



Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Wissenschaft und Gesundheit

Hamburger Suizidbericht 2005

Gesundheit!



Impressum

Hamburger Suizidbericht 2005

Herausgeber: Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Wissenschaft und Gesundheit
Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz
Fachabteilung Gesundheitsberichterstattung
und Gesundheitsförderung
Billstraße 80, 20539 Hamburg

Stand: April 2005

Autor: Dr. Wolfgang Korte
Endredaktion: Uwe Saier und Holger Hanck

Gestaltung und Druck: V.I.G. Druck & Media GmbH, Hamburg

Auflage, April 2005: 500 Exemplare
© 2005, Alle Rechte vorbehalten

Bild Umschlag: Ursula Holly
www.malenmein hobby.de
Alle Rechte für das Bild liegen bei der Künstlerin

Bezug: Sie erhalten den Bericht kostenlos bei der
Behörde für Wissenschaft und Gesundheit
☎ (040) 428 37 –1999
brigitte.krueger@bwg.hamburg.de
oder im Internet unter www.gesundheit.hamburg.de

Die Behörde für Wissenschaft und Gesundheit im Internet: www.gesundheit.hamburg.de

Wir danken Frau Nursel Akay, Doktorantin am Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (UKE), Herrn Prof. Dr. Hans Peter Unger, Leitender Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie am AK Harburg, dem Institut für Rechtsmedizin und dem Therapiezentrum für Suizidgefährdete am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (UKE) sowie dem Statistischen Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein.

Hamburger Suizidbericht 2005

Vorwort	7
1. Einleitung	9
Begriffsdefinition	9
Der Suizid in der Geschichte	10
Suizid und Strafrecht	11
Wie werden Suizide erfasst?	11
Suizidmethoden – von geringer Relevanz für die Prävention.....	12
Suizid und Medien	14
2. Suizid im Spiegel der amtlichen Statistik	17
Suizidrate rückläufig	18
Suizidraten und Lebensalter	18
Suizid und soziale Lage.....	22
Suizid und Migration	24
Zusammenfassung	25
3. Ursachen, Motive, Lebenssituationen	27
Suizidursachen nach Aktenlage der Polizei	27
Hauptursache: Krankheiten!	28
Erläuterung	31
Zusammenfassung	32
4. Depressive Erkrankungen und Suizid	35
Depressionen sind häufige Suizidursache	35
Frauen in besonderem Maße betroffen	37
Zusammenfassung	41
5. Suizid bei Kindern und Jugendlichen	43
Suizide kündigen sich an	44
Zusammenfassung	46

6. Suizid alter Menschen	47
Suizidgründe: Krankheit, Einsamkeit und Verlust des Lebenssinns	49
Die Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte	49
Zusammenfassung	50
7. Notfallversorgung, Behandlung und Prävention	51
Suizide verhindern, aber wie?	51
Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung nicht	52
vernachlässigen	
Qualitätszirkel Suizidprävention	53
Harburger Bündnis gegen Depression	54
Therapiezentrum für Suizidgefährdete.....	55
Jugend- und sozialpsychiatrische Dienste der Gesundheitsämter.....	58
Telefonseelsorge	59
Weitere Angebote	59
Hausärztinnen und Hausärzte	60
Suizidforen	61
Hilfsangebote ausreichend, aber nicht genügend bekannt	61
Folgerungen	62
8. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	63
Die wichtigsten Schlussfolgerungen auf einen Blick.....	66
Literatur	67

Vorwort



Zuerst die gute Nachricht: Die Zahl der Suizide nimmt in Hamburg ab.

Trotzdem dürfen wir dieses Problem nicht auf die leichte Schulter nehmen. Der hohe Anteil alter Menschen, welche ihr Leben durch Suizid beenden, sollte uns alarmieren. Der vorliegende Bericht zeigt, dass sich die Zahl der Suizide weiter verringern lässt und dass wir hierzu alle einen Beitrag leisten können.

Suizid, so belegt dieser Bericht, ist eine Folge von Verlust: Verlust von Beziehungen, von Gesundheit, von Arbeit, wohl auch von Hoffnung, dass wieder bessere Zeiten zu erwarten sind. Wir dürfen nicht vergessen, dass soziale Unterstützung zu den wirkungsvollsten Schutzfaktoren für Gesundheit gehört. „Selbst der stärkste Mann kann sich selbst nicht in die Höhe heben.“ Dieser Satz von Konfuzius besagt für mich nichts anderes, als dass alle aufgerufen sind, Menschen aufmerksam zu begegnen, die sich in schwierigen Lebenssituationen befinden.

Suizid darf kein Tabuthema bleiben. Menschen, die darüber nachdenken, sich das Leben zu nehmen, müssen von uns wahrgenommen werden. Das Thema ansprechen und die Sorgen ernst nehmen, kann oft schon helfen. Häufig sind Angehörige, Nachbarn, Freunde, Kollegen jedoch überfordert. Hamburg bietet ein Netz professioneller Hilfen für Betroffene und Angehörige.

Suizidprävention ist eine Gemeinschaftsaufgabe. Wenn alle im privaten wie im professionellen Bereich auf Menschen in Lebenskrisen achten, wenn das vorhandene Hilfesystem möglichst vielen bekannt ist, wenn rechtzeitig Hilfe vermittelt wird, wird sich die positive Entwicklung in unserer Stadt fortsetzen. Ich hoffe, dieser Bericht kann dazu beitragen.


Jörg Dräger, Ph.D

Senator für Wissenschaft und Gesundheit

Einleitung

Der Suizid ist keine gewöhnliche Todesursache. Sein Leben durch eigene Hand zu beenden bedeutet, dass irgend etwas stärker war als der dem Menschen eigene Wunsch, sein Leben zu sichern und zu erhalten. Deshalb erzeugt das Ereignis eines Suizids oder eines Suizidversuchs bei den meisten Menschen Betroffenheit. Insbesondere für die Angehörigen ist es eine erhebliche psychische Belastung. Häufig sind sie hilflos im Umgang mit suizidalen Gedanken und Handlungen der ihnen emotional nahe stehenden Menschen. Nach einem Suizid und dem Verlust eines Angehörigen kommt noch die Frage hinzu, ob und wie sie diesen Tod hätten verhindern können.

Das Suizidgeschehen in einem Gesundheitsbericht zu beschreiben bedeutet, von den individuellen und oft sehr privaten Gründen der betroffenen Menschen abzu- sehen. Vielmehr wird in diesem Bericht versucht, das Thema Suizid im zeitlichen Wandel und in den regionalen Unterschieden im Bevölkerungsbezug darzustellen. Damit ist die Hoffnung verbunden, weitere Einsichten für die Prävention des Suizids, für die Verbesserung der Versorgung Betroffener nach Suizidversuchen oder für die Betreuung Suizidgefährdeter zu gewinnen.

Bereits in dem ersten systematischen Bericht über Suizide in Hamburg (Loewenberg 1932), der die Jahre 1880 bis 1930 einbezieht, wird die gesellschaftliche Bedeutung des Suizids gesehen. „Der Selbstmord ist ein psychopathologisches und soziologisches Symptom und gehört in weiterem Sinne wie der Alkoholismus, die Unfallneurose und die Kriminalität zu jenen biologischen und zugleich auch gesellschaftlichen Krankheitserscheinungen, die von Einzelnen erlitten werden“ (S. 69).

Begriffsdefinition

Im vorliegenden Bericht wird wie in anderen aktuellen Publikationen der Begriff „Suizid“ verwendet. Der früher übliche Begriff „Selbstmord“ gilt als wertende Bezeichnung und damit als nicht sachgerecht (Mord ist Tötung aus niedrigen Beweggründen). Der Begriff „Freitod“ enthält ebenfalls eine Wertung, indem suggeriert wird, der Suizid sei eine freie Entscheidung des Einzelnen. Angesichts der Zwänge, die in der biographischen Entwicklung, den Lebensumständen, den wirtschaftlichen Verhältnissen oder den psychischen Krankheitsprozessen im Vorfeld eines Suizids zu beobachten sind, erscheint diese Einschätzung fragwürdig.

Im Brockhaus Lexikon (2002) wird der Suizid als „[...] die vorsätzliche, gewaltsame Beendigung des eigenen Lebens [...]“ und in Meyers großem Handlexikon (2002) als „[...] gewaltsame und überlegte Vernichtung des eigenen Lebens, oft aufgrund von Normen- oder Orientierungskonflikten des Individuums“ definiert. Die Motive liegen meist in einer für unüberwindbar gehaltenen Diskrepanz zwischen persönlichen Lebensansprüchen und der (subjektiv wahrgenommenen) Realität. Laut Psychembel (Medizinisches Wörterbuch, 2004) ist der Suizid „[...] die absichtliche Selbsttötung, die als Reaktion auf eine Lebenskrise, Identitätskrise oder Ausdruck einer Autoaggression verstanden werden kann“.

Die Suizidalität ist die Neigung zum Suizid. Nach einer Beschreibung des Therapie-Zentrums für Suizidgefährdete am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (2000) sind suizidales Erleben und Suizidversuche „[...] meist Ausdruck der Zuspitzung einer seelischen Krise, in der die Menschen hoffnungslos und verzweifelt sind und ihre Situation als ausweglos erleben. Auslöser der Krisen sind zwischenmenschliche Konflikte, Trennungen oder der Tod von wichtigen Bezugspersonen sowie Kränkungen, berufliche Probleme, schwere Erkrankungen und - besonders im hohen Lebensalter - Vereinsamung und Selbstwertverlust.“

Der Suizid in der Geschichte

Die gesellschaftliche Bewertung des Suizids hat eine lange wechselvolle Geschichte. Bei den Griechen und Römern war der Suizid nicht nur erlaubt, sondern galt unter bestimmten Umständen, z.B. bei schwerer Krankheit oder nach Niederlagen im Krieg, als ehrenvoll. Auch bei den germanischen Stämmen Mittel- und Nordeuropas war der Suizid in schwierigen Lebenslagen üblich. Mit dem Vordringen des Christentums wandelte sich die Einstellung zum Suizid radikal. Ende des vierten Jahrhunderts verurteilte Augustinus den Suizid als unverzeihlichen Mord und als Sünde gegen Gott. Das kirchliche Recht verbot die Bestattung in geweihter Erde. Im Mittelalter wurde der Leichnam eines Selbstmörders oft auf vielfältige Weise geschändet. Erst in der Neuzeit begann mit der Aufklärung eine Neubewertung. Es mehrten sich die Stimmen, die den Suizid in die freie Entscheidung des Individuums stellen oder ihn als Endpunkt einer depressiven psychischen Entwicklung sehen. Im preußischen Norddeutschland ist der Suizid bzw. der Suizidversuch seit 1751 straffrei (vgl. Mischler 2000).

Suizid und Strafrecht

In Deutschland ist der Suizid und die Beihilfe zum Suizid grundsätzlich straffrei. Jedoch stellte der Bundesgerichtshof 1954 fest, „[...]der Suizid verstoße gegen das Sittengesetz“ und verurteilte „[...] die Selbsttötung als eine verfassungswidrige Handlung“ (Mischler 2000, S. 207). Wer einen Schuldunfähigen zum Suizid anstiftet oder mittels Betrug und/oder Täuschung zur Tötung in mittelbarer Täterschaft führt, kann dafür nach § 25 Abs. 2 StGB belangt werden. Die Garantenstellung verpflichtet z.B. Angehörige oder Ärztinnen und Ärzte, eine Selbsttötung zu verhindern, eine bewusste Nichtverhinderung ist strafbar. Auch das Unterlassen der Hilfeleistung ist nach § 323c StGB strafbar, da der Suizidversuch als Unglücksfall im Sinne des § 323c StGB gesehen wird.

