

Dipl.-Volkswirt Stefan P. Rübenach

# Todesursache Suizid

*Das Thema Suizid wurde lange Zeit tabuisiert, obwohl es einen bedeutenden Teil der Todesursachenstatistik ausmacht. Mit 9 765 Menschen starben im Berichtsjahr 2006 mehr als 1 % aller Menschen in Deutschland durch eine Vorsätzliche Selbsttötung/-vergiftung und damit fast doppelt so viele wie durch in der Todesursachenstatistik ausgewiesene Verkehrsunfälle. Der folgende Beitrag beleuchtet das gesellschaftspolitisch brisante Thema aus Sicht der amtlichen Statistik und zeigt die Entwicklung der Sterblichkeit seit 1980 sowohl im geschlechts- und altersspezifischen Vergleich als auch im regionalen Vergleich.*

## Historie<sup>1)</sup>

Die Tabuisierung des Themas Suizid hat eine lange Geschichte: Bereits in den Zeiten altrömischer oder altgriechischer Herrschaft galt die Selbsttötung für Männer wie Frauen als Verbrechen gegen die Gesellschaft. So wurde der Suizid von Dienern und Sklaven als Diebstahl am Herrn betrachtet, der als einziger über seine Untertanen und deren Leben und Tod bestimmen durfte.<sup>2)</sup> In Athen musste die Erlaubnis zum Suizid erst von der Obrigkeit eingeholt werden; in Rom war vor allem ein Suizid verboten, der zur Schwächung des Staates beitrug – in Zeiten der Hungersnot wurde die Selbsttötung hingegen begrüßt.<sup>3)</sup> Spätestens seit den Konzilen von Arles (452 n. Chr.) und Brage (563 n. Chr.)

wurden auch von der katholischen Kirche alle Arten von Suizid verurteilt und als Mord betrachtet. Zusätzliche Bestrafungen, die an Leichen von Suizidenten durchgeführt wurden, sollten andere von dieser Tat abschrecken.

Mit der Entwicklung des psychiatrischen Denkens im 17. Jahrhundert wurden mögliche Suizidenten bald als geistig erkrankte Menschen betrachtet. Die eigentliche wissenschaftliche Untersuchung der Selbsttötung als eine Form von Geisteskrankheit begann durch den französischen Arzt Esquirol im Jahr 1938.

Die unterschiedlichen Bezeichnungen der suizidalen Handlung im deutschsprachigen Raum zeigen die in der jeweiligen Forschungsdisziplin vorherrschende Einstellung zur Tat als solche: In der Philosophie findet sich der Begriff „Freitod“ als der freiwillige Akt eines entscheidungsfähigen Individuums.<sup>4)</sup> In der Religion wird jedoch bis heute von „Selbstmord“ und damit von einer zu verurteilenden Tat gegen den Menschen als einem Geschöpf Gottes gesprochen. In jüngerer Vergangenheit gibt es in der medizinischen (bzw. allgemein: naturwissenschaftlichen) Literatur das Bemühen, mit dem Begriff „Suizid“ eine möglichst neutrale Bezeichnung zu verwenden, um eine vorurteilsfreie, enttabuisierende Untersuchung des Akts der Selbsttötung zu ermöglichen.<sup>5)</sup> Der Begriff „Suizid“ wird vom Lateinischen „sui caedere“ abgeleitet und bedeutet soviel wie „sich töten“. Neueren

1) Siehe Erazo, N.: „Zur Epidemiologie des Bahnsuizids unter besonderer Berücksichtigung des Geschlechtseffekts auf Zeit, Ort und Ausgang des Geschehens“, Ludwig-Maximilians-Universität zu München, Dissertation 2006.

2) Siehe Minois, G.: „Geschichte des Selbstmords“, Düsseldorf/Zürich 1996.

3) Siehe Langenberg-Pelzer, G.: „Das Motiv des Selbstmords in der deutschen Literatur der Jahrhundertwende“, Philosophische Fakultät der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen, Dissertation 1995, sowie Rost, H.: „Bibliographie des Selbstmords“, Augsburg 1927.

4) Siehe Améry, J.: „Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod“, 4. Auflage Stuttgart 1989, Original 1976.

5) Siehe auch Helmich, P.: „Selbstmord – Ein Wort, das es nicht geben sollte“ in Deutsches Ärzteblatt 101, Heft 23, 2004, S. B 1374.

Definitionen zufolge versteht man unter Suizid (Selbstmord und -beschädigung) eine Handlung mit Todesfolge, die mit bewusster Absicht durchgeführt wird. Da sich die Erfahrung der Unausweichlichkeit und Endgültigkeit des Todes erst in der Präpubertät einstellt, ist fraglich, ab welchem Alter man tatsächlich von Suizid sprechen kann.<sup>6)7)</sup>

## Daten der amtlichen Statistik und Methodik der Erfassung

Die Todesursachenstatistik basiert auf der Auswertung aller Leichenschaucheine nach dem jeweiligen Grundleiden. Der dreistellige Schlüssel stellt die Kernklassifikation der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD, WHO-Fassung) dar, der für die internationalen Meldungen der Todesursachendaten an die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie für allgemeine internationale Vergleiche verbindlich ist. Die tiefer gegliederten vierstelligen Subkategorien sind zwar für die Berichterstattung auf internationaler Ebene nicht verbindlich, werden jedoch für viele Anwendungszwecke empfohlen und sind ebenso wie die „Sonderverzeichnisse zur Tabellierung der Mortalität und Morbidität“ ein integraler Bestandteil der ICD. Die 9. Revision der ICD (ICD-9) wurde bis zum Berichtsjahr 1997 einschließlich verwendet.<sup>8)</sup> Mit der 10. Revision wurden auch die bei Suiziden zu codierenden Todesursachen modifiziert. Insbesondere wurde die Kernklassifikation (dreistelliger Schlüssel) von zehn Positionen (ICD-9) auf 25 Positionen (ICD-10) erweitert und bietet daher eine detailliertere Differenzierungsmöglichkeit der Suizide (siehe die Übersicht).

Darüber hinaus sind die folgenden Kategorien im Bedarfsfall zur Kennzeichnung des Ortes des Ereignisses einer äußeren Ursache nach der ICD-10, somit auch der Vorsätzlichen Selbsttötung, zu verwenden:

- 0 Zu Hause
- 1 Wohnheime oder -anstalten
- 2 Schule, sonstige öffentliche Bauten
- 3 Sportstätten
- 4 Straßen und Wege
- 5 Gewerbe- und Dienstleistungseinrichtungen
- 6 Industrieanlagen und Baustellen
- 7 Landwirtschaftliche Betriebe

- 8 Sonstige näher bezeichnete Orte
- 9 Nicht näher bezeichneter Ort des Ereignisses

Es fällt auf, dass mit der Einführung der ICD-10 die Folgezustände nach Vorsätzlicher Selbstbeschädigung/-vergiftung<sup>9)</sup> nicht mehr in der Obergruppe der Vorsätzlichen Selbstbeschädigung (X60 bis X84), sondern in der Obergruppe Folgezustände äußerer Ursachen von Morbidität und Mortalität (Y85 bis Y89) erfasst werden.<sup>10)</sup> Daneben wird mit der Aufnahme der Kennzeichnung des Ortes des Ereignisses für die Vorsätzliche Selbstbeschädigung auch die Transparenz und Vergleichbarkeit der Diagnosen erhöht.

In der wissenschaftlichen Literatur haben sich grundsätzlich drei unterschiedliche Perspektiven für die Theoriebildung und die Erklärung von Suiziden (suizidalen Verhaltens) etabliert:

### Die Perspektive der Biologie

Die Perspektive der Biologie beruht grundsätzlich auf genetischen und neurobiologischen Studien. Diese versuchen suizidales Verhalten aufgrund familiärer Umstände und genetischer Gegebenheiten zu erklären. Denkbar sind hier zum Beispiel Einflüsse durch alkoholkranken Eltern.<sup>11)12)</sup>

### Die Perspektive der Soziologie

Die Soziologie diskutiert den Zusammenhang zwischen gesellschaftlichen Entwicklungen und der Entwicklung von Suizidhäufigkeiten in verschiedenen Gesellschaften. Bereits Ende des 19. Jahrhunderts kam eine Studie Durkheims zu dem Schluss, dass die Suizidhäufigkeit mit dem Zerfall gemeinsamer Werte in einer Gesellschaft zusammenhängt; demgegenüber schien seines Erachtens die Suizidrate gering zu sein, wenn die Gesellschaft in hohem Maße gemeinsame Werte hat.<sup>13)</sup> Des Weiteren sind auch Einflüsse kleinerer Strukturen denkbar, wie sie weltanschauliche Gemeinschaften, städtische oder ländliche Regionen bzw. Familiensysteme darstellen.

### Die Perspektive der Psychoanalyse

Grundsätzlich gilt der Suizid nach psychiatrischem Verständnis als Ende einer krankhaften Entwicklung. Eine psychische Erkrankung erhöht das Risiko suizidaler Handlungen deutlich.<sup>14)</sup> Zu den psychiatrischen und psychologischen Fak-

6) Siehe Statistisches Bundesamt (Hrsg.): „Gesundheitsbericht für Deutschland“, Wiesbaden 1998, S. 223 ff.

7) In dieser Ausarbeitung werden sowohl die Begriffe Suizid als auch Vorsätzliche Selbstbeschädigung/-vergiftung neutral als Synonym – und damit werturteilsfrei von der vorangegangenen Diskussion – verwendet.

8) Die ausführliche Aufstellung der ICD-9 einschließlich der vierstelligen Subkategorien enthält der Anhang auf S. 971.

