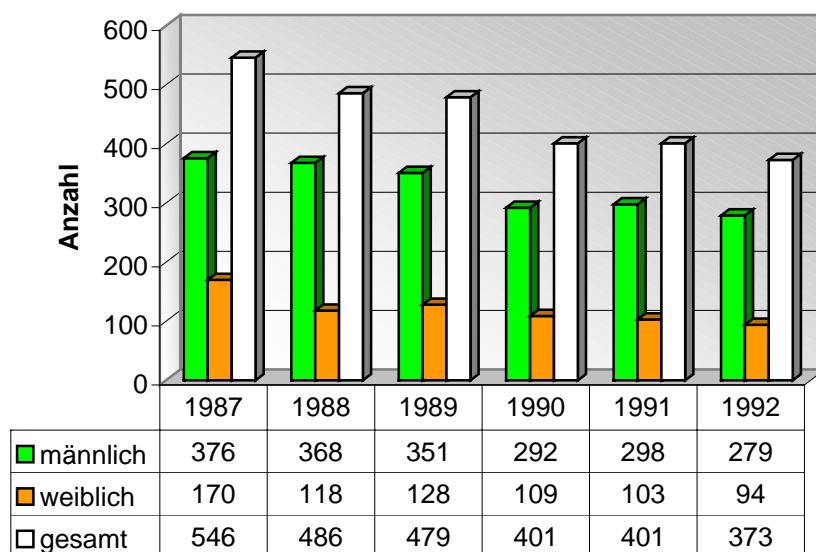
Übersicht über die Selbstmordsterblichkeit in Mecklenburg-Vorpommern 1987 – 1992

Quelle: Statistisches Landesamt M/V

Jahr	Geschlecht	Bevölkerung	Sterbefälle	Selbstmord	Selbstmordrate
1987	gesamt	1 971 280	21 600	546	27,7
	männlich	956 957	10 600	376	39,3
	weiblich	1 014 323	11 540	170	16,8
1988	gesamt	1 975 982	21 506	486	24,6
	männlich	961 577	10 252	368	38,3
	weiblich	1 014 405	11 254	118	11,6
1989	gesamt	1 976 434	21 231	479	24,3
	männlich	964 041	9 955	351	36,5
	weiblich	1 012 393	11 27	128	12,7
1990	gesamt	1 932 590	22 449	401	20,7
	männlich	939 858	10 858	292	31,1
	weiblich	992 732	11 591	109	11,0
1991	gesamt	1 907 707	21 477	401	21,0
	männlich	927 524	10 308	298	32,1
	weiblich	980 183	11 169	103	10,5
1992	gesamt	1 873 115	20 352	373	19,9
	männlich	913 545	9 851	279	30,5
	weiblich	959 570	10 501	94	9,8

Abbildung 22

Selbstmordsterblichkeit in Mecklenburg-Vorpommern



Die Abbildungen 23 und 24 stellen die demographische Entwicklung der Einwohnerzahl der Hansestadt Stralsund in den Jahren von 1987 bis 1992 dar und geben einen Überblick über die Suizidziffern des untersuchten Zeitraumes.

Abbildung 23

Einwohnerzahl Hansestadt Stralsund 1987 – 1992; Suizidziffern

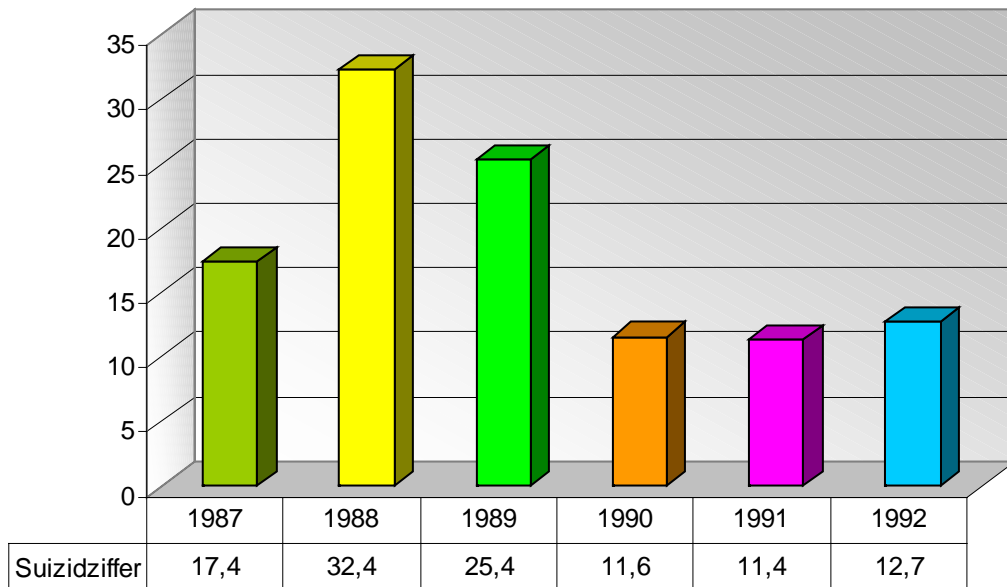
Jahr	Gesamteinwohnerzahl	Männer	Frauen	Suizidziffer
1987	75846	36655	39191	17,4
1988	75498	36545	38953	32,4
1989	74561	36128	38433	25,4
1990	72780	35071	37709	11,6
1991	71618	34598	37020	11,4
1992	70781	34288	36493	12,7