Wie werden Suizide erfasst?

Obwohl seit dem 19. Jahrhundert in den meisten europäischen Ländern eine Todesursachenfeststellung und somit auch die Feststellung eines Suizids durch einen Arzt erfolgt, ist eine zweifelsfreie Erfassung des Suizids nicht möglich. In Hamburg wird bei Verdacht auf ein unnatürliches Geschehen das Landeskriminalamt (LKA 417) von der Schutzpolizei benachrichtigt. Nicht nach jedem gemeldeten Todesfall rückt die LKA 417 aus, aber außer bei Mordverdacht in der Regel bei Verdacht auf Suizid, plötzlichem Kindstod und Drogentod. Die Hauptaufgabe ist die Prüfung, ob eine Fremdeinwirkung vorliegt. Die Polizeiarbeit beginnt mit einem Todesermittlungsverfahren gemäß § 160 StPO, bei vermutetem nicht natürlichem Tod nach § 159 StPO. Wird von den ermittelnden Polizeibeamten ein nicht natürlicher Tod (Unfall, Freitod, Tod durch strafbare Handlung oder sonstige Gewalteinwirkung) vermutet, oder ist nicht aufgeklärt, ob ein natürlicher Tod oder ein nicht natürlicher Tod vorliegt, wird der Leichnam beschlagnahmt und im Normalfall in das Institut für Rechtsmedizin der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf gebracht. Dort wird die Leiche registriert und besichtigt. Bei Verdacht auf Fremdeinwirkung wird die Mordkommission und die Gerichtsmedizin zu weiteren Ermittlungen zum Auffindeort gerufen. Der Vorgang wird an die Staatsanwaltschaft weitergegeben, die den Leichnam entweder freigibt oder im Zweifelsfall eine Leichenöffnung anordnet.

Bei tödlichen Verkehrsunfällen versucht das Landeskriminalamt (LKA 417) grundsätzlich parallel zum zuständigen Verkehrsunfallermittler des Verkehrsunfalldienstes (VUD) die Todesursache zu ermitteln. Dies dient insbesondere der Beantwortung der Frage, ob überhaupt ein Verkehrsunfall vorliegt oder ob die Todesursache eine

Erkrankung ist. So werden im Rahmen der Ermittlungen auch Informationen gewonnen, die auf einen möglicherweise vorliegenden Suizid hindeuten. Hierzu gehören auch Hinweise von Angehörige des Verstorbenen, welche Anhaltspunkte für einen Suizid sein könnten. Diesen wird nachgegangen und Ergebnisse ggf. aktenkundig gemacht.

Für jeden von der LKA 417 bearbeiteten Todesfall wird eine Akte angelegt. Sie enthält die im Rahmen der polizeilichen Ermittlungen anfallenden Informationen. Kerndaten wie Name und Geburtsdatum des Toten, Adresse, Datum und Uhrzeit der Kenntnisnahme der Schutzpolizei, Einsatzbericht der Schutzpolizei, (Einsatz-) Bericht von LKA 417, je nach Vorgehensweise des zuständigen Kriminalbeamten Photos der Auffindesituation, Zeugenaussagen, Angehörigenaussagen, Abschiedsbriefe, Sicherstellung von eventuellen Tatwerkzeugen, Wertsachen, Leichenschaubericht.

Die Polizeiakten der in Hamburg in den Jahren 2000 bis 2002 registrierten Suizide wurden im Rahmen einer Dissertation am Institut für Rechtsmedizin systematisch ausgewertet und in einer Datenbank dokumentiert. Diese Informationen über insgesamt 787 Suizidfälle hamburgischer Bürgerinnen und Bürger (258 Frauen und 529 Männer) bilden die Grundlage für die Analysen des dritten Kapitels dieses Berichts.

Dieser Bericht beschränkt sich auf die Darstellung der polizeilich festgestellten Suizide. Zu den Suizidversuchen, hierzu gehören auch die so genannten appellativen Suizidversuche, die für die Suizidprävention von ebenso hoher Bedeutung sind, gibt es bisher kein systematisches Zahlenmaterial. Es ist zu fordern, dass künftig die Suizidversuche im Rahmen der Krankenhausdiagnosestatistik dokumentiert werden. Expertinnen und Experten rechnen mit etwa 10mal so vielen Suizidversuchen wie vollendeten Suiziden. Von der Darstellung ausgeschlossen sind selbstverständlich auch unentdeckte Suizide, wie zum Beispiel Vergiftungen, die als solche nicht erkannt werden, das heimliche Absetzen von lebenswichtigen Medikamenten, unklare Verkehrsunfälle, vorgetäuschte Unglücksfälle oder das Verweigern von Nahrung.

Suizidmethoden – von geringer Relevanz für die Prävention

Ebenfalls verzichtet der Bericht auf eine Darstellung der Suizidmethoden. Sie werden in vielerlei Hinsicht in der Öffentlichkeit diskutiert. In Suizidforen im Internet

wird die Praktikabilität verschiedener Methoden diskutiert. Die Veröffentlichung von spektakulären Suiziden in den Medien führt oftmals zu Folgesuiziden mit ähnlichen Methoden. Es gibt Brücken und Hochhäuser, die bevorzugt für einen Todessprung gewählt werden und welche dann, soweit möglich, gegen Suizidversuche abgesichert werden. Es gibt jedoch keinen Beweis dafür, dass hierdurch Suizidgefährdete gerettet werden und nicht auf andere Methoden ausweichen. Die Wahl der Methoden ist in verschiedenen Regionen unterschiedlich und hat oft mit ihrer Verfügbarkeit zu tun, wie z.B. der Schusswaffengebrauch in den USA. Wegen dieser Beliebigkeit besitzen diese Informationen nur begrenzte Aussagekraft für die Suizidprävention. Der Bericht gibt zunächst eine Übersicht über die Epidemiologie des Suizidgeschehens in Hamburg unter besonderer Berücksichtigung der Entwicklungen der letzten Jahre. Die vollendeten Suizide werden in vier Altersabschnitten betrachtet: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bis zum Alter von 24 Jahren, Erwachsene von 25 bis 49 Jahren, ältere Menschen von 50 bis 74 Jahren und sehr alte Menschen im Alter von über 75 Jahren.

Im Kapitel „*Ursachen, Motive, Lebenssituationen*“ werden die Bedingungen geschildert, die zum Suizid führen können. Es wird die Frage gestellt, ob bestimmte Bevölkerungsgruppen ein besonderes Suizidrisiko tragen. Dieser Gedanke wird in den Kapiteln „*Depressive Erkrankungen und Suizid*“, „*Suizid bei Kindern und Jugendlichen*“ und „*Suizid alter Menschen*“ weiter verfolgt.

Im Kapitel „*Prävention*“ werden Strategien geschildert, die Häufigkeit von Suiziden zu verringern. Die primäre Prävention hat das Ziel, die Risiken für Krankheit oder Tod bereits vor dem Auftreten zu vermeiden. Bezogen auf den Suizid würde dies bedeuten, bei Bevölkerungsgruppen mit besonderem Risiko die Ursachen zu bekämpfen, wo dies möglich erscheint. Die sekundäre Prävention besteht darin, Menschen, die bereits auf dem Weg zum Suizid sind, zu erkennen und ihnen Hilfe zukommen zu lassen. Die tertiäre Prävention konzentriert sich auf die Betreuung der Betroffenen, wenn sie nach einem Suizidversuch gerettet werden konnten. Hier gilt es, weitere Suizidversuche möglichst zu verhindern.

Die Weltgesundheitsorganisation sieht die Gesundheitsförderung als „[...] einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist

es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können.“ (Ottawa–Charta zur Gesundheitsförderung, 1986, S. 96). In diesem Sinne kann das Suizidgeschehen auch als Indikator dafür gesehen werden, inwieweit in einem Gemeinwesen die Rahmenbedingungen für ein selbstbestimmtes, gesundes Leben gegeben sind.

Die Europäischen Gesundheitsminister greifen diese Überlegungen auf. Auf der Europäischen Ministeriellen WHO-Konferenz Psychische Gesundheit in Helsinki im Januar 2005 wurde ein „Europäischer Aktionsplan für Psychische Gesundheit“ verabschiedet. In Punkt 5 des Aktionsplans wird als Ziel „Psychische Gesundheitsprobleme und Suizid verhüten“ genannt. Es wird bemerkt: „Die sozialen Auslöser psychischer Gesundheitsprobleme sind vielfältig und reichen von individuellen Ursachen zu Belastungen ganzer Gruppen oder Gesellschaften. Sie können in sehr unterschiedlichen Umfeldern auftreten oder verstärkt werden“ (EUR/04/5047810/7 - 14. Januar 2005, S.5). (Europäischer Aktionsplan für Psychische Gesundheit. Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen)

In der Initiative „Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland“, in dem mittlerweile über 70 Organisationen und 170 Expertinnen und Experten mitarbeiten, wird formuliert: „ Suizidprävention ist eine gesellschaftliche Aufgabe. Um nachhaltig zu wirken und die Tabuisierung suizidalen Verhaltens zu brechen, müssen sich die Einstellungen gegenüber suizidalem Verhalten ändern. Der Wandel der Einstellungen entlastet Suizidgefährdete und ihre Angehörigen und öffnet Wege für eine bessere Prävention und Versorgung suizidgefährdeter Menschen. Um dieses Ziel zu erreichen, ist die Beteiligung möglichst vieler gesellschaftlicher Institutionen notwendig“ (www.suizidpraevention-deutschland.de)

Suizid und Medien

Die Medien haben eine bedeutende Rolle in der öffentlichen und individuellen Wahrnehmung von Problemen und Ereignissen. Sie haben Einfluss auf die individuellen und gesellschaftlichen Haltungen und Meinungen zur Suizidalität und zum Suizid. Eine sensible Berichterstattung in den Medien kann daher eine präventive Wirkung haben.

Die Mehrheit der Menschen, die einen Suizid erwägen, sind diesem Entschluss gegenüber ambivalent. Im Vordergrund steht häufig nicht der Wunsch zu sterben, sondern die Vorstellung, so wie bisher nicht weiterleben zu können. Die betroffenen Personen befinden sich in einem extremen krisenhaften emotionalen und psychischen Ausnahmezustand. In dieser Situation können Medienberichte über Suizide einerseits den Entschluss oder Impuls zum Suizid oder andererseits aber auch zur Suche nach Hilfe beeinflussen.

In vielen Untersuchungen wurde der Einfluss von Medienberichten auf Suizide nachgewiesen. Die Publikation von Derek Humphry's "Final Exit" hatte in New York eine Steigerung der Suizide mit den im Buch beschriebenen Methoden zur Folge. Der Fernsehsendung „Tod eines Schülers“ folgte eine Erhöhung der Anzahl von Suiziden Jugendlicher. Bei entsprechender Berichterstattung über Suizide von Identifikationsfiguren wie prominenter Persönlichkeiten oder „Stars“ können diese von suizidalen Menschen als „Vorbild“ im Sinne des Werther-Effektes genommen werden. Berichte über „Amokläufer“, die sich anschließend das Leben nahmen, führten gehäuft im zeitlichen Zusammenhang zu ähnlichen Folgetaten. In Wien waren Mitte der 80er Jahre vor allem U-Bahn-Suizide häufig Gegenstand der Berichte in den Medien. Durch eine vom Österreichischen Verein für Suizidprävention initiierte zurückhaltende Berichterstattung in den Medien über die Ereignisse ab 1987 reduzierte sich die Zahl der U-Bahn-Suizide um mehr als 70 % und blieb seitdem auf niedrigem Niveau.