9) Die ICD-10-Position Y87 wird darüber hinaus auch zur Codierung von Sterbefällen als Folgezustand eines tätlichen Angriffs oder eines Ereignisses benutzt, dessen nähere Umstände unbestimmt sind.

10) Die Kategorien Y85 bis Y89 sind zu benutzen, um bei Zuständen, die „Folgen“ oder „Spätfolgen“ sind und anderenorts klassifiziert werden, anzugeben, dass sie Ursache des Todes, einer Schädigung oder Behinderung sind. Zu den „Folgen“ zählen Zustände, die als solche bezeichnet sind oder die als „Spätfolgen“ ein Jahr oder später nach dem verursachenden Ereignis bestehen.

11) Siehe Bronisch, T.: „Der Suizid“, München 1999, sowie Brent, D. A./Bridge, J./Johnson, B. A./Connolly, J.: „Suicidal behavior runs in families. A controlled family study of adolescent suicide victims“ in Archives of General Psychiatry, Vol. 53, 1996, S. 1145 ff.

12) Siehe Bronisch, T.: „Suizidalität“ in Möller, H.-J./Laux, G./Kapfhammer, H.-P.: „Psychiatrie und Psychotherapie“, Berlin 2003, S. 1745 ff.

13) Siehe Durkheim, E.: «Le suicide. Etude de sociologie», Paris 1897 (deutsche Ausgabe: Der Selbstmord, Neuwied/Berlin 1973). Die Hypothesen Durkheims lassen sich jeweils durch viele Gegenbeispiele widerlegen. Allerdings war er der Erste, der systematisch Todesursachenstatistiken aus verschiedenen europäischen Ländern sammelte, epidemiologische Muster aufzeigte sowie die Bedeutung säkularer und politischer Entwicklungen und deren Einfluss auf die Suizidraten herausstellen konnte (siehe Erazo, N., Fußnote 1).

14) Siehe Fußnote 6, S. 224.

Suizide in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD)

9. Revision (ICD-9)		10. Revision (ICD-10)	
E950	Selbstmord/Selbstbeschädigung – durch Vergiftung mit festen oder flüssigen Stoffen	X60 X61	Vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber – nichtopioidhaltige(n) Analgetika, Antipyretika und Antirheumatika – Antiepileptika, Hypnotika, Antiparkinsonmittel(n) und psychotrope(n) Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert
		X62	– Betäubungsmittel(n) und Psychodysleptika [Halluzinogene(n)], anderenorts nicht klassifiziert
		X63	– sonstige(n) Arzneimittel(n) mit Wirkung auf das autonome Nervensystem
		X64	– sonstige(n) und nicht näher bezeichnete(n) Arzneimittel(n), Drogen und biologisch aktive(n) Substanzen
		X65	– Alkohol
		X66	– organische(n) Lösungsmittel(n) oder halogenierte(n) Kohlenwasserstoffe(n) und deren Dämpfe(n)
		X68	– Schädlingsbekämpfungsmittel(n) [Pestizide(n)]
		X69	– sonstige(n) oder nicht näher bezeichnete(n) Chemikalien und schädliche(n) Substanzen
E951	– durch Vergiftung mit im Haushalt verwendeten Gasen	X67	– sonstige(n) Gase(n) und Dämpfe(n)
E952	– durch Vergiftung mit sonstigen Gasen und Dämpfen		
E953	– durch Erhängen, Erdrosseln und Ersticken	X70	Vorsätzliche Selbstbeschädigung – durch Erhängen, Strangulierung oder Ersticken
E954	– durch Ertrinken	X71	– durch Ertrinken und Untergehen
E955	– durch Feuerwaffen und Explosivstoffe	X72	– durch Handfeuerwaffe
		X73	– durch Gewehr, Schrotflinte oder schwerere Feuerwaffe (Schusswaffe)
		X74	– durch sonstige oder nicht näher bezeichnete Feuerwaffe (Schusswaffe)
		X75	– durch Explosivstoffe
E956	– durch schneidende und stechende Gegenstände	X78	– durch scharfen Gegenstand
E957	– durch Sturz aus der Höhe	X80	– durch Sturz in die Tiefe
E958	– auf sonstige und nicht näher bezeichnete Art und Weise	X76	– durch Rauch, Feuer und Flammen
		X77	– durch Wasserdampf, heiße Dämpfe oder heiße Gegenstände
		X79	– durch stumpfen Gegenstand
		X81	– durch Sichwerfen oder Sichlegen vor ein sich bewegendes Objekt
		X82	– durch absichtlich verursachten Kraftfahrzeugunfall
		X83	– auf sonstige näher bezeichnete Art und Weise
		X84	– auf nicht näher bezeichnete Art und Weise
E959	Spätfolgen des Selbstmordversuchs und der Selbstbeschädigung		

toren, die im Zusammenhang mit Suiziden stehen, zählen unter anderen

- Depressionen,
- Schizophrenie,
- manisch-depressive Störungen,
- Angststörungen,
- Persönlichkeitsstörungen und
- chronisch Kranke mit fehlender Heilungsaussicht.

Insbesondere Depressionen sind häufig ursächlich für Suizide und Schätzungen zufolge bei 65 bis 95 % aller Suizide die psychiatrische Pathologie.<sup>15)</sup>

Obwohl

- die Daten der amtlichen Todesursachenstatistik in Verbindung mit anderen Untersuchungen die Letalität einer Erkrankung messen können,
- die Todesursachenstatistik als eine zentrale Säule der Gesundheitsstatistiken auch in anderen Ländern (national/international) durchgeführt wird und sich entsprechend für Vergleiche eignet,
- Daten für einen längeren Zeitraum vorliegen und sich mittels geeigneter statistischer Verfahren Trends erkennen und Einflussgrößen auf die Mortalitätsentwicklung bestimmen lassen und

15) Siehe Krug, E./Dahlberg, L./Mercy, J./Zwi, A./Lozano, R. (Hrsg.): "World report on violence and health", World Health Organization (WHO), Genf 2002, S. 192.

- die Todesursachenstatistik als jährliche Vollerhebung eine optimale Datengrundlage zur Erarbeitung von Präventionsmaßnahmen im Rahmen der Gesundheitsförderung und deren Wirkungsanalyse bietet,

ist sie dennoch nicht in der Lage, Informationen zu gesellschaftlichen Wertvorstellungen und den psychischen und psychiatrischen Krankheitsformen von Menschen, die den Freitod wählen, zu liefern.

Ausschlaggebend hierfür ist die Erfassung der Sterbefälle in der Todesursachenstatistik nach dem Regelwerk der ICD-10. Danach werden die Vorsätzlichen Selbstbeschädigungen und -vergiftungen im Kapitel XX (Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität) lediglich als ergänzende Klassifizierung für Verletzungen und Vergiftungen (Kapitel XIX) codiert. Ein Bezug zu zum Beispiel etwaigen psychischen Erkrankungen (Kapitel V) ist aufgrund der monokausalen Erfassung nicht möglich. Darüber hinaus werden im ICD-10-System die Kategorien „sonstiger Tod unbekannter Ursache“ (ICD-10: R96), „Tod ohne Anwesenheit anderer Personen“ (ICD-10: R98) und „sonstige ungenau oder nicht näher bezeichnete Todesursachen“ (ICD-10: R99) klassifiziert, die sich als „Tod unklarer Ursache“ zusammenfassen lassen. Etwaige Suizide könnten bei der ärztlichen Leichenschau so nicht als solche festgestellt und deshalb nicht in der Todesursachenstatistik klassifiziert werden.

Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass es zu systematischen Unterschätzungen der Suizide in der Todesur-

sachenstatistik durch die beschriebene Problematik kommen kann.<sup>16)</sup>

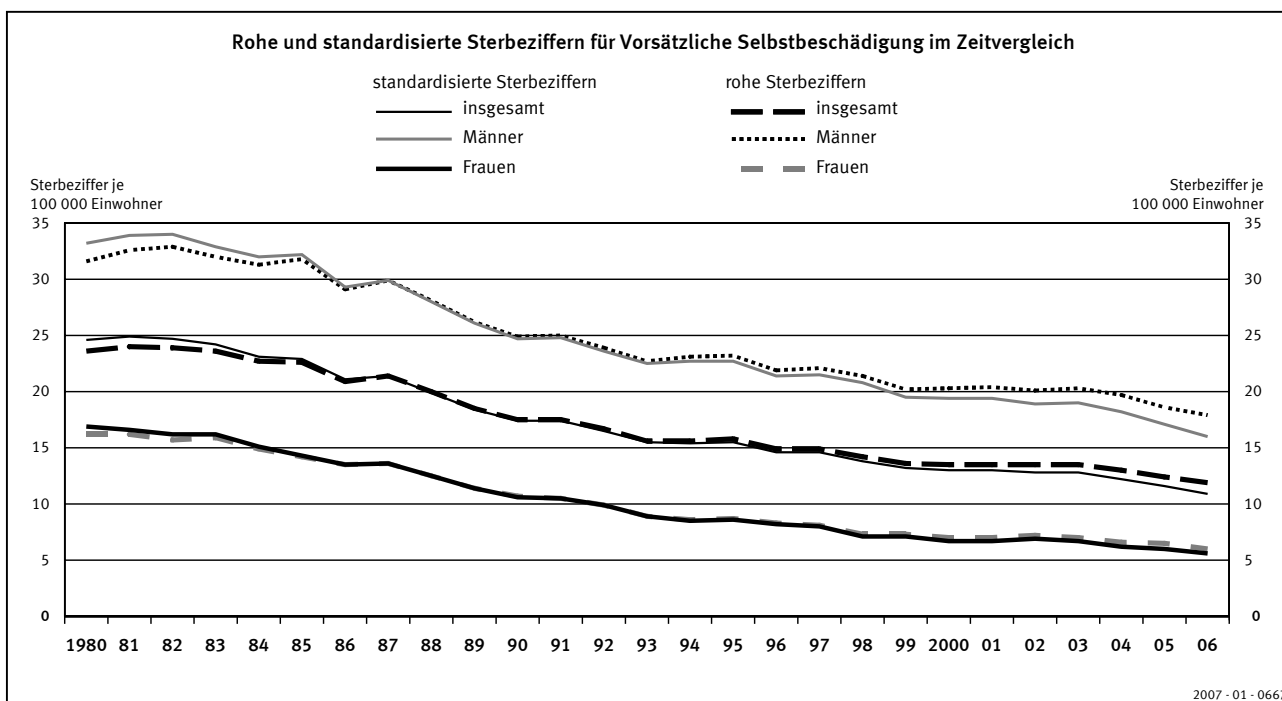
Unabhängig von der Problematik können durch das Statistische Bundesamt im Folgenden nur die Suizide ausgewertet werden, die als solche in der ärztlichen Leichenschau erkannt und letztlich im Bereich X60 bis X84 codiert wurden.