Bis auf die Jahre 1988 und 1989 schlägt sich auch hier die bundesweite Tendenz der Abnahme der Suizidziffern nieder mit einem deutlichen Absinken seit 1990. In den beiden genannten Jahren ist die Suizidziffer der Hansestadt Stralsund im Vergleich zum Bundesland Mecklenburg-Vorpommern höher, ebenso im Vergleich zu den anderen neuen Bundesländern im Jahr 1988. 1989 entspricht sie der Suizidziffer in den neuen Bundesländern. In den anderen Jahren liegt sie, sowohl im Vergleich zum eigenen Bundesland als auch zu den neuen Bundesländern, deutlich darunter.

Die höchste Suizidziffer weist das Jahr 1988 (43 Suizide) auf, die niedrigste das Jahr 1991 (16 Suizide). In den letzten drei Jahren von 1990 - 1992 ist sie relativ konstant.

Abbildung 24

Suizidziffer der Hansestadt Stralsund



4. Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit den Suiziden, welche in der Hansestadt Stralsund in den Jahren 1987 bis 1992 gegangen wurden. Dabei wurden zur Verfügung stehende Variablen, wie Alters- und Geschlechtsunterschiede, soziale, berufliche und familiäre Situation, Tötungsarten, Motive, vorausgegangene suizidale Haltungen, Ankündigung, tages- und jahreszeitliche sowie krankheitsbedingte Begleitumstände berücksichtigt.

Im untersuchten Zeitraum wurden in der Hansestadt Stralsund 150 Suizide begangen.

Im Erfassungszeitraum wurden Vergleiche der Suizidziffern der Hansestadt Stralsund mit dem Bundesland Mecklenburg-Vorpommern und den alten und neuen Bundesländern durchgeführt und ausgewertet.

In den Jahren von 1987 bis 1992 suizidierten sich 150 Personen in der Hansestadt Stralsund. Die durchschnittliche Suizidziffer für diesen Zeitraum beträgt 18,5 pro 100.000 Einwohner.

Sie liegt damit unter der durchschnittlichen Suizidziffer des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern (23 pro 100.000 Einwohner) sowie der neuen Bundesländer (26,6 pro 100.000 Einwohner) im untersuchten Zeitraum. Die durchschnittliche Suizidziffer für die alten Bundesländer für diese Jahre beträgt 16,6 pro 100.000 Einwohner und ist somit geringer.

Die Geschlechtsverteilung bei den Suiziden in Stralsund beträgt 1:2,4 und entspricht damit der seit Jahren stabilen Geschlechtsverteilung der Bundesrepublik Deutschland (1:2,5; s. Kap. 1.3.1.). Die meisten Suizide wurden bei den 50 – 60jährigen, gefolgt von der Gruppe der 30 – 40jährigen verübt. Das betrifft in diesen Altersgruppen beide Geschlechter.

Von 150 Suizidenten waren 70 (46%) zum Zeitpunkt der Tat verheiratet, 43 Suizidenten (29%) ledig, 18 Suizidenten (12%) verwitwet und 19 Suizidenten (13%) geschieden. Bei Verwitweten (je 9 Frauen und Männer) gibt es ein ausgewogenes Verhältnis zwischen beiden Geschlechtern. Bei den geschiedenen Suizidenten (67%), bei verheirateten Suizidenten (72%) und bei ledigen Suizidenten (79%) überwiegt deutlich das männliche Geschlecht. Bezogen auf die Gesamtsuizidzahl bildet somit die Gruppe der verheirateten Männer den größten Anteil am Suizidgeschehen mit 50 Fällen (33%), gefolgt von ledigen Männern mit 34 Fällen (23%). Diese Ergebnisse decken sich weitgehend mit denen von Reppenhagen (1996) und Piontke (1998) zur Untersuchung von Suizidalität in der Hansestadt Greifswald. Damit wird am ehesten die These von Kristel (1996) und Milch (1994) untermauert, dass Beziehungsstörungen und Partnerschaftskonflikte die Suizialität fördern, oder dass die familiäre Schutzfunktion bei fehlender gesellschaftlicher Integration aufgehoben wird (Henseler 1981).