Deshalb sollte über Suizide zurückhaltend und nicht dramatisierend, billigend, romantisierend oder idealisierend berichtet werden. Die Erwähnung besonderer Methoden oder Orte sollte vermieden werden. Demgegenüber können Berichte über die Not suizidaler Menschen enttabuisierend wirken und die rechtzeitige Inanspruchnahme von therapeutischer Hilfe fördern.

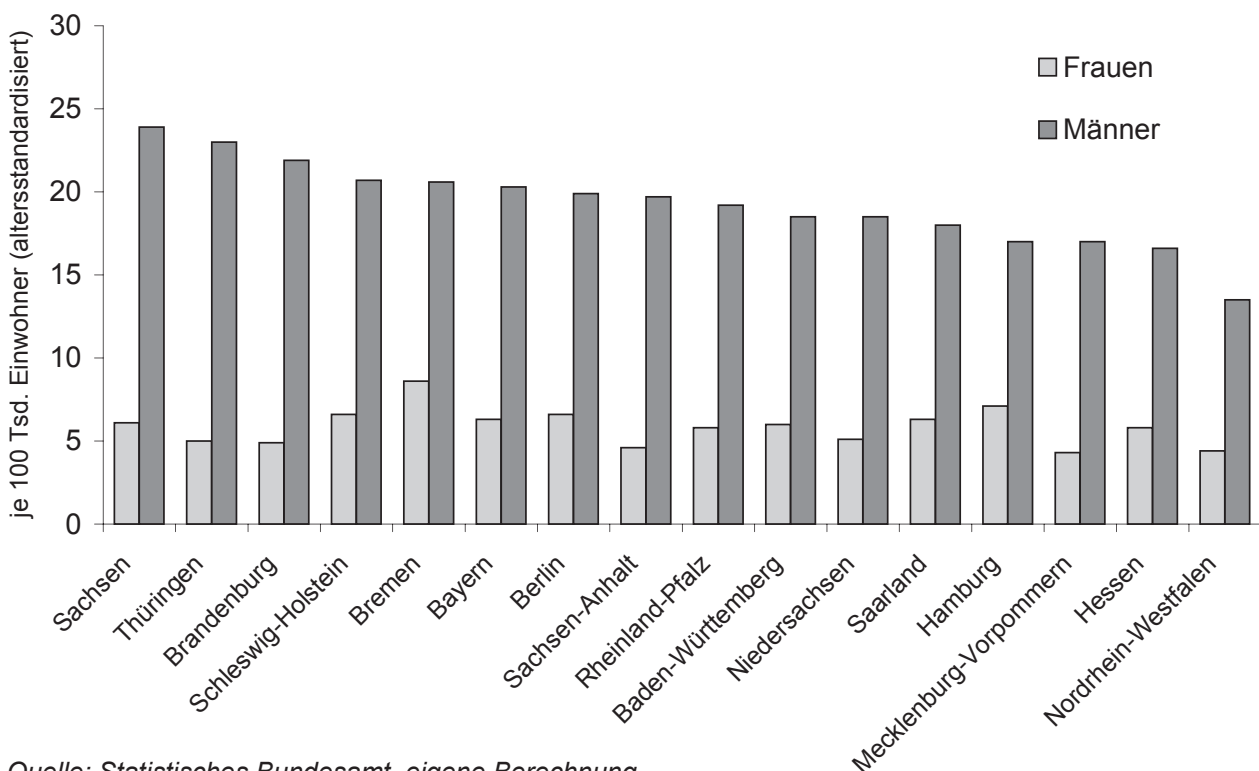
Suizid im Spiegel der amtlichen Statistik

Hamburg lag noch 1999 in der Suizidstatistik an der Spitze der alten Bundesländer. Inzwischen hat sich das Bild gewandelt. Nun weist Sachsen bei den Männern und Bremen bei den Frauen die höchsten registrierten Suizidraten auf. Hamburg liegt bei den Frauen immer noch an zweiter Stelle, während sich bei den Männern die Situation deutlich verbessert hat, nur drei Bundesländer melden günstigere Zahlen (vgl. Abbildung 2.1).

Der Vergleich erfolgt anhand von altersstandardisierten Suizidraten. Altersstandardisierte Suizidraten sind definiert als die Anzahl der Suizide je 100.000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner, wobei die Altersverteilungen der verglichenen Bevölkerungsgruppen mit Hilfe statistischer Methoden vereinheitlicht werden.

Suizide sind bei den Männern deutlich häufiger als bei den Frauen. Im Jahr 2003 nahmen sich 162 Hamburger und 92 Hamburgerinnen das Leben. Die Suizidrate der Männer war mit 19 je 100.000 Einwohner fast dreimal so hoch wie die der Frauen (7 Suizide je 100.000 Einwohnerinnen). In den Ländern der Europäischen Region beträgt die durchschnittliche Suizidrate 17,5 pro 100.000 Einwohner.

Abbildung 2.1: Suizide 2003 im Vergleich der Bundesländer

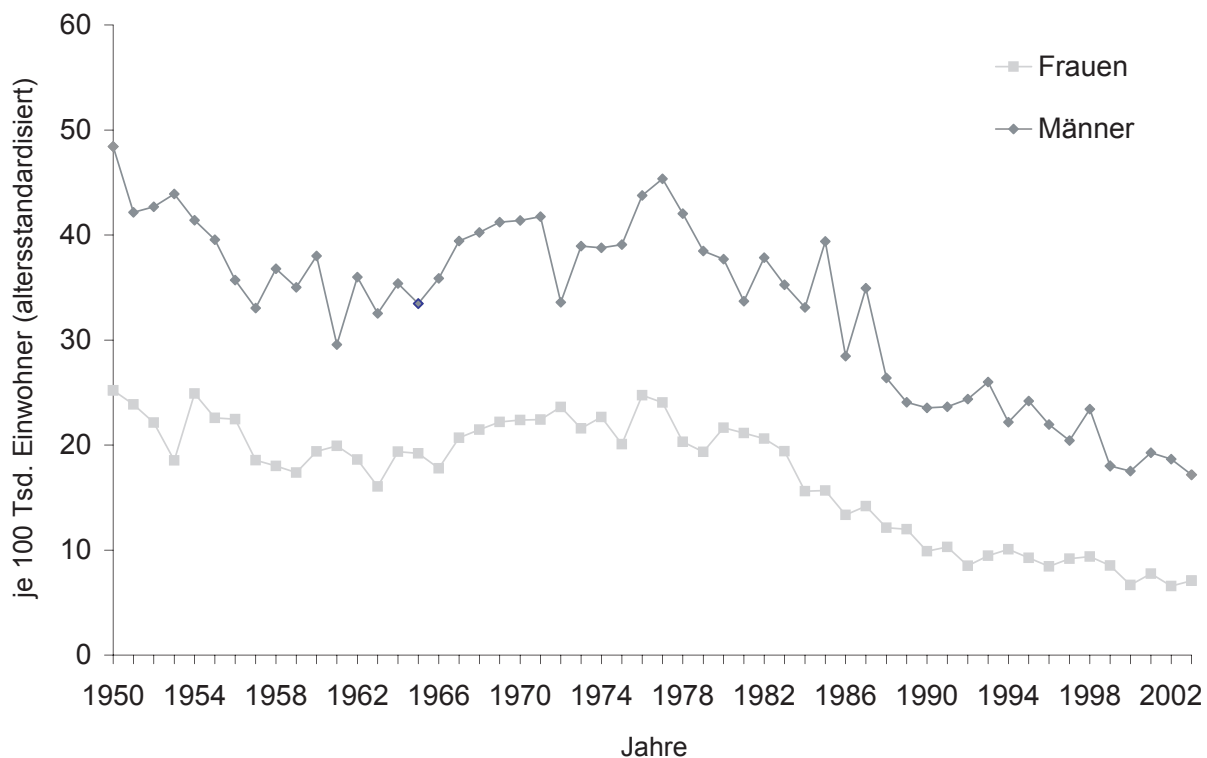


Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnung

Suizidrate rückläufig

Im Trend der letzten Jahrzehnte sind die Suizide zurückgegangen. Abbildung 2.2 zeigt die hamburgischen Suizide seit 1950. In diesem Zeitraum hat die Anzahl der Suizide bei den Männern um die Hälfte, bei den Frauen um zwei Drittel abgenommen. Bis in die Mitte der 70er Jahre waren die Suizidraten relativ hoch, seitdem erfolgt eine stetige Abnahme. Damit liegt Hamburg im Trend der Entwicklung in der Bundesrepublik.

Abbildung 2.2: Suizide bei Männern und Frauen, Hamburg 1950 bis 2003



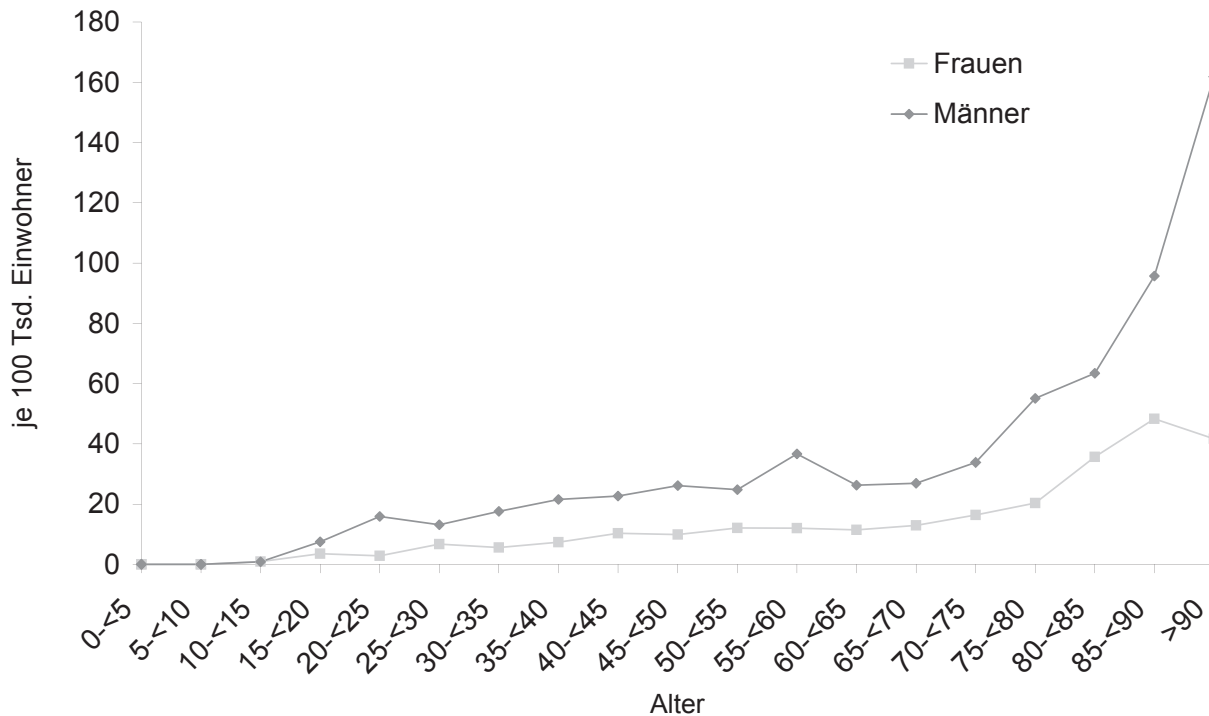
Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, eigene Berechnung

Suizidraten und Lebensalter

Die Suizidraten nehmen mit dem Lebensalter zu. Abbildung 2.3 zeigt das Suizidrisiko von Frauen und Männern in Abhängigkeit vom Lebensalter im Mittel der Jahre 1998 bis 2003. Suizide von Jugendlichen erzeugen Aufmerksamkeit und Betroffenheit, sie spielen jedoch glücklicherweise zahlenmäßig keine hervorgehobene Rolle. Beispielsweise sind im Jahr 2003 in Hamburg 17 junge Menschen bis zum Alter von 24 Jahren durch Suizid gestorben. Bei den Männern ist bereits zwischen dem 55. und 60. Lebensjahr ein bedeutsamer Anstieg feststellbar. Mutmaßlich hängt dieser mit Krisen beim Übergang zur Verrentung zusammen. Am höchsten ist die Suizidrate bei den alten Menschen, wobei der Anstieg des Risikos bei den Männern

wesentlich größer ausfällt. Bei den über 90jährigen ist es, verglichen mit den mittleren Lebensabschnitten, mehr als sechsmal so hoch.