## Ergebnisse der Todesursachenstatistik 2006<sup>17)</sup>

Die Todesursachenstatistik basiert auf der Auswertung aller Leichenschauseine nach dem jeweiligen Grundleiden.<sup>18)</sup> Nach den Ergebnissen dieser Statistik verstarben in Deutschland im Jahr 2006 insgesamt 821 627 Personen (385 940 Männer und 435 687 Frauen); dies waren 8 600 oder gut 1 % weniger Sterbefälle als im Vorjahr.

Im gesamten Bundesgebiet gab es im Berichtsjahr 9 765 Sterbefälle durch Suizid, und zwar 7 225 von Männern und 2 540 von Frauen. Damit war Suizid für gut jeden 53. Sterbefall bei Männern und gut jeden 171. bei Frauen die Todesursache. Es sterben fast dreimal so viel Männer durch Suizid als Frauen. Bezieht man die Zahl der Gestorbenen auf 100 000 Personen der entsprechenden jahresdurchschnittlichen Bevölkerung, so resultiert eine rohe Sterberate von 11,9 (Männer: 17,9; Frauen: 6,0).<sup>19)</sup> Im Vergleich zum Be-

Schaubild 1



16) Siehe Vennemann, M. T./Berger, K./Richter, P./Baune, B. T.: „Unterschätzte Suizidraten durch unterschiedliche Erfassung in Gesundheitsämtern“ in Deutsches Ärzteblatt 103, Ausgabe 18, 2006, S. A 1222 ff.

17) Daten zu Suizidversuchen werden in dieser Veröffentlichung nicht dargestellt, weil die amtliche Statistik hierzu keine Informationen erfasst.

18) Zu den methodischen Besonderheiten der Todesursachenstatistik und der Erfassung des Grundleidens siehe Rübenach, S. P.: „Die Erfassung alkoholbedingter Sterbefälle in der Todesursachenstatistik 1980 bis 2005“ in WiSta 3/2007, S. 278 ff.

19) Zur Erläuterung und Definition der todesursachenspezifischen Kennziffern siehe Schelhase, T./Rübenach, S. P.: „Die Todesursachenstatistik – Methodik und Ergebnisse 2004“ in WiSta 6/2006, S. 614 ff.

Tabelle 1: Sterbefälle an Vorsätzlicher Selbstbeschädigung/-vergiftung im Zeitverlauf

Jahr	Sterbefälle durch Suizid <sup>1)</sup>			Standardisierte Sterbeziffer (Deutschland 1987)						Durchschnittliches Sterbealter		
	Männer	Frauen	insgesamt	Männer	Frauen	insgesamt	Männer	Frauen	insgesamt	Männer	Frauen	insgesamt
	Anzahl			je 100 000 Einwohner			Veränderung gegenüber Vorjahr in %			Jahre		
1980	11 789	6 662	18 451	33,2	16,9	24,6	+0,0	+0,0	+0,0	49,7	57,0	52,3
1981	12 192	6 633	18 825	33,9	16,6	24,9	+2,1	-1,8	+1,2	48,7	56,7	51,5
1982	12 274	6 437	18 711	34,0	16,2	24,7	+0,3	-2,4	-0,8	48,7	56,5	51,4
1983	11 921	6 496	18 417	32,9	16,2	24,2	-3,2	+0,0	-2,0	49,3	56,9	51,9
1984	11 610	6 067	17 677	32,0	15,1	23,1	-2,7	-6,8	-4,5	49,3	57,5	52,1
1985	11 797	5 774	17 571	32,2	14,3	22,9	+0,6	-5,3	-0,9	49,5	57,2	52,0
1986	10 792	5 477	16 269	29,3	13,5	21,1	-9,0	-5,6	-7,9	50,2	57,6	52,7
1987	11 124	5 501	16 625	29,9	13,6	21,4	+2,0	+0,7	+1,4	50,6	58,5	53,2
1988	10 527	5 063	15 590	28,0	12,5	19,9	-6,4	-8,1	-7,0	51,0	58,6	53,5
1989	9 922	4 645	14 567	26,1	11,4	18,4	-6,8	-8,8	-7,5	51,7	58,8	53,9
1990	9 534	4 390	13 924	24,7	10,6	17,4	-5,4	-7,0	-5,4	51,4	59,0	53,8
1991	9 656	4 355	14 011	24,8	10,5	17,4	+0,4	-0,9	+0,0	51,3	59,2	53,7
1992	9 326	4 132	13 458	23,6	9,9	16,5	-4,8	-5,7	-5,2	51,3	59,7	53,8
1993	8 960	3 730	12 690	22,5	8,9	15,5	-4,7	-10,1	-6,1	51,4	58,8	53,6
1994	9 130	3 588	12 718	22,7	8,5	15,5	+0,9	-4,5	+0,0	50,9	58,3	53,0
1995	9 222	3 666	12 888	22,7	8,6	15,5	+0,0	+1,2	+0,0	51,3	58,6	53,4
1996	8 728	3 497	12 225	21,4	8,2	14,6	-5,7	-4,7	-5,8	51,1	58,2	53,1
1997	8 841	3 424	12 265	21,5	8,0	14,6	+0,5	-2,4	+0,0	51,2	58,1	53,1
1998	8 575	3 069	11 644	20,8	7,1	13,8	-3,3	-11,3	-5,5	51,6	57,6	53,2
1999	8 080	3 077	11 157	19,5	7,1	13,2	-6,3	+0,0	-4,3	51,4	58,4	53,3
2000	8 131	2 934	11 065	19,4	6,7	13,0	-0,5	-5,6	-1,5	52,2	58,5	53,9
2001	8 188	2 968	11 156	19,4	6,7	13,0	+0,0	+0,0	+0,0	52,0	59,3	54,0
2002	8 106	3 057	11 163	18,9	6,9	12,8	-2,6	+3,0	-1,5	52,6	59,1	54,4
2003	8 179	2 971	11 150	19,0	6,7	12,8	+0,5	-2,9	+0,0	53,1	58,8	54,6
2004	7 939	2 794	10 733	18,2	6,2	12,2	-4,2	-7,5	-4,7	53,4	59,7	55,0
2005	7 523	2 737	10 260	17,1	6,0	11,6	-6,0	-3,2	-4,9	53,8	59,3	55,3
2006	7 225	2 540	9 765	16,0	5,6	10,9	-6,4	-6,7	-6,0	54,7	59,0	55,8

1) 1980 bis 1997: ICD-9 E950 – E959, ab 1998: ICD-10 X60 – X84.

richtsjahr 1980 bedeutet dies einen Rückgang der rohen Sterberate um 49,6% (Männer: - 43,3%; Frauen: - 63,0%). Ein aussagekräftiger Vergleich zwischen diesen beiden Zeitpunkten ist allerdings nur möglich, wenn es keine Unterschiede im Bevölkerungsaufbau gibt. Da diese Bedingung einer übereinstimmenden Verteilung des Risikopotenzials in der Realität nahezu nie erfüllt ist, wird eine Bevölkerung mit einem bestimmten Altersaufbau eines Jahres oder eines Landes (bei Ländervergleichen) als Standardbevölkerung angesehen.<sup>20)</sup> Durch Anwendung der direkten Standardisierung werden die zu untersuchenden rohen Sterbeziffern auf eine Standardbevölkerung bezogen. Die Mortalitätsraten der einzelnen Altersgruppen in der beobachteten Bevölkerung werden hierbei mit den Bevölkerungsanteilen der Standardbevölkerung gewichtet. Die standardisierte Sterbeziffer reagiert somit nur noch auf Änderungen der altersspezifischen Sterbeziffern und ändert ihren Wert nicht mehr aufgrund von Verschiebungen der Bevölkerungsanteile. Differenzen zwischen standardisierten Ziffern sind daher ausschließlich auf Veränderungen des Sterblichkeitsniveaus und der Sterblichkeitsstruktur im Zeitablauf zurückzuführen.<sup>21)</sup>

Bereinigt man die rohen Sterbeziffern mittels direkter Standardisierung, fällt der Rückgang der Todesfälle durch Suizid

noch deutlicher aus. Demnach ist die Sterblichkeit im Jahr 2006 gegenüber 1980 um 55,7% (Männer: - 51,8%; Frauen: - 66,9%) gesunken.

Die Entwicklung der Sterblichkeit durch Suizid zeigt sowohl für Männer als auch für Frauen einen relativ kontinuierlichen Rückgang seit Anfang der 1980er-Jahre.