Mit einem Anteil von 63% (64 Fälle) hatten die berufstätigen Suizidenten den größten Anteil am Suizidgeschehen. An zweiter Stelle folgt mit 28% (42 Fälle) die Gruppe der Altersrentner. Mit 17% (26 Fälle) kommt der Gruppe der Arbeits- und Beschäftigungslosen eine nicht unerhebliche Rolle zu. Dies umso mehr, da vor 1989 Arbeitslosigkeit de facto keine Rolle spielte. Die Untersuchung von

Kposowa (2001) berücksichtigend, dass mit sinkendem soziökonomischen Status die Selbstmordwahrscheinlichkeit steigt, ist in Bezug auf die „Nachwendesuizidalität“ ein Trend erkennbar.

Die meist praktizierte Methode der Selbsttötung ist die Strangulation. Sie wurde in 57% aller Suizide favorisiert (85 Fälle). Zugleich ist sie die mit Abstand am meisten gewählte Tötungsart männlicher Suizidenten (71 Fälle). Bei den Frauen steht an erster Stelle mit 36% die Stadtgasintoxikation. Hier gibt es einen deutlichen geschlechtsspezifischen Unterschied, da weibliche Suizidenten die „weichen“ Methoden in 52% der Fälle bevorzugten im Vergleich zum männlichen Geschlecht mit 23%.

In der Gruppe der über 60jährigen (47 Fälle) wurde die Strangulation in 25 Fällen (53%) als Methode der ersten Wahl favorisiert. Diese Ergebnisse decken sich mit den Feststellungen von Schmidtke & Weinacker (1994) zur Methodenwahl in den neuen Bundesländern und hinsichtlich der Tatsache, dass das Erhängen die am meisten gewählte Methode der über 60jährigen, unabhängig welchen Bundeslandes, ist.

In 24 Fällen lag zum Zeitpunkt der Tat eine psychiatrisch behandelte Erkrankung vor. Das entspricht einem Anteil von 16% am Suizidgeschehen. In 19 Fällen handelte es sich um Depressionen. Dies unterstreicht den im Kapitel 1.1. dargestellten Zusammenhang psychiatrischer Erkrankungen und suizidalen Geschehens.

In 95% der Fälle ging dem Suizid kein früherer Suizidversuch voraus. In 27 Fällen wurde mehrmals die Absicht einer Selbsttötung geäußert, davon befanden sich 14 Patienten bereits in psychiatrischer

Behandlung. In 31 Fällen wurde ein Abschiedsbrief gefunden, in einem Fall eine Tonbandaufnahme.

In 39 Fällen wurde der Suizid unter Alkoholeinfluss begangen (26%). In 2 Fällen war die Alkoholkrankheit Motiv der Selbsttötung. Dies entspricht den Ergebnissen der Studie von Anstetter (2000), der einen Substanzabusus in Form von Alkohol in 29% der Fälle ermitteln konnte.

Von 150 Suiziden wurde 127 (85%) in der Häuslichkeit begangen.

Die meisten Suizide wurden im Monat März, die wenigsten im Oktober verübt. Eine tageszeitliche Häufung trat in den Morgenstunden zwischen 6.00 und 12.00 Uhr, in den späten Nachmittagstunden sowie gegen 23.00 Uhr auf. Die wenigsten fanden in der Nacht von 19.00 – 22.00 Uhr und von 2.00 – 6.00 Uhr statt. Diese Ergebnisse entsprechen weitestgehend einer Untersuchung von Atamura et al. (1999), der im Rahmen einer Untersuchung von Suiziden in Italien im Zeitraum von 1990 bis 1994 die meisten Suizide in der Zeit von 8.30 Uhr bis 12.31 Uhr feststellen konnten, gefolgt von Spitzenzahlen zwischen 12.31 und 20.30 Uhr.

In 35 von 150 Suizidfällen ist das Motiv nachvollziehbar oder bekannt gewesen. Dabei bilden die psychiatrischen Grunderkrankungen den größten Anteil. Diese sind in 69% (24 Fälle) Motiv der Selbsttötung gewesen. Lediglich in einem Fall sind veränderte Bedingungen im Bereich des Arbeitsplatzes aufgrund gesellschaftspolitischer Veränderungen Suizidmotiv.