Abbildung 2.3: Suizidraten und Lebensalter, Hamburg 1998 bis 2003

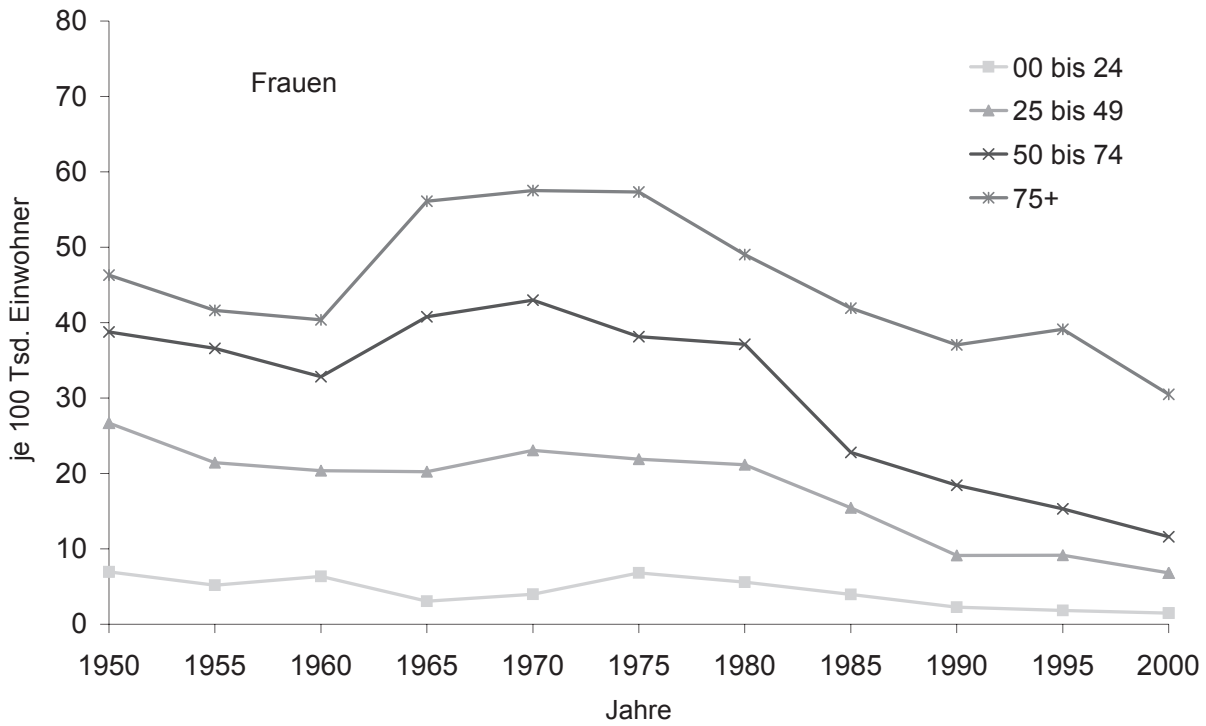


Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, eigene Berechnung

Der Rückgang der Suizidraten seit Mitte der 70er Jahre ist in den verschiedenen Altersgruppen zu beobachten (vgl. Abbildung 2.4 und 2.5). Trotz der Verbesserung der allgemeinen Suizidsituation bleiben die alten Menschen besonders gefährdet. Bei den alten Frauen hat die Suizidrate in den letzten drei Jahren wieder zugenommen. Ob sich dieser Trend fortsetzt, kann noch nicht beurteilt werden.

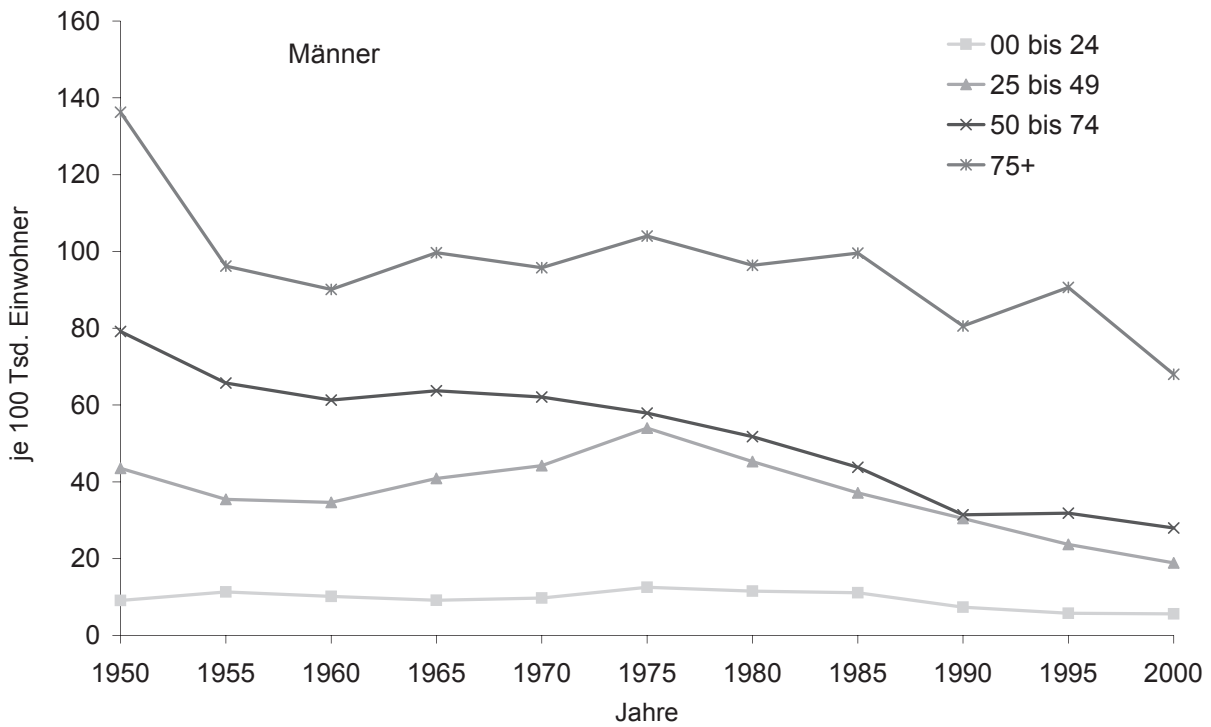
Bei der Einschätzung des Suizidgeschehens darf jedoch nicht übersehen werden, dass nicht nur die Suizide, sondern auch die Todesfälle insgesamt mit dem Alter häufiger werden und dies in einem wesentlich stärkeren Maße. Wie Abbildung 2.6 zeigt, nimmt deshalb die relative Bedeutung der Todesursache Suizid mit dem Lebensalter erheblich ab.

Abbildung 2.4: Entwicklung der Suizidraten nach Alter; Frauen



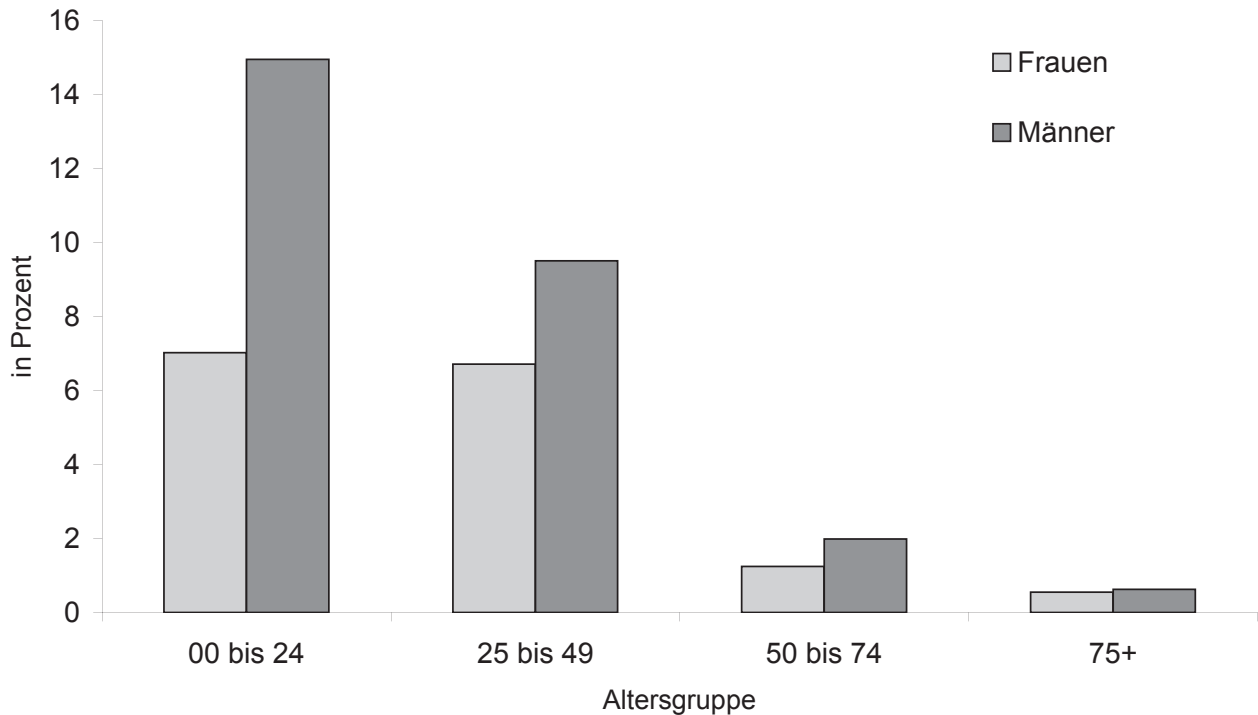
Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, eigene Berechnung

Abbildung 2.5: Entwicklung der Suizidraten nach Alter; Männer



Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, eigene Berechnung

Abbildung 2.6: Anteil der Suizide an allen Todesursachen nach Alter und Geschlecht, Hamburg 2003