### Suizidmethoden

Die wissenschaftliche Literatur zum Thema differenziert die Suizidmethoden unterschiedlich. So wird zum Beispiel nach einer Klassifikation von Bochnik<sup>22)</sup> zwischen „weichen“ und „harten“ Methoden unterschieden. Zu den weichen Methoden zählt er die tödliche Einnahme von Tabletten oder Drogen im weitesten Sinne sowie Vergiftungen anderer Art (einschl. Vergasung usw.). Zu den harten Suizidmethoden zählt er das Erhängen, Erschießen, Ertrinken, Sturz aus der Höhe, Sturz vor einen sich bewegenden Gegenstand und tiefe Schnitte. In der Regel gehen harte Methoden mit sichtbaren äußeren Veränderungen des Körpers einher.

Eine andere Typologie differenziert zwischen aktiven (z. B. Schuss, Sturz aus der Höhe, Sich-Ertränken, Erhängen und

20) Grundsätzlich verwendet das Statistische Bundesamt für die Zeitreihen in seinen Veröffentlichungen und für regionale Vergleiche auf Ebene der Bundesländer als Basis den Altersaufbau der Standardbevölkerung Deutschland 1987. Sie setzt sich aus dem Ergebnis der Volkszählung (Stand: 25.05.1987) für die alten und aus dem Bevölkerungsstand laut Einwohnerzentralregister der ehemaligen DDR zum Stichtag 30.06.1987 für die neuen Bundesländer zusammen.

21) Die im Folgenden verwendeten Sterbeziffern und Aussagen zur Sterblichkeit beziehen sich – sofern nicht explizit erwähnt – auf die Standardbevölkerung Deutschland 1987. Aufgrund der heterogenen Datenlage in den 1980er-Jahren zwischen alten und neuen Bundesländern ist ein Ländervergleich der altersstandardisierten Sterbeziffern erst ab 1990 möglich.

22) Bochnik, H.J.: „Verzweiflung. Randzonen menschlichen Verhaltens“, Stuttgart 1962.

Tabelle 2: Zeitvergleich der Suizidmethoden in Deutschland

Bezeichnung der Suizidmethode nach ICD-9 (1980) bzw. ICD-10 (2006)	Sterbefälle durch Suizid			Standardisierte Sterbeziffer (Deutschland 1987)			Durchschnittliches Sterbealter		
	Männer	Frauen	insgesamt	Männer	Frauen	insgesamt	Männer	Frauen	insgesamt
	Anzahl			je 100 000 Einwohner			Jahre		
1980									
E950 – E959 Selbstmord und Selbstbeschädigung .....	11 789	6 662	18 451	33,2	16,9	24,6	49,7	57,0	52,3
E950 Selbsttötung und Selbstbeschädigung durch Vergiftung mit festen oder flüssigen Stoffen .....	1 687	1 811	3 498	4,8	4,6	4,7	48,0	54,9	51,6
E951 Selbsttötung und Selbstbeschädigung durch Vergiftung mit im Haushalt verwendeten Gasen .....	642	649	1 291	1,8	1,7	1,8	46,4	59,5	53,0
E952 Selbsttötung und Selbstbeschädigung durch Vergiftung mit sonstigen Gasen und Dämpfen .....	694	150	844	2,0	0,4	1,1	38,7	47,1	40,2
E953 Selbsttötung und Selbstbeschädigung durch Erhängen, Erdrosseln und Erstickten .....	6 294	2 466	8 760	17,7	6,2	11,7	52,8	59,2	54,6
E954 Selbsttötung und Selbstbeschädigung durch Ertrinken .....	340	546	886	0,9	1,4	1,2	55,1	62,5	59,6
E955 Selbsttötung und Selbstbeschädigung durch Feuerwaffen und Explosivstoffe .....	794	54	848	2,2	0,1	1,1	45,5	38,4	45,0
E956 Selbsttötung und Selbstbeschädigung durch schneidende und stechende Gegenstände .....	176	75	251	0,5	0,2	0,3	50,6	58,8	53,1
E957 Selbsttötung und Selbstbeschädigung durch Sturz aus der Höhe .....	487	527	1 014	1,4	1,3	1,4	49,4	54,1	51,9
E958 Selbsttötung und Selbstbeschädigung auf sonstige und nicht näher bezeichnete Art und Weise .....	673	383	1 056	1,9	1,0	1,4	41,9	50,0	44,8
E959 Spätfolgen des Selbsttötungsversuchs und der Selbstbeschädigung ...	2	1	3	0,0	0,0	0,0	52,5	72,5	59,2
2006									
X60 – X84 Vorsätzliche Selbstbeschädigung .....	7 225	2 540	9 765	16,0	5,6	10,9	54,7	59,0	55,8
X60 Vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber nichtopioidhaltige(n) Analgetika, Antipyretika und Antirheumatika .....	10	8	18	0,0	0,0	0,0	51,0	60,6	55,3
X61 Vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber Antiepileptika, Hypnotika, Antiparkinsonmittel(n) und psychotrope(n) Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert .....	159	219	378	0,4	0,5	0,4	52,5	58,3	55,8
X62 Vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber Betäubungsmittel(n) und Psychodysleptika [Halluzinogene(n)], anderenorts nicht klassifiziert .....	71	34	105	0,2	0,1	0,1	41,5	49,2	44,0
X63 Vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber sonstige(n) Arzneimittel(n) mit Wirkung auf das autonome Nervensystem .....	13	11	24	0,0	0,0	0,0	52,1	57,6	54,6
X64 Vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber sonstige(n) und nicht näher bezeichnete(n) Arzneimittel(n), Drogen und biologisch aktive(n) Substanzen .....	382	386	768	0,9	0,9	0,9	52,6	57,1	54,9
X65 Vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber Alkohol ..	24	8	32	0,1	0,0	0,0	52,3	55,6	53,1
X66 Vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber organische(n) Lösungsmittel(n) oder halogenierte(n) Kohlenwasserstoffe(n) und deren Dämpfe(n) .....	4	0	4	0,0	0,0	0,0	63,8	0,0	63,8
X67 Vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber sonstige(n) Gase(n) und Dämpfe(n) .....	161	22	183	0,4	0,0	0,2	46,8	48,0	46,9
X68 Vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber Schädlingsbekämpfungsmittel(n) [Pestizide(n)] .....	36	14	50	0,1	0,0	0,1	60,7	59,4	60,3
X69 Vorsätzliche Selbstvergiftung durch und Exposition gegenüber sonstige(n) oder nicht näher bezeichnete(n) Chemikalien und schädliche(n) Substanzen .....	41	32	73	0,1	0,1	0,1	51,6	60,2	55,4
X70 Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Erhängen, Strangulierung oder Erstickten .....	3 803	876	4 679	8,4	1,9	5,2	55,3	61,2	56,4
X71 Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Ertrinken und Untergehen .....	154	157	311	0,3	0,3	0,3	59,1	65,9	62,5
X72 Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Handfeuerwaffe .....	237	9	246	0,5	0,0	0,3	61,1	60,3	61,1
X73 Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Gewehr, Schrotflinte oder schwerere Feuerwaffe (Schusswaffe) .....	86	2	88	0,2	0,0	0,1	62,5	65,0	62,5
X74 Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch sonstige oder nicht näher bezeichnete Feuerwaffe (Schusswaffe) .....	452	13	465	0,9	0,0	0,5	62,3	52,6	62,0
X75 Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Explosivstoffe .....	5	0	5	0,0	0,0	0,0	51,5	0,0	51,5
X76 Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Rauch, Feuer und Flammen .....	45	23	68	0,1	0,1	0,1	50,4	51,6	50,8
X77 Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Wasserdampf, heiße Dämpfe oder heiße Gegenstände .....	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
X78 Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch scharfen Gegenstand .....	292	78	370	0,6	0,2	0,4	57,8	63,2	58,9
X79 Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch stumpfen Gegenstand .....	1	1	2	0,0	0,0	0,0	82,5	57,5	70,0
X80 Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Sturz in die Tiefe .....	627	362	989	1,4	0,8	1,1	51,7	59,2	54,4
X81 Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Sichwerfen oder Sichlegen vor ein sich bewegendes Objekt .....	417	165	582	1,1	0,4	0,7	45,1	48,3	46,0
X82 Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch absichtlich verursachten Kraftfahrzeugunfall .....	39	6	45	0,1	0,0	0,1	46,0	34,2	44,4
X83 Vorsätzliche Selbstbeschädigung auf sonstige näher bezeichnete Art und Weise .....	69	49	118	0,1	0,1	0,1	56,9	68,7	61,8
X84 Vorsätzliche Selbstbeschädigung auf nicht näher bezeichnete Art und Weise .....	97	65	162	0,2	0,1	0,2	55,7	54,7	55,3

Schnitte) und passiven (z.B. Tabletten, Gifte und Gas) Methoden. Diese Unterscheidung hat sich in der deutschsprachigen Literatur nicht durchgesetzt.<sup>23)</sup>

Als Suizidmethoden werden in allen Altersgruppen überwiegend sogenannte „harte“ Methoden wie zum Beispiel Erhängen, Erdrosseln und Ersticken (ICD-10: X70) angewandt (47,9%). Im Jahr 2006 nahmen sich so 4 679 Personen das Leben (3 803 Männer; 876 Frauen). Insbesondere bei Männern wurden harte Methoden im Geschlechtervergleich vergleichsweise häufig angewandt. Während 52,6% der durch Suizid gestorbenen Männer Erhängen, Erdrosseln oder Ersticken als Suizidmethode wählten, waren es „nur“ 34,5% der Frauen. Hinsichtlich der Altersverteilung ist auch ein Trend festzustellen: Insbesondere junge Menschen wählen die harte Methode, um aus dem Leben zu scheiden. Der Anteil bei den 10- bis 15-jährigen lag 2006 bei 81,5% (Jungen: 84,2%; Mädchen: 75,0%). Gut 7% der 10- bis 15-jährigen Suizidanten (Jungen: 5,3%; Mädchen: 12,5%) stürzten sich in die Tiefe (ICD-10: X80).