Hinsichtlich der Fragestellungen und Hypothesen meiner Analyse bin ich zu folgenden Ergebnissen gekommen:

Die vorliegende Arbeit erhärtet die These, dass in Phasen gesellschaftlicher Umwandlungen und veränderter sozialökonomischer Bedingungen eine Motivationsverschiebung bei der Durchführung der suizidalen Handlung stattfindet. Dafür spricht die Tatsache, dass in der Vorwendezeit in den Jahren von 1987 – 1989 lediglich 10% der Suizide durch Beschäftigungslose realisiert wurden (10 von 98 Suiziden). In den Jahren 1990 – 1992 betrug der Anteil der Arbeits- und Beschäftigungslosen 31% am Gesamtsuizidgeschehen (16 von 52 Suiziden) in der Hansestadt Stralsund.

Eine insgesamt erhöhte Suizidrate konnte jedoch nicht bestätigt werden. Dies ist einerseits übereinstimmend mit der bundesweiten tendenziellen Entwicklung abnehmender Suizidzahlen, lässt andererseits jedoch auch die Schlussfolgerung zu, dass andere, insbesondere persönliche Gründe in der Erwartung positiver gesellschaftlicher Umwälzungen bei der Entwicklung suizidalen Geschehens in den Hintergrund treten. Des Weiteren dürften die Entstehung neuer Strukturen (Sorgentelefone, Selbsthilfegruppen, religiöse Gemeinschaften etc.) in den neuen Bundesländern zu abnehmenden Suizidraten und Annäherung an die gesamtdeutsche Entwicklung der Suizidziffern geführt haben.

5. Suizidprophylaxe

Die Suizidprävention ist Aufgabe aller Ärztinnen und Ärzte. Sie ist nach wie vor eine fachliche Herausforderung, zumal – sowohl in der Auswertung der vorliegenden Arbeit, als auch der einschlägigen Quellen – kein „sicheres diagnostisches Instrumentarium zur Erkennung von Suizidalität und zur Beurteilung des aktuellen Suizidrisikos“ (Wolfersdorf 1989) existiert. Nach wie vor besitzt das in Kapitel 1.1. beschriebene „präsuizidale Syndrom“ nach Ringel (1953) für die Beschreibung von Menschen in suizidalen Entwicklungen Gültigkeit.

Hauptaugenmerk sollte dabei immer wieder auf die Gruppe psychiatrisch erkrankter Patienten gelegt werden, da in dieser Gruppe – insbesondere beim Vorliegen von Depressionen und Schizophrenien – ein bis zu 40 mal erhöhtes Risiko der suizidalen Entwicklung gegeben ist (Heilä et al. 1999; Allebeck et al. 1988; Myers et al. 1991; Roy 1982).

Damit einhergehend sollte der verantwortungsvolle Umgang mit Medikamenten zur Behandlung der psychiatrischen Grunderkrankungen, da diese Therapie zugleich die Möglichkeit der suizidalen Intoxikation mit solchen Substanzen erhöht (Kapur et al. 1992).

Ein weiterer Schwerpunkt liegt bei den sich in den letzten Jahren polarisierenden Altersgruppen der über 60jährigen und insbesondere der Kinder und Jugendlichen (Joffe et al. 1988; Kachur et al. 1995; Lee et al. 1998). Dies umso mehr, da soziale und familiäre Bedingungen die Entstehung suizidaler Entwicklungen bei Kindern und Jugendlichen fördern (Marttunen et al. 1994; Goldmann et al.

1993). Dies betrifft einerseits das erhöhte Risiko von Suiziden vor dem 18. Lebensjahr bei familiärer Vorgeschichte mit Selbsttötung in der Familie (Roy 1983) als auch das familiär gehäufte Auftreten psychiatrischer Erkrankungen und des Missbrauchs von Suchtmitteln (Bukstein et al. 1993; Brent et al. 1994).

Das Wissen darum berücksichtigend, ergeben sich gerade für den hausärztlich praktizierenden Arzt wichtige Hinweise beim Erkennen suizidaler Entwicklungen.

Im Rahmen seiner Tätigkeit in Zusammenarbeit mit allen zur Verfügung stehenden fachärztlichen Strukturen sollte bei entsprechender Vermutung im Umgang mit seinen Patienten das Thema nicht tabuisiert, sondern offen angesprochen werden. Vorurteile, dies würde das Suizidrisiko erhöhen, sind überholt. Das Gegenteil ist der Fall (Heim 2000). Ebenso überholt ist die Ansicht, dass ein Patient, der seinen Selbstmord ankündigt, diesen nicht in die Tat umsetzen wird. Grundsätzlich ist jedes Gespräch im Zusammenhang mit Suizidalität ein „Notfall-Gespräch“ (Wolfersdorf 2000) und ein Anti-Suizid-Pakt keine Gewähr für die Verhinderung des Selbstmordes (Heim 2000).