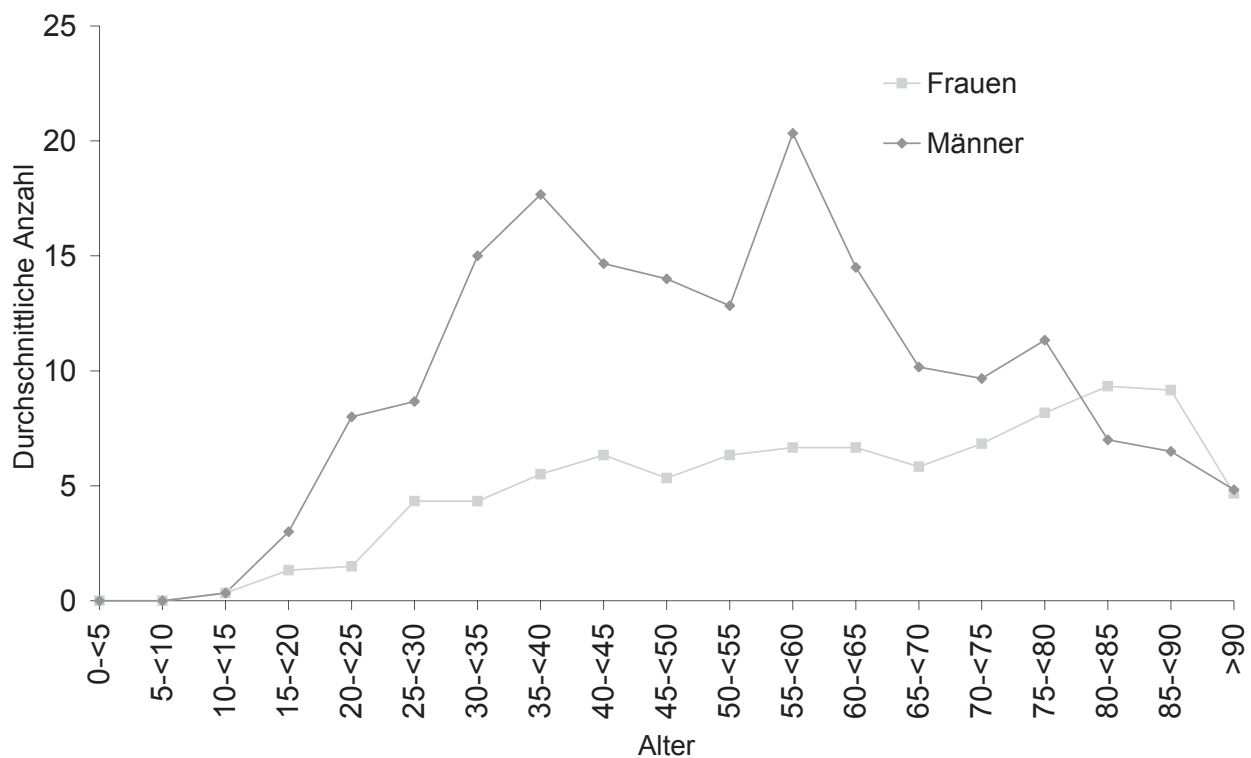


Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, eigene Berechnung

Es wird deutlich, dass bei geringer Gesamtsterblichkeit der Suizid im Jugendalter der Suizid mit 15 Prozent bei den Männern als Todesursache eine wesentlich größere Rolle spielt als im hohen Lebensalter. Hier sinkt der Anteil der Suizide sogar auf unter ein Prozent.

Für Prävention und das Hilfesystem ist nicht die relative Häufigkeit der Suizide, sondern ihre absolute Zahl entscheidend. Abbildung 2.7 zeigt, wie viele Suizide bei hamburgischen Männern und Frauen im Mittel der letzten fünf Jahre in den verschiedenen Altersabschnitten registriert worden sind.

Bei den Männern gibt es besonders viele Suizide in den mittleren Altersgruppen von 30 bis 45 Jahren und im Alter zwischen 55 und 60 Jahren, bei den Frauen im sehr hohen Alter zwischen 80 und 90 Jahren, bedingt durch das allgemein höhere Suizidrisiko (vgl. Abbildung 2.3) und durch die Tatsache, dass wegen der höheren Lebenserwartung viele sehr alte Frauen noch am Leben sind.

Abbildung 2.7: Suizide nach Alter und Geschlecht, Hamburg 1998 bis 2003

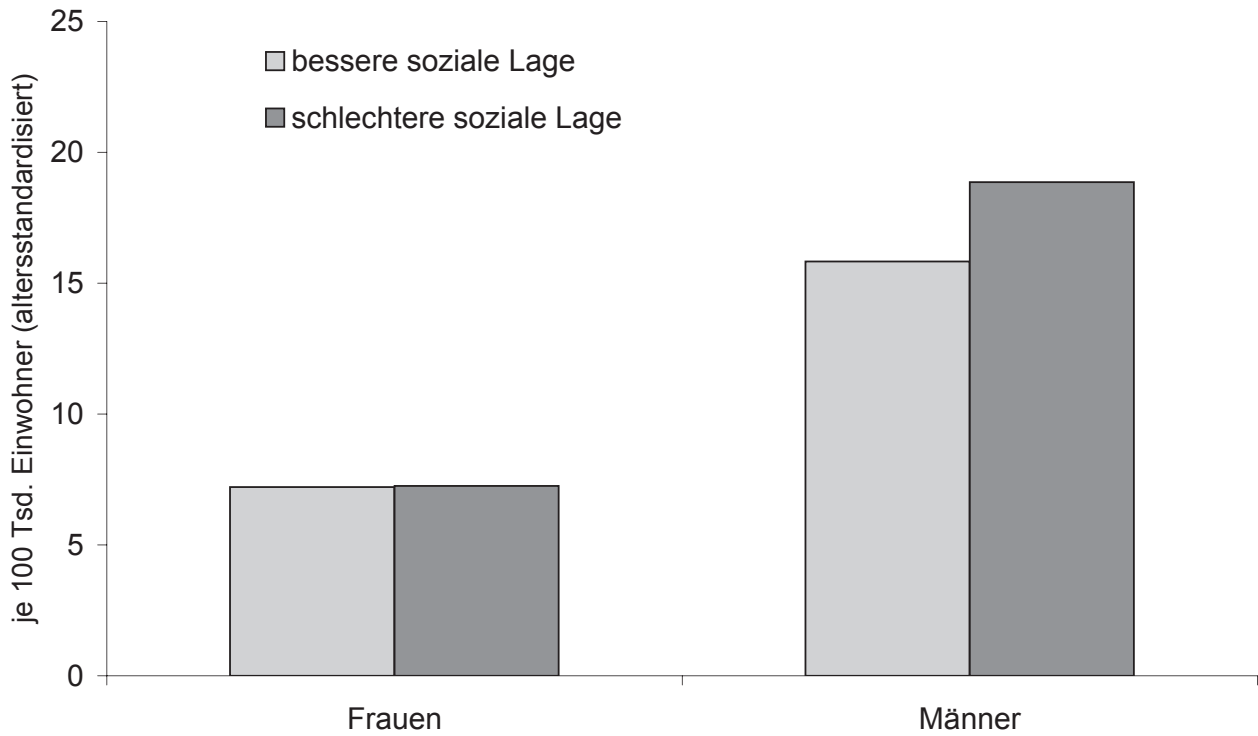
Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, eigene Berechnung

Suizid und soziale Lage

Klassifiziert man die hamburgischen Stadtteile nach der sozialen Lage der Bevölkerung und vergleicht das Suizidrisiko in sozial besser gestellten Wohnlagen mit benachteiligten Wohngebieten, so ergeben sich Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen Suizidhäufigkeit und sozialer Situation. Eine Erläuterung dieses Analyseverfahrens findet sich in der Stadtdiagnose 2 (2002) im Kapitel 3.5 „Gesundheit und soziale Lage“. Abbildung 2.8 zeigt die Suizidraten von Frauen und Männern in den sozial besser gestellten und benachteiligten Regionen Hamburgs.

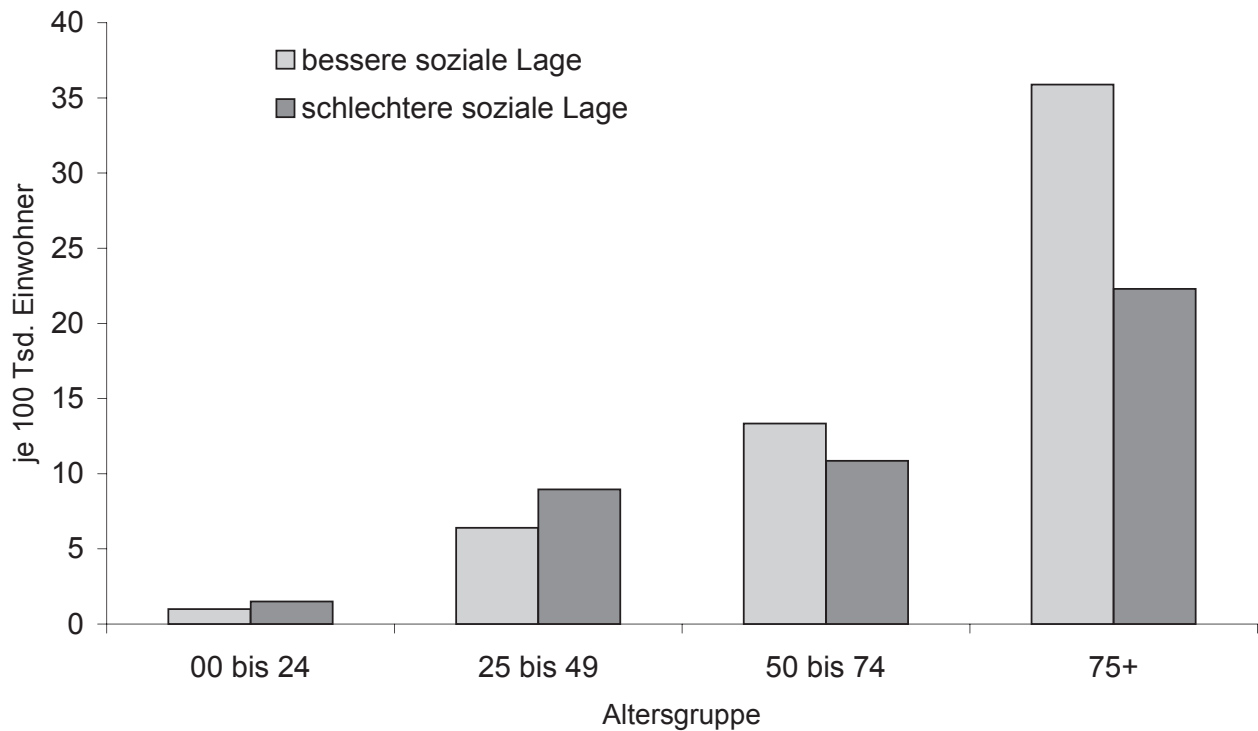
Während das Suizidrisiko der Frauen durch die soziale Situation unbeeinflusst zu sein scheint, sind bei den Männern die Suizide in sozial schlechter gestellten Wohngebieten häufiger. Ein differenzierteres Bild ergibt sich, wenn das Suizidgeschehen in den verschiedenen Altersgruppen verglichen wird. Hier zeigen sich auch bei den Frauen Unterschiede (vgl. Abbildung 2.9).