Unabhängig vom Alter stellten die Vorsätzlichen Selbstvergiftungen (ICD-10: X60 – X69) mit 1 635 Gestorbenen die zweithäufigste Suizidmethode dar (Männer: 901; Frauen: 734). Im Vergleich zu den Frauen (28,9%) lag der Anteil der Männer mit dieser Todesursache „lediglich“ bei 12,5%. Bei den Vorsätzlichen Selbstvergiftungen waren es sowohl bei Männern wie auch bei Frauen insbesondere die Vorsätzlichen Selbstvergiftungen durch und Exposition gegenüber sonstige(n) und nicht näher bezeichnete(n) Arzneimittel(n), Drogen und biologisch aktive(n) Substanzen (ICD-10: X64), die zu diesen Daten führten. Für 15,2% aller Frauen, die freiwillig aus dem Leben schieden, war dies die festgestellte Todesursache (Männer: 5,3%).

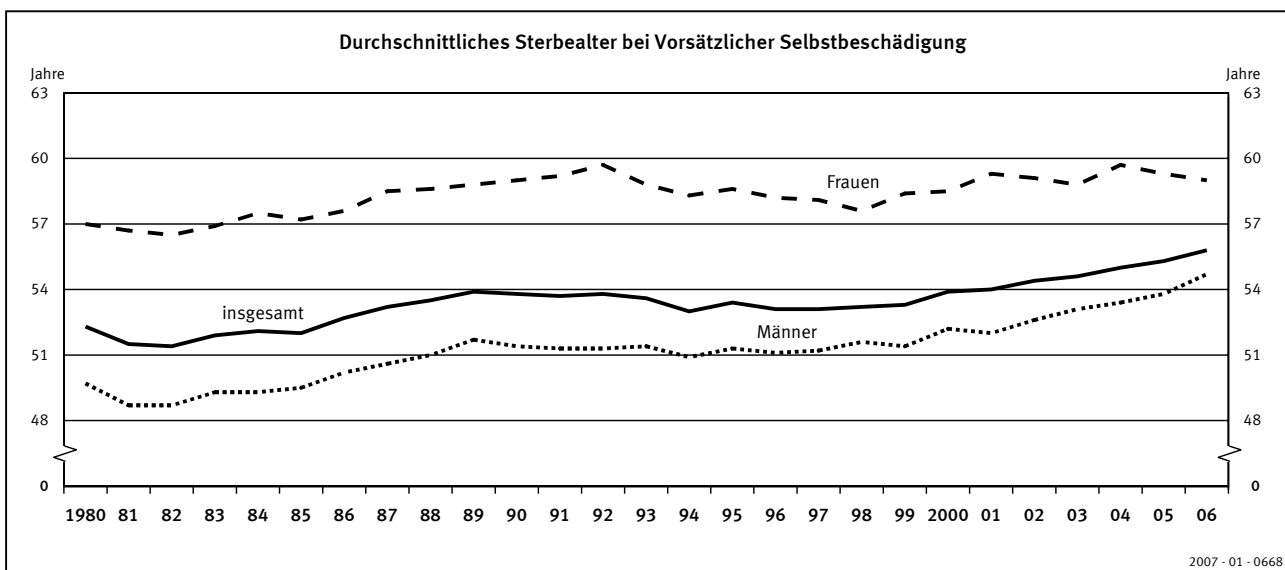
### Das durchschnittliche Sterbealter der durch Suizid Verstorbenen<sup>24)</sup>

Mit zunehmendem Alter sinkt zwar der Anteil von Suiziden an allen Todesursachen, die absolute Zahl der Sterbefälle und die altersspezifischen Sterberaten je 100 000 Einwohner steigen hingegen. Im Jahr 2006 waren Suizide in Deutschland bei 1,9% der männlichen und 0,6% der weiblichen Sterbefälle die Todesursache. 60% der freiwillig aus dem Leben Geschiedenen waren 50 Jahre und älter.

Insbesondere Frauen begehen Suizid zumeist in einem höheren Lebensalter. Der Anteil der Suizide von über 50-jährigen Frauen an allen Suiziden von Frauen lag bei 65,3% (Männer: 57,8%). Dies führte auch zu einem vergleichsweise höheren durchschnittlichen Sterbealter. Verstarben die 1980 freiwillig aus dem Leben Geschiedenen noch mit 52,3 Jahren (Männer: 49,7 Jahre; Frauen: 57,0 Jahre), stieg das durchschnittliche Sterbealter bis 2006 auf 55,8 Jahre (Männer: 54,7 Jahre; Frauen: 59,0 Jahre), erhöhte sich also um 3,5 Jahre. Mit 6,7% gegenüber 1980 lag der Anstieg des mittleren Sterbealters bei Vorsätzlicher Selbstbeschädigung leicht über dem für alle Todesursachen der Todesursachenstatistik im gleichen Betrachtungszeitraum. Hier betrug das mittlere Sterbealter 2006 76,5 Jahre (1980: 71,8 Jahre); das bedeutete einen Anstieg um lediglich 6,5%.

In Deutschland wird der europäische Trend bestätigt, wonach insbesondere in den Altersgruppen zwischen 15 und 45 Jahren sowohl bei Männern als auch Frauen eine relativ hohe Sterblichkeit durch Suizide festzustellen ist. Bei Männern betrug der Anteil der Suizide an allen Todesursachen in der Altersgruppe 25 bis unter 35 Jahre 19,0% (Frauen: 10,7%). Neben dieser Altersgruppe waren es insbesondere die 15-

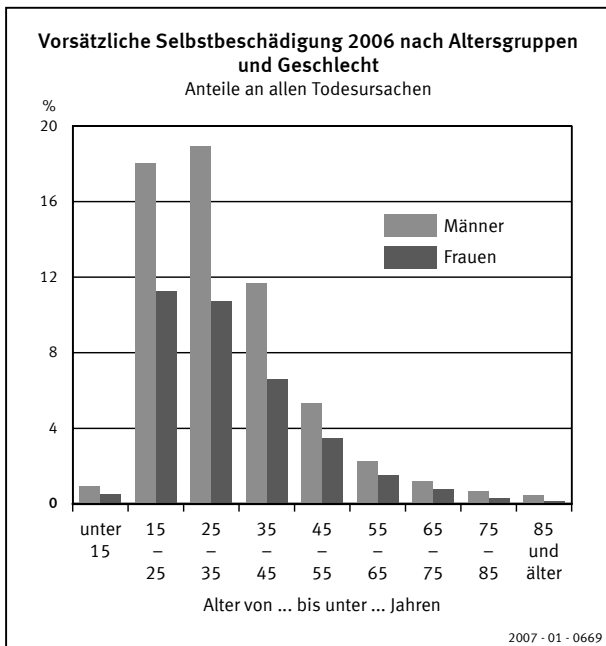
Schaubild 2



23) Möglicherweise liegt es daran, weil auch sogenannte passive Methoden oft ein hohes Maß an aktiver Vorbereitung beinhalten (siehe Erazo, N., Fußnote 1).

24) Das durchschnittliche bzw. mittlere Sterbealter ist die Kennziffer für das Sterbealter der an einer spezifischen Krankheit Gestorbenen. Hierzu werden die Sterbefälle einer Altersgruppe an den Sterbefällen durch Suizid des Berichtsjahres mit dem durchschnittlichen Sterbealter dieser Altersgruppe (Mittelwert aus Ober- und Untergrenze der Altersgruppe) multipliziert und die Summe auf die entsprechende Gesamtzahl der Sterbefälle bezogen. Ausnahmen von dieser Regel stellen die Säuglingssterbefälle einerseits und die Altersgruppe der über 90-jährigen andererseits dar. Diese fließen mit einem Faktor von 0,188 bzw. 93,697 in die Berechnung des durchschnittlichen Sterbealters ein.

Schaubild 3



bis unter 25-Jährigen und die 35- bis unter 45-Jährigen, die bei den Männern mit 18,0 bzw. 11,7 % (Frauen: 11,2 bzw. 6,6%) überdurchschnittlich oft Suizid begingen.

### Vergleich zu anderen Diagnosen

Im Jahr 2006 kamen mehr Menschen durch Alkoholerkrankungen ums Leben (15 552 Sterbefälle) als durch Suizid. Die Selbstmordzahlen entwickelten sich über den Betrachtungszeitraum rückläufig: Schieden 1980 bundesweit noch 18 451 Personen freiwillig aus dem Leben, waren es 2006

nur noch 9 765. Die Sterblichkeit aufgrund Vorsätzlicher Selbstbeschädigung/-vergiftung sank in diesem Zeitraum – wie oben dargestellt – im Bundesgebiet von 24,6 auf 10,9 Gestorbene je 100 000 Einwohner. Dies entspricht einem Rückgang um 55,7%. Seit Anfang der 1990er-Jahre übersteigt das Niveau der alkoholbedingten Sterbefälle das Niveau der Suizide.