Ergebnisse der Würzburger Studie (s. Kap. 1.1.), der konzeptionellen Entwicklung von Kriseninterventionskonzepten – z.B. des Hamburger Therapie- und Forschungszentrums für Suizidgefährdete (Schneider et al. 1994) – und die offene Auseinandersetzung im täglichen ärztlichen Handeln sollten dazu beitragen, das Verständnis für den Prozess einer suizidalen Entwicklung, zugleich aber auch die Befähigung, damit umgehen zu können, zu vertiefen.

6. Literaturverzeichnis

Allebeck, P.; Allgulander, C.; Fisher, L.D. (1988). „Predictors of complicated suicide in a cohort of 50465 young men: role of personality and deviant behaviour BMJ Volume 297: 176 – 178

Altamura, C.; Gastel, A. v.; Piolo, R.; Mannu, P.; Maes, M. (1999). “Seasonal and circadian Rhythms in suicide in Cagliari, Italy.” J Affect Disord 53: 77 – 85

Antretter, E.; Dunkel, D.; Haring, C. (2000). „Die WHO/EURO-Multicenterstudie zu suizidalem Verhalten: Ergebnisse des österreichischen Forschungszentrums (in Tirol) im europäischen Vergleich.“ Wien Klein Wochenschr 112: 955-964

Apter, A.; Praag, H.M.; Plutchik, R.; Sevy, S.; Korn, M.; Brown, S.-L. (1990). “Interrelationships Among Anxiety; Aggression, Impulsivity and Mood: A Serotonergically Linked Cluster?” Psychiatry Research 32: 191 – 199

Barnow, S. (2000): “Lebensmüde. Suizidalität als Zeichen einer psychischen Störung?” In: Barnow, S.; Freyberger H.J.; Fischer W.; Linden M.; (Hrsg.): „Von Angst bis Zwang. Ein ABC der Psychischen Störungen: Formen, Ursachen und Behandlung.“ Verlag Hans Huber, Bern 123 - 138

Boelle, P.Y.; Flahault, A. (1999). “Suicide trends in France and UK.” The Lancet Vol. 353: 1364

Brent, D.A.; Peprepr, J.A.; Moritz, G.; Liotus, L.; Schweers, J.; Balach, L.; Roth, C. (1994). “Familial Risk factors for adolescent suicide: a case-control study.” Acta Psychiatr Scand 89: 52 – 58

Bukstein, O.G.; Brent, D.A.; Perper, J.A.; Moritz, G.; Baugher, M.; Schweers, J.; Roth, C.; Balach, L. (1993). “Risk factors for completed suicide among adolescents with a lifetime history of substance abuse: a case-control study.” Acta Psychiatr Scand 88: 403 – 408

Cocarro, E.F.; Siever, L.J.; Klar, H.M.; Mauer, G.; Cochrane, K.; Cooper, T.B.; Mohs, R.C.; Davis, K.L. (1989) “Serotonergic Studies in Patients With Affective and Personality Disorders.” Arch Gen Psychiatry-Vol 46: 587 – 599

Coid, J. (1983). “The epidemiology of abnormal homicide and murder followed by suicide.” Psychological Medicine 13: 855 – 860

Durkheim, E. (1997). "Der Selbstmord." Frankfurt/M; Suhrkamp
6. Auflage

Farberow, N.L. (1994). „Das Spektrum von Suizidalität – Der
Gesellschaft fehlt das Verständnis.“ Originalarbeit;
Sonderheft 34 – 37

Freemann, A.; Reinicke, M. A.; (1995). „Selbstmordgefahr?“
Bern/Göttingen/Toronto; Hans Huber

Freyberger, H.J.; Stieglitz, R.D. (1996). „Kompendium der Psychiatrie
und Psychotherapie.“ Karger, 10. Auflage;
Basel/Freiburg/Paris/London/New York

Gastpar, M.; Wakelin, J.S. (1988) „The Role of Serotonin in
Depression and Suicide: Do Serotonin Reuptake Inhibitors Provide a
Key?“ Adv. Biol. Psychiatry Vol. 17: 70 – 83

Goldman, J.S.; D`Angelo, E.J.; Demaso, D.R. (1993).
"Psychopathology in the Families of Children and Adolescents With
Borderline Personality Disorder." American Journal Psychiatry 150:
1832 – 1835