Abbildung 2.8: Suizidraten in Wohngebieten besserer und schlechterer sozialer Lage, Hamburg 1998 bis 2003



Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, eigene Berechnung

Abbildung 2.9: Suizidrisiko bei Frauen nach Alter und sozialer Lage, Hamburg 1998 bis 2003

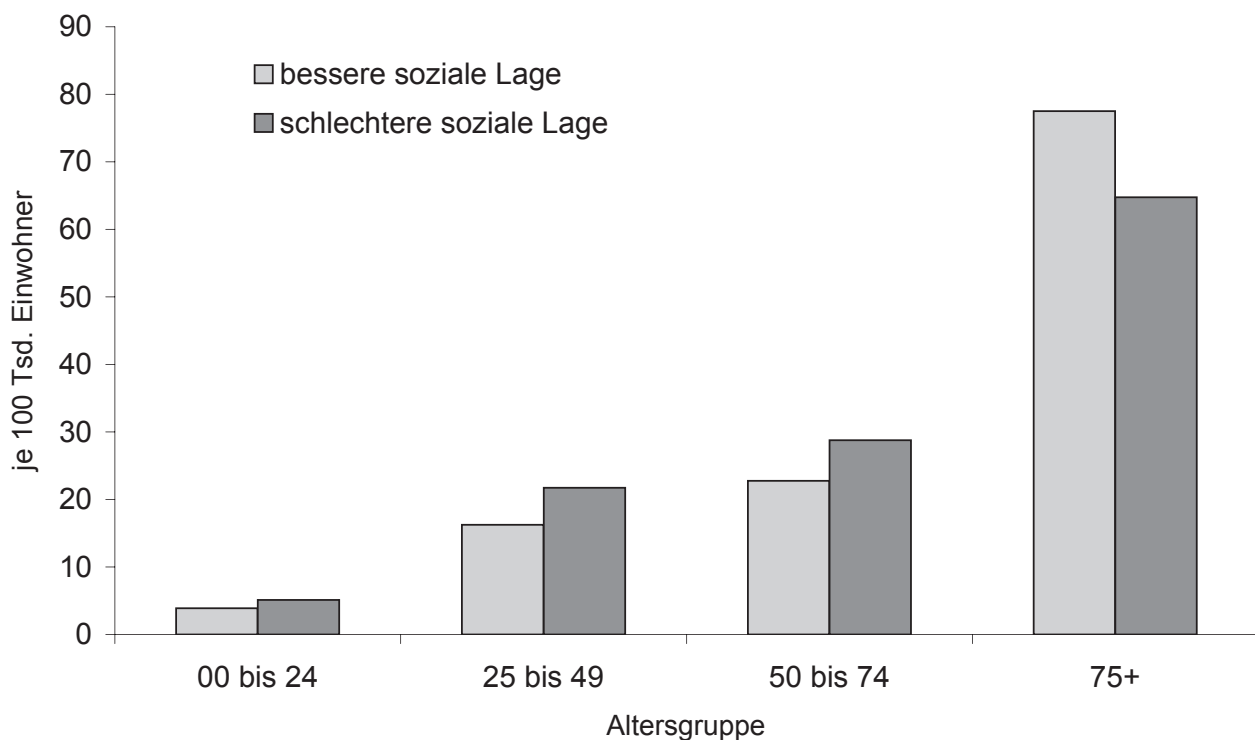


Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, eigene Berechnung

Der Zusammenhang zwischen Suizid und sozialer Situation verändert sich bei den Frauen mit dem Alter. Bis zum Alter von 50 Jahren ist das Suizidrisiko der Frauen in den sozial schlechter gestellten Wohngebieten höher, ab 50 Jahren in den besseren Wohnlagen.

Eine ähnliche Veränderung des Suizidrisikos mit dem Alter zeigt sich bei den Männern. Das höhere Risiko in den besseren Wohnlagen besteht jedoch erst bei Männern im Alter von über 75 Jahren (vgl. Abbildung 2.10).

Abbildung 2.10: Suizidrisiko bei Männern nach Alter und sozialer Lage, Hamburg 1998 bis 2003

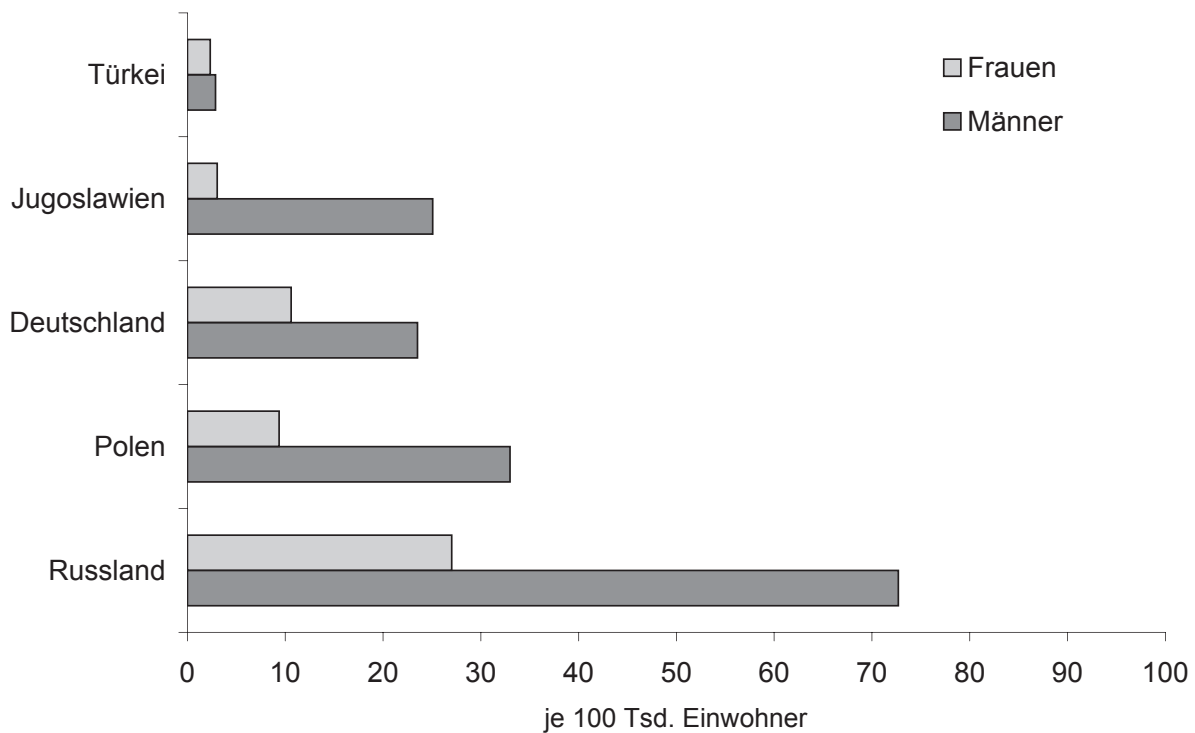


Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, eigene Berechnung

Suizid und Migration

In den Jahren 2000 bis 2002 beendeten 36 ausländische Bürgerinnen und Bürger in Hamburg ihr Leben durch Suizid, darunter 9 Frauen. Wegen der geringen Zahl lässt sich das Suizidrisiko kaum verlässlich einschätzen. Trotzdem gibt das folgende Diagramm Hinweise auf interessante Unterschiede zwischen den Nationalitäten (vgl. Abbildung 2.11). Das Suizidrisiko der türkischen Bevölkerung ist, verglichen mit der deutschen, sehr gering. Dagegen sind Männer aus Russland und dem früheren Jugoslawien stark gefährdet. Das Risiko ausländischer Frauen ist mit Ausnahme der Russinnen vergleichsweise gering.

Abbildung 2.11: Suizidrisiko ausländischer Bürger und Bürgerinnen mit den größten Bevölkerungsanteilen in Hamburg im Vergleich zur deutschen Bevölkerung, Hamburg 2000 bis 2002



Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, Institut für Rechtsmedizin, eigene Berechnung

Zusammenfassung

Das hamburgische Suizidgeschehen lässt sich wie folgt charakterisieren:

- Hamburg hat seinen Spitzenplatz in der Suizidhäufigkeit unter den alten Bundesländern abgegeben und liegt nun im Mittelfeld der Bundesländer.
- Die Suizidrate ist bei den Männern verglichen mit den Frauen 2,4 mal so hoch.
- Seit Mitte der 70er Jahre nimmt die Suizidrate bei Frauen und Männern in Hamburg wie auch im gesamten Bundesgebiet ab.
- Die Suizidrate nimmt mit dem Alter zu. Sie ist bei den Menschen im Alter von über 90 Jahren am höchsten.
- Gleichzeitig nimmt der relative Anteil der Todesursache Suizid an allen Gestorbenen mit dem Alter ab, da im höheren Alter naturgemäß mehr Menschen versterben.
- Die Abhängigkeit der absoluten Suizidzahlen vom Alter ist unter den Geschlechtern unterschiedlich. Frauen nehmen sich im Alter zwischen 80 und 90 Jahren am häufigsten das Leben, Männer in den mittleren Lebensjahren.

- Das Suizidrisiko unterscheidet sich in den hamburgischen Stadtgebieten entsprechend der sozialen Lage. Ein höheres Risiko tragen ältere und alte Menschen in den besseren Wohnlagen.
- Mit Ausnahme der Türken tragen unter den betrachteten ausländischen Bevölkerungsgruppen die Männer ein hohes Suizidrisiko.

Ursachen, Motive, Lebenssituationen

Die Menschen gelten unter den Lebewesen als die Einzigen, die das Ziel der individuellen Lebenserhaltung willentlich aufgeben können, denn sie können ihren Tod voraussehen und ihn herbeiführen, wenn sie Gründe dafür zu haben meinen. Das Streben nach der Erhaltung der Art, das allen Lebewesen eigen ist, gehört zu den Grundprinzipien der Evolution. In fast allen Fällen ist damit das Streben der Individuen verbunden, ihr Leben oder das ihrer Nachkommen zu erhalten. Der Verzicht darauf berührt Grundfragen der menschlichen Existenz.

Die Gründe für einen Suizid sind oft sehr privat. Es gibt Fälle, in denen nicht einmal die engsten Angehörigen vorher etwas davon ahnen oder wissen, warum es geschah. In der amtlichen Statistik fehlen Informationen, die Hinweise auf Suizidursachen geben können. Gleichwohl kann das Suizidgeschehen auch als Indikator dafür gesehen werden, wie in einem Gemeinwesen die Rahmenbedingungen für ein selbstbestimmtes, gesundes Leben gegeben sind. Die Untersuchung der Ursachen und Motive suizidalen Handelns weist somit über die Erforschung individueller Lebensprobleme hinaus und kann möglicherweise Hinweise auf die förderlichen und abträglichen Lebensbedingungen in einer Gesellschaft geben.