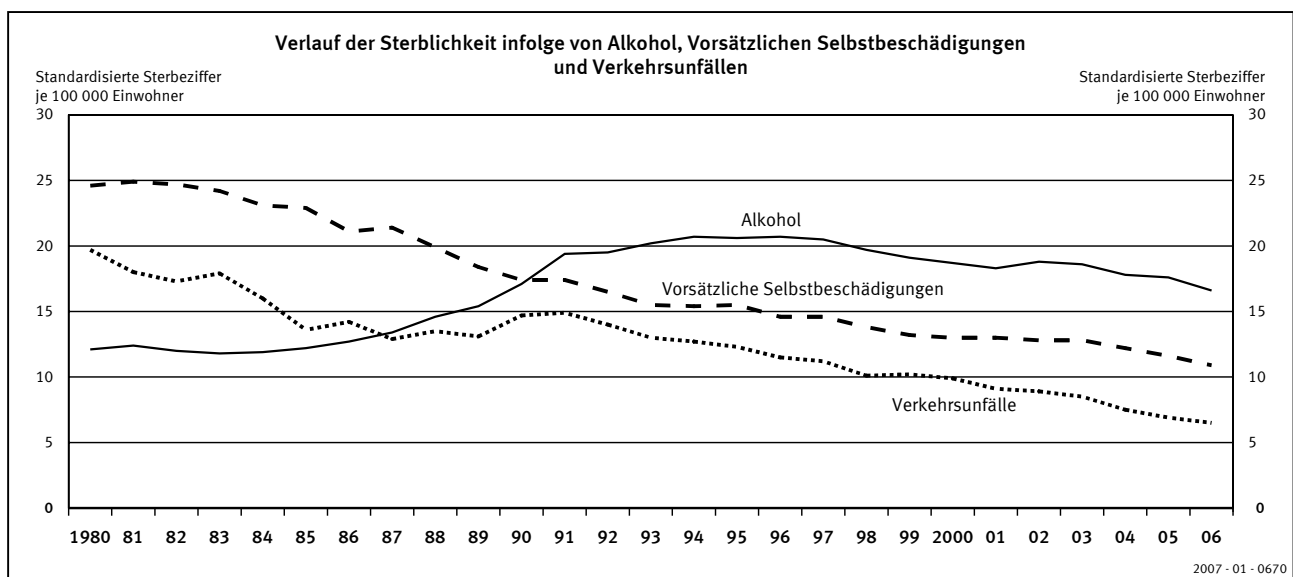
Besonders augenfällig wird der negative Einfluss des Alkohols auf die Entwicklung der Todesursachen im Vergleich mit der Zahl der infolge von Verkehrsunfällen Gestorbenen.<sup>25)</sup> Diese hat sich seit 1980 auf weniger als die Hälfte verringert (1980: 15 207; 2006: 5 174). Dies entspricht sowohl bei der Sterblichkeit als auch bei der Fallzahl einem Rückgang um etwa zwei Drittel. Heute sterben dreimal so viele Menschen an einer Form des Alkoholismus als durch einen Verkehrsunfall im Sinne der Todesursachenstatistik.

### Regionaler Vergleich der Suizide

Das Niveau der suizidalen Sterblichkeit weist im Vergleich der Bundesländer deutliche Unterschiede auf: Bezogen auf die Standardbevölkerung 1987 nahmen sich im Jahr 2006 in Sachsen-Anhalt mit 6,6 Personen je 100 000 Einwohner die wenigsten Menschen das Leben, gefolgt von Nordrhein-Westfalen (8,4), Bremen (9,4) und Niedersachsen (9,8). Die höchste Sterblichkeit an Suizid wurde 2006 in Bayern registriert. Hier nahmen sich 13,3 Menschen je 100 000 Einwohner das Leben. Überdurchschnittlich hohe Sterbeziffern konnten u. a. auch in Sachsen (13,0) und Thüringen (12,7) sowie in Schleswig-Holstein und Baden-Württemberg (je 11,8) festgestellt werden.

Insbesondere in Sachsen sorgten die Männer für ein überdurchschnittliches Ergebnis. Die standardisierte Sterbe-

Schaubild 4



25) Im Rahmen der Statistik der Straßenverkehrsunfälle für 2006 wurden 5 091 Getötete bei Straßenverkehrsunfällen gezählt. Die Differenz zu den Angaben der Todesursachenstatistik ist durch die unterschiedlichen Erhebungsarten zu erklären: Bei der Todesursachenstatistik gilt das Inländerprinzip, d. h. dass alle Personen erfasst werden, die in Deutschland ihren Wohnsitz haben. Bei der Straßenverkehrsunfallstatistik gilt hingegen das Inlandsprinzip, bei dem alle Unfälle auf deutschem Boden registriert werden, ungeachtet der Herkunft der verunglückten Personen.



ziffer lag dort mit 20,0 Suizidtoten je 100 000 Einwohnern um 25 % über dem bundesdeutschen Durchschnitt (16,0). Neben Thüringen (19,8) und Bayern (19,4) wiesen Brandenburg, Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz (je 17,6) sowie Baden-Württemberg (17,2), das Saarland (16,7) und Berlin (16,5) ebenfalls überdurchschnittliche Werte auf. In Sachsen-Anhalt (10,2) wurde für Männer die niedrigste Sterblichkeit festgestellt, gefolgt von Nordrhein-Westfalen (12,5) und Bremen (13,3).

Im Vergleich dazu zeigten sich bei den Frauen in Sachsen-Anhalt (3,0 Gestorbene je 100 000 Einwohner), Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen (je 4,2), Niedersachsen (4,7) und im Saarland (5,1) die niedrigsten Sterbehäufigkeiten. In Hamburg, Bayern und Berlin wurde mit 8,5, 7,0 und 6,8 Gestorbenen je 100 000 Einwohnern die höchsten Suizidsterblichkeiten gemessen; gefolgt von Hessen (6,6) und Baden-Württemberg (6,2).

Gegenüber 1990 ist das Niveau der suizidalen Sterblichkeit deutschlandweit um gut ein Drittel gesunken (-37,4%). Ausschlaggebend hierfür scheint primär der Rückgang der Suizidsterblichkeit bei Frauen (-47,2%). Im gleichen Zeitraum sank das Sterblichkeitsniveau durch Freitod bei den Männern um „lediglich“ 35,3%.

Die rückläufige Tendenz ist deutschlandweit über alle Bundesländer festzustellen. In Sachsen-Anhalt ist sowohl bei Männern (-73,8%) als auch bei Frauen (-78,4%) der größte Rückgang festzustellen. Bei den Männern wiesen daneben Mecklenburg-Vorpommern (-53,7%), Bremen (-50,2%), Thüringen (-49,1%), Sachsen (-49,0%) und Brandenburg (-47,3%) überdurchschnittlich hohe Rückgänge gegenüber 1990 auf. Im Saarland und in Hessen war der Rückgang mit 9,1 bzw. 18,4% vergleichsweise gering.

Ein ähnliches Bild zeichnet sich auch für Frauen ab. Neben Sachsen-Anhalt (-78,4%) waren es insbesondere Sachsen (-68,4%), Thüringen (-67,1%) und Mecklenburg-Vorpommern (-66,4%), die die Parameter nach unten beeinflussen. Ebenso wie bei den Männern sank auch bei den Frauen das suizidale Sterblichkeitsniveau im Saarland im regionalen Vergleich am geringsten (-22,7%).

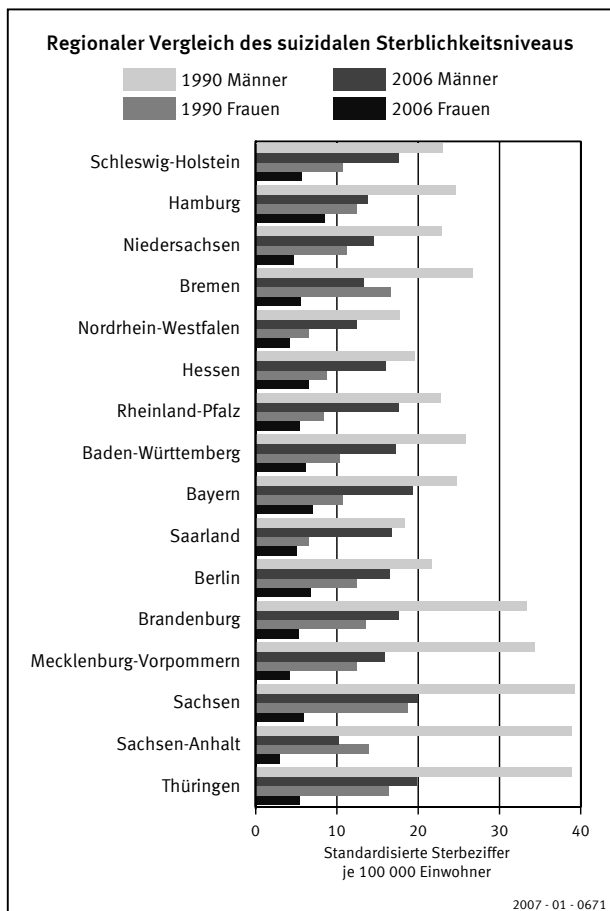
**Vergleich der Suizidsterbefälle im Monatsvergleich für das Berichtsjahr 2006**

Nach der Änderung der Erhebungsmodalitäten und des Tabellenprogramms verfügt das Statistische Bundesamt nunmehr über die Möglichkeit, die Todesursachenstatistik