Goldney, R.D.; Haris, L.C.; Badri, A.; Michael, S.; Fisher, L. (1998).
"Suicidal Ideation in Sudanese Women; Hogrefe & Huber Publishers;
Crisis 19/4

Haenel, H.; Pödingner, W. (1986). "Erkennen und Beurteilen der
Suizidalität. In: K.P. Kisker; H. Lauter; J.E. Meyer; V. Müller; E.
Strömngren (Eds.). „Psychiatrie der Gegenwart“ (Bd. 2) 107 – 132

Heil, Ä.H.; Isometsä, I.T.; Henriksson, M.M.; Heikkinen, M.E.;
Marttunen, M.J.; Löönqvist, J.K. (1999). „Suicide Victims With
Schizophrenia in Different Treatment Phases and Adequacy of
Antipsychotic Medication.“ J Clin Psychiatry 60: 200 – 208

Heim, Th. (2000). "Vorsicht, der Anti-Suizid-Pakt taugt nicht als
Persilschein!" In: Ärztliche Praxis Nr. 72, S. 1

Ho, T.P.; Chao, A.; Yip, P.S.F. (1997). "Seasonal variation in suicides
reexamined: no sex difference in Hongkong und Taiwan." Acta
Psychiatr Scand 95: 25 – 31

Joffe, R.T.; Offord, D.R.; Boyle, M.H. (1988). "Ontario Child Health
Study: Suicidal Behavior in Youth Age 12 – 16 years". Am J
Psychiatry 145: 1420 - 1423

- Kachur, S.P.; Potter, L.B.; Powell, K.E.; Rosenberg, M.L. (1995). "Suicide: Epidemiology, Prevention, Treatment." *Adolescent Medicine* Vol. 6: 171 – 182
- Kapur, S.; Mieczkowski, T.; Mann, J. (1992). „Antidepressant Medication and the Relative Risk of Suicide Attempt and Suicide." *JAMA* Vol. 268: 3441 – 3445
- Kendler, K.S.; Gardner, C.O.; Prescott, C.A. (1999). "Clinical Characteristics of Major Depression That Predict Risk of Depression in Relatives." *Arch Gen Psychiatry* Vol. 56: 322 – 327
- Kleck, G. (1988). "Miscounting Suicides; Suicide and Life-Threatening Behavior Vol. 18 : 219 – 236
- Kondrichin, S.; Lester, D. (1998). "Suicide in Belarus". Hogrefe & Huber Publishers; *Crisis* 19/4 167 - 171
- Kosky, R.; Silburn, S.; Zubrick, S.R. (1990). "Are Children and Adolescents Who Have Suicidal Thoughts Different from Those Who Attempt Suicide?" *The Journal of Nervous and Mental Disease* 38 – 43
- Kposowa, A.J. (2000). "Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study." *J Epidemiol Community Health* 54: 254 – 261
- Kristel, K.H. (1996). "Suizid: Theorien, Häufigkeiten, Risikofaktoren und Krisenintervention. Erkennung einer Suizidgefährdung – Therapeutisches Verhalten der Pflegekraft." *Krankenpfl J* 34: 190 – 197
- Lee, C.J.; Collins, K.A.; Burgess, S.E. (1999). "Suicide Under the Age of Eighteen." *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology* 20: 27 – 30
- Lungershausen, E.; Kaschka, W.P.; Witkowski, R.J. (1990). „Affektive Psychosen". Schattauer; Stuttgart-New York
- Maldonado, G.; Kraus, J.F. (1991). „Variations in suicide occurrence by time of day, day of week, month and lunar phase." *Suicide Life Threat Behav* 21: 174 -187
- Mann, J.; Stanley, M. (1986) "Afterword". *Review of Psychiatry* Vol. 7: 422 – 426