Suizidursachen nach Aktenlage der Polizei

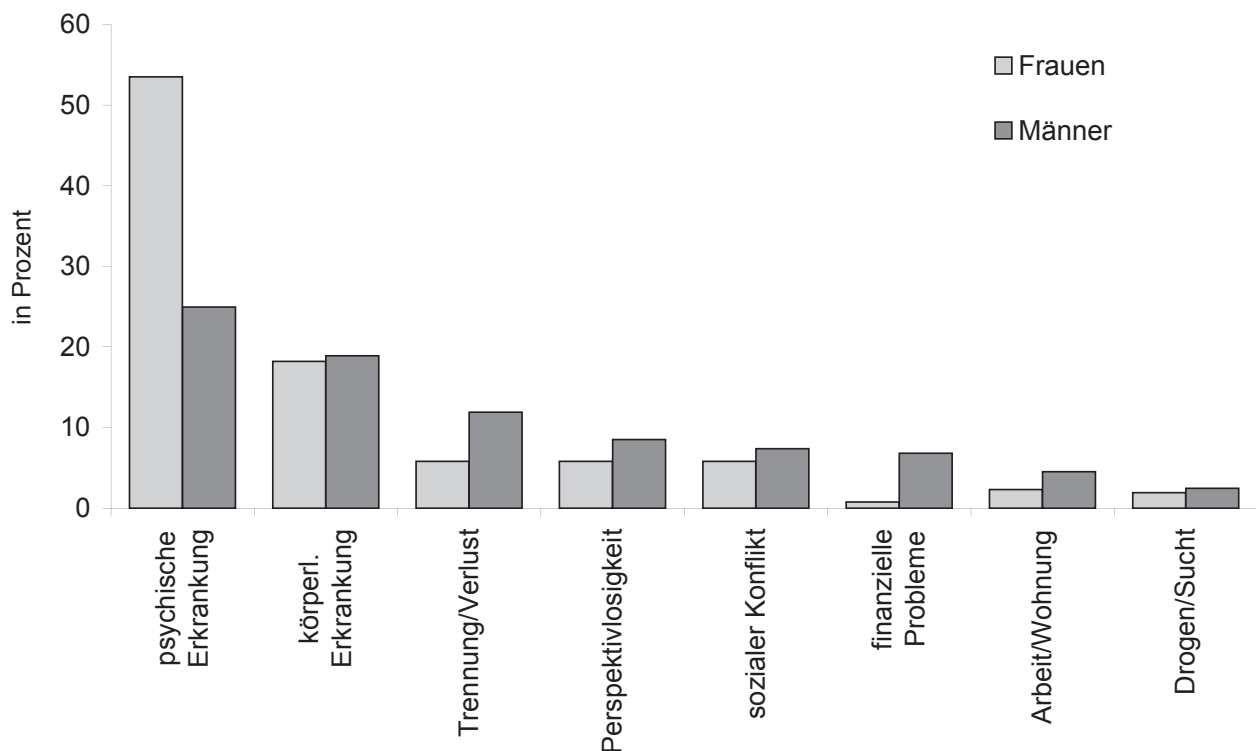
Für die Einordnung der Ursachen kann eine Dokumentation der polizeilichen Untersuchungsprotokolle aller hamburgischen Suizidfälle der Jahre 2000 bis 2002 weiter helfen, die im Rahmen der Vorbereitung einer Dissertation am Institut für Rechtsmedizin des UKE erstellt wurde (vgl. Kapitel 1, S. 12). Sie enthält die Rahmenbedingungen der Suizide und die Motive der Betroffenen, soweit sie bei der Vernehmung der Angehörigen oder durch Abschiedsbriefe bekannt wurden. Diese Ergebnisse haben Stärken und Schwächen.

Die wesentliche Schwäche ist, dass sie auf den Vernehmungsprotokollen der Polizei beruhen, d.h. es sind nur Informationen verfügbar, die den ermittelnden Polizeibeamten bei der Untersuchung der Umstände des Todes und der Befragung der Angehörigen bekannt werden. Inwieweit in dieser schwierigen Situation die Angehörigen in der Lage oder bereit sind, die vermuteten oder die wirklichen Ursachen des Suizids mitzuteilen, wird von Fall zu Fall sehr unterschiedlich sein. Hinzu kommt, dass es nicht primär der Ausbildung der Polizeibeamten entspricht oder ihre

Aufgabe ist, die sozialen oder psychischen Ursachen des Suizids zu erfragen. Das Ziel der Ermittlungen besteht darin, ein Fremdverschulden auszuschließen.

Die Stärke besteht darin, dass die Dokumentation auf einer nahezu vollständigen Erhebung aller amtlich festgestellten Suizidfälle Hamburger Bürgerinnen und Bürger innerhalb von drei Jahren beruht. Zwar können auf diese Weise nicht die differenzierten psychischen Prozesse im Vorfeld eines Suizids aufgeschlüsselt werden, wie es bei psychiatrischen Analysen von Einzelschicksalen geschieht. Es kann jedoch eine grobe Übersicht über die Häufigkeiten der verschiedenen Motive, Ursachen, Anlässe nach Alter und Geschlecht gegeben werden. Abbildung 3.1 zeigt die in den Vernehmungsprotokollen enthaltenen Hinweise auf mögliche Ursachen bzw. auf Ereignisse im Vorfeld der Suizide, die in Zusammenhang mit dem Entschluss zu sterben genannt wurden.

Abbildung 3.1: Hinweise auf Ursachen der Suizide in den Vernehmungsprotokollen der Polizei, N= 787, Hamburg 2000 bis 2002



Quelle: Institut für Rechtsmedizin Hamburg, eigene Berechnung

Hauptursache: Krankheiten!

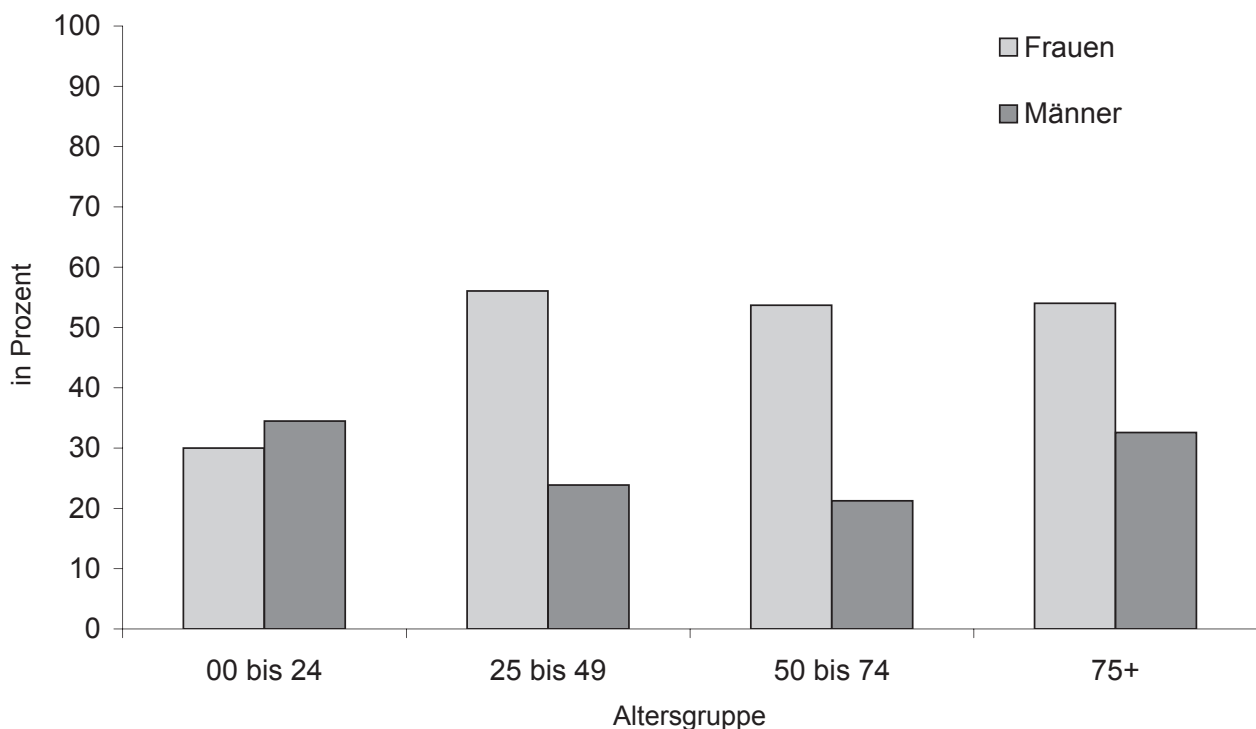
Am häufigsten werden Krankheiten als mögliche Ursache genannt. Die psychischen Erkrankungen dominieren vor allem bei den Frauen mit über 50 Prozent. Es folgen

Probleme im sozialen Umfeld (sozialer Konflikt, Trennung /Verlust). Die wirtschaftliche Situation spielt eine vergleichsweise geringe Rolle (Arbeit/Wohnen, finanzielle Probleme). Gleiches gilt für die Drogenproblematik. Hier wird es jedoch eine nicht unbeträchtliche Dunkelziffer geben, da Unfälle und Suizide im Einzelfall nicht immer zu unterscheiden sind. Perspektivlosigkeit ist ein Sammelbegriff, der wahrscheinlich bei den meisten Suiziden als Grund genannt werden könnte, aber in den Polizeiprotokollen seltener auftaucht, wenn andere, konkretere Hinweise vorliegen.

Im Muster der Geschlechtsunterschiede dominieren bei den Frauen die psychischen Erkrankungen eindeutig. Alle anderen Motive finden bei den Männern häufiger Erwähnung. Aber auch diese scheinbar klaren Ergebnisse sollten vorsichtig interpretiert werden, denn es ist nicht auszuschließen, dass Frauen mit psychischen Erkrankungen offener umgehen oder dass sowohl die Angehörigen als auch die ermittelnden Polizeibeamten Frauen psychische Erkrankungen eher zuschreiben.

Die Häufigkeit, mit der verschiedene Ursachen als Gründe benannt werden, verändert sich mit dem Alter der Betroffenen. Dies gilt für körperliche Erkrankungen mehr als für psychische Erkrankungen (vgl. Abbildung 3.3).

Abbildung 3.2: Hinweise auf psychische Erkrankungen bei an Suizid Verstorbenen nach Alter und Geschlecht, N= 787, Hamburg 2000 bis 2002