Tabelle 3: Vorsätzliche Selbstbeschädigung/-vergiftung in Deutschland

Land	Sterbefälle durch Suizid			Standardisierte Sterbeziffer (Deutschland 1987)			Durchschnittliches Sterbealter		
	Männer	Frauen	insgesamt	Männer	Frauen	insgesamt	Männer	Frauen	insgesamt
	Anzahl			je 100 000 Einwohner			Jahre		
1990									
Schleswig-Holstein .....	302	150	452	23,0	10,7	16,7	53,8	59,5	55,7
Hamburg .....	208	117	325	24,6	12,4	18,3	51,6	60,2	54,7
Niedersachsen .....	843	433	1276	22,9	11,2	16,9	52,0	61,9	55,3
Bremen .....	92	63	155	26,7	16,6	21,5	52,4	57,9	54,7
Nordrhein-Westfalen .....	1492	598	2090	17,7	6,5	11,9	50,6	55,7	52,1
Hessen .....	561	264	825	19,6	8,8	14,1	51,7	57,8	53,7
Rheinland-Pfalz .....	420	165	585	22,8	8,4	15,4	50,6	59,5	53,1
Baden-Württemberg .....	1224	514	1738	25,9	10,4	18,0	49,9	56,1	51,7
Bayern .....	1373	624	1997	24,8	10,7	17,6	49,0	55,6	51,1
Saarland .....	96	38	134	18,4	6,6	12,3	48,2	50,8	49,0
Berlin .....	354	234	588	21,7	12,4	16,7	48,9	60,9	53,7
Brandenburg .....	391	169	560	33,4	13,5	22,9	51,8	61,1	54,6
Mecklenburg-Vorpommern ..	292	109	401	34,3	12,5	22,8	49,1	56,9	51,2
Sachsen .....	903	492	1395	39,3	18,7	28,3	55,6	63,4	58,4
Sachsen-Anhalt .....	523	205	728	38,9	13,9	25,7	54,3	65,2	57,4
Thüringen .....	460	215	675	38,9	16,4	27,0	55,4	62,3	57,6
<b>Deutschland ...</b>	<b>9534</b>	<b>4390</b>	<b>13924</b>	<b>24,7</b>	<b>10,6</b>	<b>17,4</b>	<b>51,4</b>	<b>59,0</b>	<b>53,8</b>
2006									
Schleswig-Holstein .....	278	94	372	17,6	5,7	11,8	59,3	57,1	65,9
Hamburg .....	133	84	217	13,8	8,5	11,3	60,1	59,9	60,4
Niedersachsen .....	637	203	840	14,6	4,7	9,8	57,3	56,3	60,2
Bremen .....	47	22	69	13,3	5,6	9,4	55,9	51,4	65,3
Nordrhein-Westfalen .....	1213	422	1635	12,5	4,2	8,4	55,4	53,9	59,7
Hessen .....	539	224	763	16,0	6,6	11,4	56,5	54,9	60,2
Rheinland-Pfalz .....	390	120	510	17,6	5,5	11,7	55,8	55,2	57,4
Baden-Württemberg .....	980	354	1334	17,2	6,2	11,8	54,4	53,6	56,4
Bayern .....	1304	468	1772	19,4	7,0	13,3	55,0	54,3	57,0
Saarland .....	93	29	122	16,7	5,1	11,0	52,6	51,9	54,9
Berlin .....	294	125	419	16,5	6,8	11,6	51,0	49,7	54,1
Brandenburg .....	256	79	335	17,6	5,3	11,6	55,8	54,4	60,2
Mecklenburg-Vorpommern ..	157	43	200	15,9	4,2	10,1	56,9	55,9	60,6
Sachsen .....	492	156	648	20,0	5,9	13,0	57,6	56,1	62,4
Sachsen-Anhalt .....	148	45	193	10,2	3,0	6,6	59,6	58,6	62,9
Thüringen .....	264	72	336	19,8	5,4	12,7	56,4	55,1	61,3
<b>Deutschland ...</b>	<b>7225</b>	<b>2540</b>	<b>9765</b>	<b>16,0</b>	<b>5,6</b>	<b>10,9</b>	<b>54,7</b>	<b>59,0</b>	<b>55,8</b>

Schaubild 5

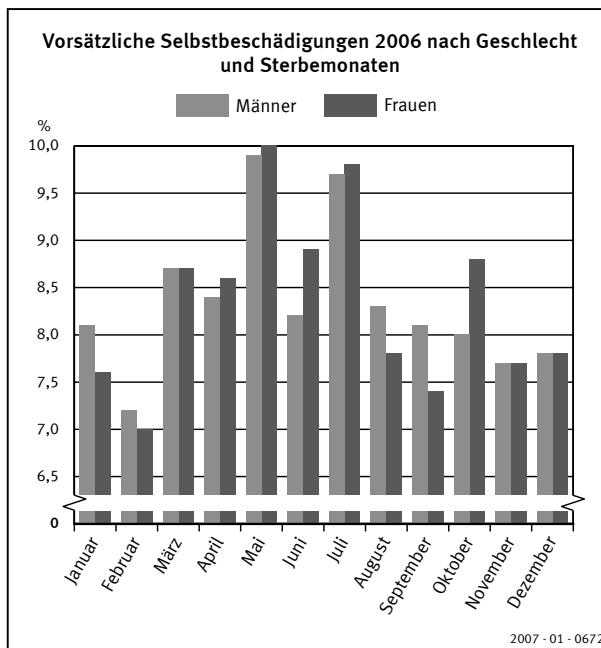


auch nach dem Sterbemonat auszuwerten. Insbesondere saisonale oder terminliche Besonderheiten können so näher durchleuchtet und mit Hilfe der Daten der amtlichen Todesursachenstatistik untersucht werden. So ließen sich beispielsweise die Fragen „Starben im Zeitraum der Fußballweltmeisterschaft mehr Menschen an einem Herzinfarkt als sonst?“ oder „Stimmt es, dass sich in den dunklen Wintermonaten mehr Menschen das Leben nehmen als in den übrigen Monaten eines Jahres?“ untersuchen. Letzterem soll in dieser Ausarbeitung einmal nachgegangen werden. Über das gesamte Berichtsjahr 2006 betrachtet nahmen sich 9765 Personen das Leben. Da die Todesursachenstatistik die Sterbefälle nach dem sogenannten Ereignisdatum (= Sterbedatum) auswertet, ist der Sterbetag eindeutig dem jeweiligen Monat zuzuordnen.

Für das Berichtsjahr 2006 kann die Annahme „in den dunklen Wintermonaten nehmen sich mehr Menschen das Leben als in den übrigen Monaten“ nicht bestätigt werden. Die Ergebnisse der Todesursachenstatistik zeigen vielmehr den umgekehrten Sachverhalt: In den Monaten März bis Oktober 2006 starben durchschnittlich mehr Menschen durch Suizid als in den Monaten Januar und Februar sowie November und Dezember 2006.<sup>26)</sup> Sowohl bei den Männern als

auch bei den Frauen sind die relativen Häufigkeiten des Suizids annähernd ähnlich verteilt. Der Anteil schwankt zwischen 7,0% im Februar und 10,0% im Mai 2006. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen waren im Mai 2006 Vorsätzliche Selbstbeschädigungen/-vergiftungen am häufigsten (9,9 bzw. 10,0%). Im Februar war bei den Frauen mit einem Anteil von 7,0% an allen Suiziden die niedrigste Rate festzustellen, ebenso bei den Männern (7,2%).

Schaubild 6



### Internationaler Vergleich

Informationen der Weltgesundheitsorganisation zufolge sterben jährlich weltweit fast eine Million Menschen durch Suizid; das entspricht etwa 14,5 Gestorbenen je 100 000 Einwohner der heutigen durchschnittlichen Weltbevölkerung oder annähernd alle 40 Sekunden einem Suizidtoten.<sup>27)</sup> Insbesondere in der Altersgruppe der 20- bis 44-Jährigen ist der Anteil der Suizidtoten sehr hoch. Dies gilt auch in Europa. Eine Untersuchung des Statistischen Amtes der Europäischen Gemeinschaften (Eurostat) bemisst den Anteil der Suizide an allen Todesfällen bei den Männern dieser Altersgruppe auf 31% und bei den Frauen auf 32%. Nach den Sterbefällen durch äußere Ursachen ist der Suizid damit die zweithäufigste Todesursache in der betrachteten Altersgruppe.<sup>28)</sup>

Im Ländervergleich liegt die Sterblichkeit durch Suizid in Litauen am höchsten. Hier starben 37,0 Personen je 100 000 Einwohner durch eine Vorsätzliche Selbstbeschädigung oder -vergiftung. Relativ hoch lagen die Werte auch in Ungarn mit 23,2 und in Lettland (22,6). Die niedrigste suizidale Sterblichkeit konnte in Griechenland (3,1 Gestorbene je 100 000

26) Ein vergleichbares Ergebnis konnte auch in den Berichtsjahren 2004 und 2005 beobachtet werden.

27) Siehe Fußnote 15, hier: S. 185 ff.

28) Siehe Niederländer, E.: „Die Todesursachen in der EU“ in Statistik kurz gefasst – Bevölkerung und soziale Bedingungen, 10/2006.