- Marttunen, M.J.; Aro, H.M.; Henriksson, M.M.; Lönnqvist, J.K. (1994). "Antisocial behaviour in Adolescent suicide". *Acta Psychiatr Scand* 89: 167 – 173
- Marusic, A. (1998). "Suicide Mortality in Slovenia: Regional Variation". Hogrefe & Huber Publishers; *Crisis* 19/4: 159 – 166
- Mauerer, C.; Wolfersdorf, M. (2000). "Suizide in der Bundesrepublik Deutschland"; *psycho* 26: 315 – 318
- McIntosh, J.L. (1992). „Older Adults: The Next Suicide Epidemic?“ *Suicide and Life-Threatening Behaviour* Vol. 22: 322 – 332
- Milch, W. (1994). "Theorien zum Suizid." *Pflege Z* 47: 12 – 16
- Murad, M.K. (1998). "Suicide and Attempted Suicide in Pakistan". Hogrefe & Huber Publishers; *Crisis* 19/4: 172 – 176
- Myers, K.; McCauley, E.; Cajderon, R.; Mitchell, J.; Burke, P.; Schloredt, K. (1991). "Risks for Suicidality in Major Depressive Order". *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry* 30: 86 – 94
- Nayha, S. (1983). "The bi-seasonal incidence of some suicides. Experience from Finland by marital status, 1961 – 1976." *Acta Psychiatr Scand* 67: 32 – 42
- Neeleman, J.; Lewis, G. (1999). "Suicide, religion and socioeconomic conditions an ecological." *Study in 26 countries; 1990; Epidemiol Community Health* 53: 204 – 210
- Piontke, U. (1998). "Suizide und Suizidversuche im Stadt- und Landkreis Greifswald in den Jahren 1989 – 1992." *Dissertation Greifswald*
- Remschmidt, H. (1992). „Suizidhandlungen im Kindes- und Jugendalter – Therapie und Prävention; Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie“. Heft 2: 35 – 49
- Reppenhagen, U. (1996). „Suizid und Parasuizid im Stadt- und Landkreis Greifswald von 1976 – 1988“. *Dissertation Greifswald*
- Ringel, E. (1953). „Der Selbstmord.“ *Wien; Verlag für medizinische Wissenschaften Maudrich*
- Roy, A. (1983). „Family History of Suicide.“ *Arch Gen Psychiatry* Vol. 40: 971 – 974

Roy, A. (1982). "Risk Factors for Suicide in Psychiatric Patients". Arch Gen Psychiatry Vol. 39: 1089 – 1095

Roy, A.; Karoum, F.; Pollack, S. (1992). "Marked Reduction in Indexes of Dopamine Metabolism Among Patients WITH Depression Who Attempt Suicide". Arch Gen Psychiatry Vol. 49: 447 – 450

Schmidtke, A. (1991). "Probleme der zuverlässigen Erfassung". psycho 17: 234 – 247

Schmidtke, A. (1995). „Suizid- und Suizidversuchsraten in Deutschland, In: Wolfendorf, M.; Kaschka, W.P.: Suizidalität – Die biologische Dimension“. Springer-Verlag Berlin-Heidelberg 1995

Schmidtke, A. (1992). „Werden Suizidhandlungen in der Bevölkerung seltener? Neue epidemiologische Ergebnisse“. Nervenheilkunde 11: 32 – 35

Schmidtke, A. (1984). „Zur Entwicklung der Häufigkeit suizidaler Handlungen im Kindes- und Jugendalter in der Bundesrepublik Deutschland 1950 – 1981“. Suizidprophylaxe; Theorie und Praxis 11: 45 – 79

Schmidtke, A.; Bille-Brahe, U.; DeLeo, D.; Kerkhof, A.; Bjerke, T.; Crepet, P.; Haring, C.; Hawton, K.; Lönnqvist, J.; Michel, K.; Pommereau, X.; Querejeta, I.; Philippe, I.; Salander-Renberg, E.; Temesvary, B.; Wassermann, D.; Fricke, S.; Weinacker, B. (1996). „Sampaio-Faria; Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of Suicide attempters during the period 1989 – 1992. Result of the WHO/EURO Multi-Centre Study on Parasuicide.“ Acta Psychiatr Scand 93: 327 – 338

Schmidtke, A.; Häfner, H. (1986). "Die Vermittlung von Selbstmordmotivation und Selbstmordhandlungen durch fiktive Modelle". Nervenarzt 57: 502 – 510

Schmidtke, A.; Weinacker, B. (1991). „Suizidraten, Suizidmethoden und unklare Todesursachen alter Menschen“. Zeitschrift für Gerontologie 24: 3 – 11

Schmidtke, A.; Weinacker, B. (1994). „Suizidalität in der Bundesrepublik und in den einzelnen Bundesländern: Situation und Trends.“ Suizidprophylaxe 1: 4 – 16

Schneider, V.; Israel, M.; Felber, H. (1994). „Suizidprävention und gesellschaftlicher Wandel.“ S. Roderer Verlag, Regensburg

Statistische Berichte Landesamt Mecklenburg-Vorpommern;
„Gestorbene nach Todesursachen, Geschlecht und Altersgruppen in
Mecklenburg-Vorpommern 1980 - 1989 und 1990 – 1994“.
Herausgegeben im August 1995

Struck (2000). „Depression – Was ist das? Ein Leitfaden für den
psychiatrisch interessierten Hausarzt“. Universitätsverlag Wiesbaden