Tabelle 4: Internationaler Vergleich der suizidalen Sterblichkeit

Land	Letztes verfügbares Jahr	Sterbefälle durch Suizid			Standardisierte Sterbeziffer <sup>1)</sup> je 100 000 Einwohner		
		Männer	Frauen	insgesamt	Männer	Frauen	insgesamt
Belgien .....	1997	1 551	595	2 146	31,2	11,4	21,1
Bulgarien .....	2005	727	255	982	17,0	5,1	10,7
Dänemark .....	2001	507	220	727	17,8	6,9	12,2
Deutschland .....	2006	7 225	2 540	9 765	16,0	5,6	10,9
Estland .....	2005	220	53	273	34,2	5,8	18,7
Finnland .....	2004	811	252	1 063	30,2	9,0	19,3
Frankreich <sup>2)</sup> .....	2004	7 853	2 945	10 798	25,0	8,6	16,3
Griechenland .....	2005	318	79	397	5,0	1,3	3,1
Irland .....	2005	335	66	401	15,9	3,1	9,5
Italien .....	2002	3 145	924	4 069	9,8	2,6	6,0
Lettland .....	2005	447	120	567	40,1	7,6	22,6
Litauen .....	2005	1 084	235	1 319	67,4	11,4	37,0
Luxemburg .....	2005	40	10	50	17,1	4,0	9,9
Niederlande .....	2005	1 073	499	1 572	12,6	5,6	9,0
Österreich .....	2005	1 043	349	1 392	24,0	6,8	14,7
Polen .....	2005	5 136	907	6 043	26,6	4,3	15,0
Portugal .....	2005	696	218	914	11,9	3,2	7,2
Rumänien .....	2003	2 386	508	2 894	22,1	4,2	12,8
Schweden .....	2004	833	321	1 154	17,3	6,4	11,8
Slowenien .....	2005	391	112	503	36,6	8,9	22,0
Slowakei .....	2005	584	95	679	22,0	3,2	12,0
Spanien .....	2005	2 570	829	3 399	10,5	3,1	6,6
Tschechische Republik .....	2004	1 286	297	1 583	24,3	4,7	14,0
Ungarn .....	2005	2 028	593	2 621	40,0	9,2	23,2
Vereinigtes Königreich .....	2005	3 054	993	4 047	9,9	3,1	6,4

1) Die in dieser Tabelle dargestellten Sterbeziffern beziehen sich – mit Ausnahme Deutschlands – auf die sog. alte Europastandardbevölkerung; die Sterbeziffer für Deutschland wurde mit der Standardbevölkerung Deutschland 1987 berechnet. – 2) Ohne Überseegebiete.

Quelle: Statistisches Amt der Europäischen Gemeinschaften (Eurostat).

Einwohner) festgestellt werden, gefolgt von Italien (6,0) und dem Vereinigten Königreich (6,4).<sup>29)</sup>

Ähnlich verhält es sich mit den geschlechtsspezifischen Betrachtungen. 67,4 je 100 000 Litauer schieden im betrachteten Berichtsjahr freiwillig aus dem Leben. Lettland und Ungarn haben bei Männern die zweit- bzw. dritthöchste rohe Sterbeziffer (40,1 bzw. 40,0). Die mit Abstand niedrigsten Werte weisen hier Griechenland (5,0 Gestorbene je 100 000 Einwohner), Italien (9,8) und das Vereinigte Königreich (9,9) auf.

Mit jeweils 11,4 Gestorbenen je 100 000 Einwohner verstarben in Belgien und Litauen die meisten Frauen durch Suizid, gefolgt von Ungarn (9,2). Griechenland (1,3), Italien (2,6), das Vereinigte Königreich, Spanien und Irland weisen mit je 3,1 Gestorbenen die geringste Sterblichkeit je 100 000 Frauen auf.

### Schlussbemerkung

Trotz des seit Jahrzehnten rückläufigen Sterblichkeitsniveaus bei Suiziden scheidet heutzutage dennoch jeder 100. Mensch in Deutschland freiwillig aus dem Leben. Die Gründe hierfür können unterschiedlich sein. Der amtlichen Statistik ist es aufgrund der jetzigen Erhebungsmodalitäten nicht möglich, hier detailliertere Informationen zu geben. Da die Todesursachenstatistik letztlich auch Grundlage für politische und gesundheitsökonomische Entscheidungen ist, hat eine systematische Unterschätzung der Suizidraten

weitreichende Folgen. Hier sollten qualitätssteigernde Modifikationen ansetzen.

Abhilfe könnte die Einführung eines elektronischen Codiersystems schaffen, an dessen Entwicklung und Einführung die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder derzeit arbeiten. Ein elektronisches Codiersystem setzt bei der monokausalen Darstellung der Todesursachen (Grundleiden) an. Ein solches System bearbeitet alle vorhandenen Diagnosen, codiert diese und wählt unter Anwendung entsprechender Regeln der ICD das Grundleiden automatisch aus.

Die Vorteile liegen zum einen darin, dass durch die automatische Auswahl des Grundleidens Interpretationsspielräume wegfallen und Daten vergleichbar werden.

Darüber hinaus werden alle auf der Todesbescheinigung vorhandenen Diagnosen erfasst, womit ein Informationsverlust vermieden und die Daten multikausal ausgewertet werden können. Das ermöglicht damit künftig nicht nur im Hinblick auf die suizidale Sterblichkeit und ihre zum Beispiel psychische und physische Anamnese noch aussagekräftigere und tiefer gehende Untersuchungen und Studien.

Der Einsatz des elektronischen Codiersystems ist in einigen Statistischen Landesämtern bereits für Anfang 2008 geplant. [u](#)

29) Einige Unterschiede zwischen den Ländern sind allerdings durch erhebungstechnische Probleme sowie durch kulturelle Unterschiede im Zusammenhang mit dem Erkennen dieser Todesursache zu erklären.

Anhang: Übersicht über die vierstelligen Subkategorien der ICD (9. Revision)

E950.–	<b>Selbstmord und Selbstbeschädigung durch Vergiftung mit festen oder flüssigen Stoffen</b>
E950.0	Analgetika, Antipyretika und Antirheumatika
E950.1	Barbiturate
E950.2	Sonstige Sedativa und Hypnotika
E950.3	Tranquillizer und sonstige Psychopharmaka
E950.4	Sonstige näher bezeichnete Drogen und Medikamente
E950.5	Nicht näher bezeichnete Droge oder Medikament
E950.6	In Landwirtschaft und Gartenbau verwendete chemische und pharmazeutische Präparate, soweit sie nicht Pflanzennährstoffe und Düngemittel sind
E950.7	Ätzende Substanzen
E950.8	Arsen und Arsenverbindungen
E950.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete feste und flüssige Stoffe
E951.–	<b>Selbstmord und Selbstbeschädigung durch Vergiftung mit im Haushalt verwendeten Gasen</b>
E951.0	Leitungsgas
E951.1	Flüssiggas in Behältern
E951.8	Sonstige Gebrauchsgase
E952.–	<b>Selbstmord und Selbstbeschädigung durch Vergiftung mit sonstigen Gasen und Dämpfen</b>
E952.0	Kraftfahrzeug-Abgase
E952.1	Sonstige Kohlenmonoxide
E952.8	Sonstige näher bezeichnete Gase und Dämpfe
E952.9	Nicht näher bezeichnete Gase oder Dämpfe
E953.–	<b>Selbstmord und Selbstbeschädigung durch Erhängen, Erdrosseln und Ersticken</b>
E953.0	Erhängen
E953.1	Ersticken durch Plastikbeutel
E953.8	Sonstige näher bezeichnete Art
E953.9	Nicht näher bezeichnete Art
E954	<b>Selbstmord und Selbstbeschädigung durch Ertrinken</b>
E955.–	<b>Selbstmord und Selbstbeschädigung durch Feuerwaffen und Explosivstoffe</b>
E955.0	Handfeuerwaffen
E955.1	Schrotflinte
E955.2	Jagdgewehr
E955.3	Militärische Feuerwaffe
E955.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Feuerwaffe
E955.5	Explosivstoffe
E955.9	Nicht näher bezeichnet
E956	<b>Selbstmord und Selbstbeschädigung durch schneidende und stechende Gegenstände</b>
E957.–	<b>Selbstmord und Selbstbeschädigung durch Sturz aus der Höhe</b>
E957.0	Wohngebäude
E957.1	Sonstige Bauwerke
E957.2	In der Natur
E957.9	Nicht näher bezeichnet
E958.–	<b>Selbstmord und Selbstbeschädigung auf sonstige und nicht näher bezeichnete Art und Weise</b>
E958.0	Sich vor einen sich bewegenden Gegenstand legen oder werfen
E958.1	Selbstverbrennung (Feuer)
E958.2	Verbrühen
E958.3	Extreme Kälte
E958.4	Stromschlag
E958.5	Vorsätzlicher Kraftfahrzeugunfall
E958.6	Vorsätzlicher Luftfahrzeugunfall
E958.7	Ätzende Substanzen, ausgenommen Vergiftung
E958.8	Sonstige näher bezeichnete Art und Weise
E958.9	Nicht näher bezeichnete Art und Weise
E959	<b>Spätfolgen des Selbstmordversuchs und der Selbstbeschädigung</b>

## Auszug aus Wirtschaft und Statistik

© Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2007

Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellenangabe gestattet.

Herausgeber: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

Schriftleitung: Walter Radermacher  
Präsident des Statistischen Bundesamtes  
Verantwortlich für den Inhalt:  
Brigitte Reimann,  
65180 Wiesbaden

- Telefon: +49 (0) 6 11/75 20 86
- E-Mail: [wirtschaft-und-statistik@destatis.de](mailto:wirtschaft-und-statistik@destatis.de)

Vertriebspartner: SFG Servicecenter Fachverlage  
Part of the Elsevier Group  
Postfach 43 43  
72774 Reutlingen  
Telefon: +49 (0) 70 71/93 53 50  
Telefax: +49 (0) 70 71/93 53 35  
E-Mail: [destatis@s-f-g.com](mailto:destatis@s-f-g.com)

Erscheinungsfolge: monatlich



Allgemeine Informationen über das Statistische Bundesamt und sein Datenangebot erhalten Sie:

- im Internet: [www.destatis.de](http://www.destatis.de)

oder bei unserem Informationsservice  
65180 Wiesbaden

- Telefon: +49 (0) 6 11/75 24 05
- Telefax: +49 (0) 6 11/75 33 30
- [www.destatis.de/kontakt](http://www.destatis.de/kontakt)