Topol, P.; Reznikoff, M. (1982). „Perceived Peer and Family
Relationships, Hopelessness and Locus of Control as Factors in
Adolescent Suicide Attempts“. *Suicide and Life-Threatening Behavior*
Vol. 12: 141 – 150

Träskman, L.; Asberg, M.; Bertilsson, L.; Sjöstrand, L. (1981).
„Monoamine Metabolites in CSF and Suicidal Behavior“. *Arch Gen
Psychiatry* Vol. 38: 631 – 636

Wagle, S.A.; Wagle, A.C.; Apte, J.S. (1999). „Patients with suicidal
burns and accidental burns: a comparative study of socio-
demographic profile in India“. *Burns* 25: 158 – 161

Wedler, H.; Wolfersdorf, M.; Welz, R. (1992). „Therapie bei
Suizidgefährdung – Ein Handbuch“. S. Roderer Verlag, Regensburg

Wegener, R. (2002). „Die Leichenschau – Fehler und Problemfelder“
In: *Journal KV/MV* 02: 14 – 16

Wenglein, E.; Hellwig, A.; Schoof, M. (1996). „Selbstvernichtung-
Psychodynamik und Psychotherapie bei autodestruktivem Verhalten“.
Vandenhoeck & Ruprecht; Göttingen-Zürich

Wiegand (1987). „Rückgang der Todesfälle durch Suizid in Berlin -
das Ergebnis einer statistischen Fehlerfassung“. *Suizidprophylaxe* 14:
199 – 224

Wiemann, K. et al. (1993). „Suizidales Verhalten“ In: *MSD-Manual*;
Urban & Schwarzenberg; München 3068 – 3075

Wolfersdorf, M. (2000). „Begriffsbestimmung und Grundzüge der
notfallpsychiatrischen Suizidprävention“. *Psycho* 26: 319 – 325

Wolfersdorf, M. (1989). „Erkennen und Beurteilen von Suizidalität“.
Therapiewoche 39: 2947 – 2958

Wolfersdorf, M.; Mauerer, C. (2000). „Suizidalität-Editorial“. *Psycho*
26: 6

Wolfersdorf, M.; Kaschka, W. (1995). „Suizidalität – Die biologische Dimension; TROPON-Symposium“. Springer-Verlag Berlin-Heidelberg-New York

Zhao-Xiong, H.; Lester, D. (1998). "Methods for Suicide in Mainland China". *Death Studies*; Vol. 22: 571 - 579

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Dissertation selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Die Dissertation ist bisher keiner anderen Fakultät vorgelegt worden.

Ich erkläre, dass ich bisher kein Promotionsverfahren erfolglos beendet habe und dass eine Aberkennung eines bereits erworbenen Doktorgrades nicht vorliegt.

Andreas Krüger

Danksagung

Für die Anleitung und Unterstützung bei der Erstellung der Arbeit möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. med. H.J. Freyberger herzlich bedanken.

Gleichfalls möchte ich mich bei Herrn Reinhold Prehn für die vielen wertvollen Hinweise bedanken, ebenso bei Herrn Dr. Edgar Nagy, der mir bei der Erstellung der Grafiken behilflich und darüber hinaus stets Ansprechpartner war.

Vielen Dank auch Frau Wewezer und ihrem Sohn vom gleichnamigen Schreibbüro für das Schreiben der Arbeit.

Ein besonderer Dank meiner Frau und meinen Kindern für ihr Verständnis und den Verzicht auf viele Stunden unseres Familienlebens.

Lebenslauf

Persönliche Angaben

Name:	Krüger
Vorname:	Andreas
Geburtsdatum:	15.10.1962
Geburtsort:	Eisenach
Staatsangehörigkeit:	deutsch
Wohnort:	18439 Stralsund, Bleistraße 13a
Familienstand:	verheiratet

Ausbildung:

1969 – 1977	Schule mit erweitertem Sprachunterricht in Eisenach
1977 – 1981	Ernst Abbé – Gymnasium Eisenach
1981 – 1982	Facharbeiter für Krankenpflege Militärmedizinische Akademie Bad Saarow
1982 – 1988	Studium der Humanmedizin EMAU Greifswald, Approbation

Berufstätigkeit

1988 – 1991	Leiter der Medizinischen Einrichtung der Offiziersschule der Volksmarine Stralsund
Seit 1992	niedergelassener Arzt für Allgemeinmedizin in Stralsund

Qualifikationen

1981	Sprachkundigenachweis Russisch, Englisch
1993	Akupunkturausbildung Gesellschaft für Reflexmedizin
1998	Facharzt für Allgemeinmedizin
2003	Osteopathie, Still-Academy Münster

Andreas Krüger
Stralsund, im August 2003