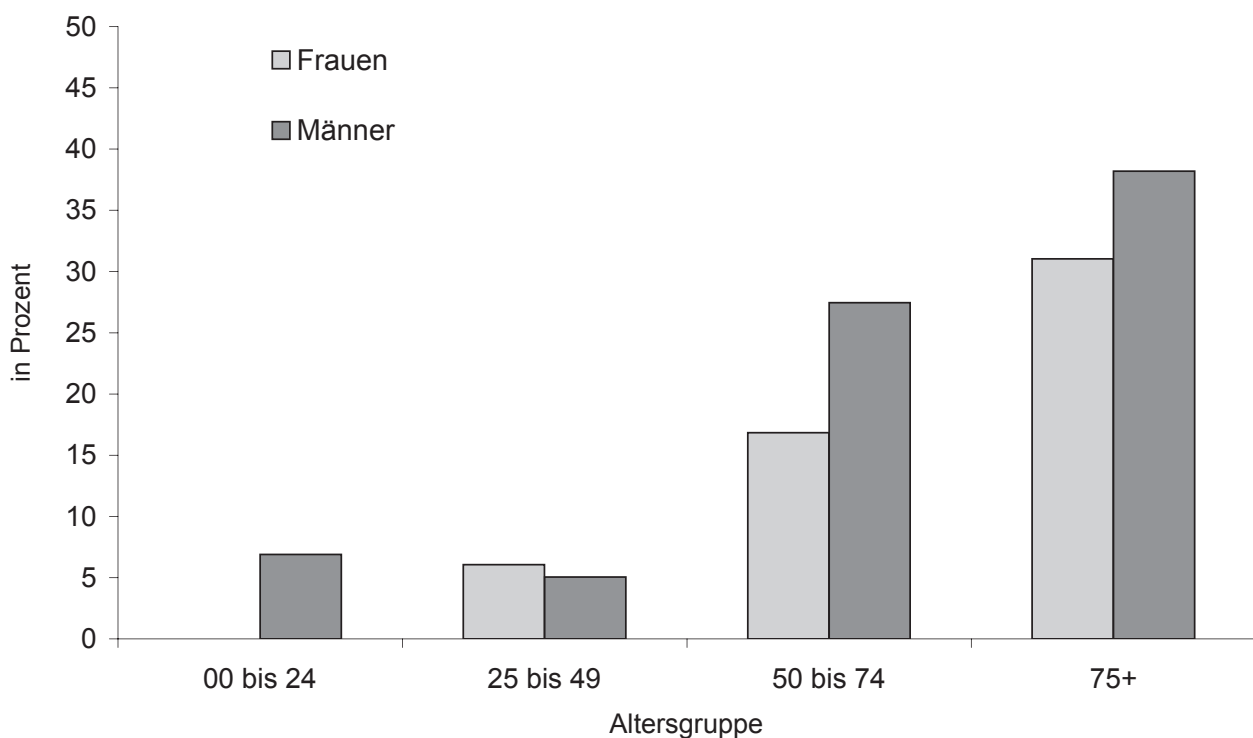


Quelle: Institut für Rechtsmedizin Hamburg, eigene Berechnung

Ab dem Alter von 25 Jahren werden psychische Erkrankungen im Zusammenhang mit jedem zweiten weiblichen Suizid erwähnt. Bei den Männern finden sich psychische Erkrankungen in Zusammenhang mit Suiziden relativ häufig im Jugendalter und dann wieder bei ab dem Alter von 75 Jahren.

Körperliche Erkrankungen sind ein Suizidmotiv des Alters und besonders der Männer. In fast der Hälfte der Fälle wird bei Männern im Alter von über 75 Jahren eine körperliche Erkrankung als Suizidmotiv aufgeführt (vgl. Abbildung 3.3). Da im hohen Alter viele Erkrankungen chronisch sind, spielt sicherlich auch oft eine Rolle, dass keine Hoffnung mehr besteht, dass die teilweise gravierenden körperlichen Einschränkungen oder unerträglichen Schmerzen sich bessern.

Abbildung 3.3: Hinweise auf körperliche Erkrankungen bei an Suizid Verstorbenen nach Alter und Geschlecht N= 787, Hamburg 2000 bis 2002



Quelle: Institut für Rechtsmedizin Hamburg, eigene Berechnung

Die weiteren Lebensprobleme, die im Zusammenhang mit den untersuchten Suiziden genannt wurden, wechseln ebenfalls im Laufe des Lebens. In der Tendenz lässt sich folgendes festhalten:

Bei jungen Frauen sind Trennung, Verlust, soziale Konflikte, Perspektivlosigkeit und Drogenprobleme wichtige Suizidmotive. Bei jungen Männern sind es vor allem soziale Konflikte und Drogenprobleme, wenn auch nicht so ausgeprägt wie bei den

Frauen.

Bei Männern im mittleren und höheren Lebensalter zwischen 25 und 75 Jahren sind finanzielle Probleme sowie die Arbeits- und die Wohnsituation dominierend. Entsprechende Hinweise finden sich bei den Frauen nicht.

In der Dokumentation der polizeilichen Suiziduntersuchungen finden sich Angaben, welche die Lebenssituation der/des Verstorbenen betreffen. Ob jemand ledig oder verheiratet ist, ob er geschieden oder verwitwet, ob er berufstätig oder arbeitslos ist, bestimmt bis zu einem gewissen Grad sein Lebensgefühl und im Extremfall auch die Bereitschaft, sein Leben zu beenden. Bereits im zweiten Kapitel finden sich erste Hinweise darauf, dass das Suizidrisiko mit der Lebenssituation zusammenhängt (z.B. mehr Suizide unter den Männern in sozial schlechter gestellten Stadtteilen als in besser gestellten).

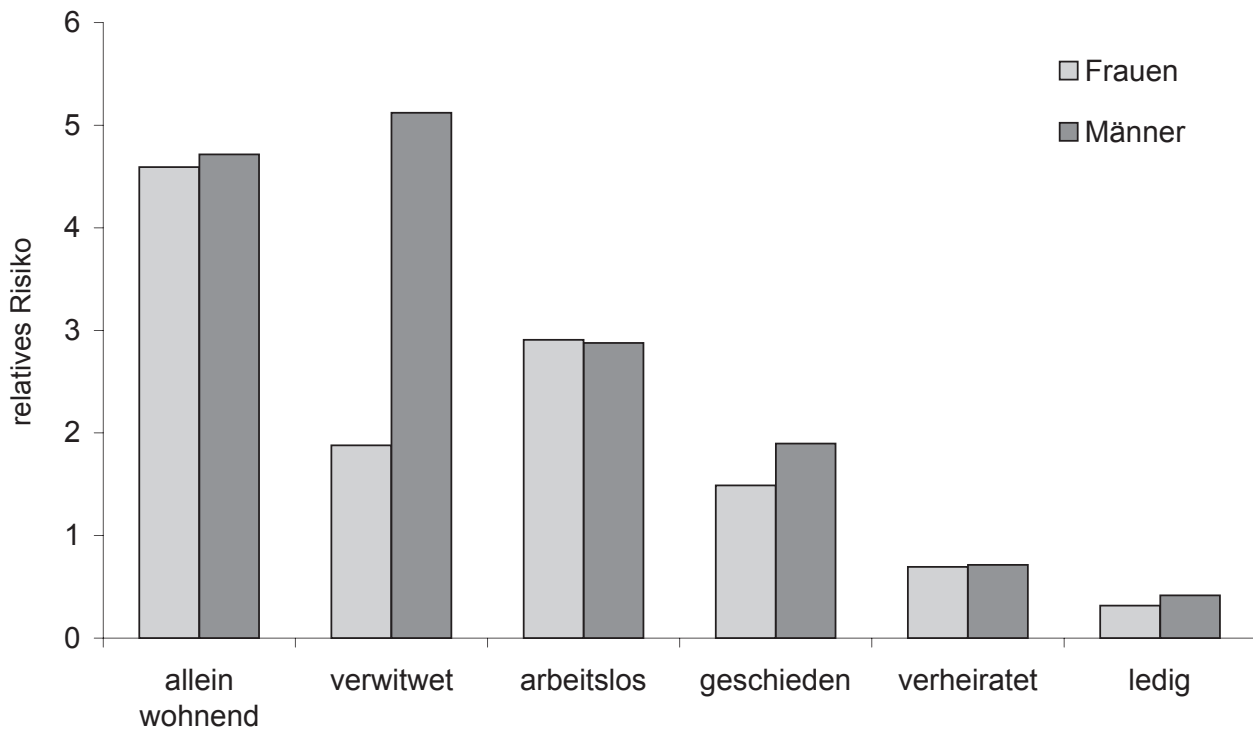
Die auf diesen Angaben beruhenden Auswertungen haben deshalb ein besonderes Gewicht, weil sie auf objektiv feststellbaren Daten beruhen. Ehestand oder Arbeitslosigkeit sind in den Polizeiprotokollen härtere Daten als z.B. sozialer Konflikt oder Perspektivlosigkeit. Hinzu kommt, dass aus der amtlichen Statistik bekannt ist, wie viele Ledige, Verheiratete, Geschiedene, Arbeitslose oder Alleinwohnende es in der hamburgischen Bevölkerung gibt, so dass sich das relative Suizidrisiko für diese Gruppen berechnen lässt.

Erläuterung

Das relative Risiko ist eine epidemiologische Kennziffer. Sie gibt beispielsweise an, um welchen Faktor die Wahrscheinlichkeit, durch Suizid zu sterben, bei Geschiedenen im Vergleich zu anderen erhöht ist. Ist der Wert gleich 1, so spielt das Merkmal in Bezug auf den Suizid keine Rolle. Liegt er unter 1, so sind die Betroffenen bis zu einem gewissen Grad vor einem Suizid geschützt. Liegt er über 1, so ist das Suizidrisiko entsprechend erhöht.

Die in Abbildung 3.4 zusammengefassten Auswertungen geben eine Übersicht über den Einfluss der verschiedenen Lebenssituationen auf das Suizidrisiko.

Abbildung 3.4: Suizidrisiko in verschiedenen Lebenssituationen nach Alter und Geschlecht, N= 787, Hamburg 2000 bis 2002



Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, Institut für Rechtsmedizin Hamburg, eigene Berechnung

Auf beide Geschlechter bezogen ist allein zu wohnen die Lebenssituation mit dem höchsten Suizidrisiko. An zweiter Stelle folgt der Verlust des Ehepartners. Verwitwete Männer tragen im Vergleich zu den anderen Männern das fünffache Risiko, ihr Leben durch einen Suizid zu beenden, bei verwitweten Frauen ist das Suizidrisiko nur knapp verdoppelt. Bei beiden Geschlechtern erhöht Arbeitslosigkeit das Suizidrisiko deutlich. Es ist verglichen mit dem Rest der Bevölkerung fast dreimal so hoch. Ledige wie Verheiratete sind bis zu einem gewissen Grad vor Suizid geschützt. Der vergleichsweise günstige Wert der Ledigen (bei Frauen ein Drittel des Risikos verglichen mit den anderen) erklärt sich allerdings zum Teil dadurch, dass Ledige im Mittel eher jung sind und jüngere Menschen eine sehr geringe Wahrscheinlichkeit haben, durch Suizid zu sterben.

Zusammenfassung

Die Auswertungen dieses Kapitels weisen auf typische Lebensumstände im Vorfeld eines Suizids hin:

- Häufig sind Einsamkeit (allein wohnen), Verlust des Ehepartners und Arbeitslosigkeit.

- Sowohl Ledige wie Verheiratete sind eher vor Suizid geschützt.
- Allein wohnen, Scheidung und Tod des Ehepartners sind besonders ein Problem der Männer.
- Krankheiten sind mit Abstand die wichtigsten Anlässe für suizidales Handeln, psychische Krankheiten das gesamte Leben hindurch, körperliche Krankheiten dominieren die Suizidthematik in der zweiten Lebenshälfte.

Damit sind „Verlust“ und „Einsamkeit“ die beherrschenden Themen im Vorfeld eines Suizids. Verlust des Ehepartners, Verlust der Arbeit, Verlust der Lebensfreude, Verlust der Gesundheit und, dies sei ergänzt, ohne dass uns Daten vorliegen, der Verlust der Hoffnung, dass es besser werden könnte, bilden das Szenario, in dem Suizide möglich werden.

Depressive Erkrankungen und Suizid

„Manchmal wird meine Krankheit zum Gefängnis. In den letzten Wochen war ich sehr niedergeschlagen. Nicht, dass ich eine schwere depressive Krise durchlebte, aber die Stagnation meines Zustandes entmutigte mich. Ich fühlte mich wie ein Hamster im Laufrad. Seit Jahren mache ich Therapie, nehme ich Medikamente, arbeite an meinem Verhalten und meinen Einstellungen und an meiner Symptomatik ändert sich doch nichts. Noch immer muss ich die Auslöser für meine Depression meiden wie der Teufel das Weihwasser, noch immer bin ich nicht in der Lage, mich an einen Arbeitsplatz zu binden, noch immer leide ich unter massiver Angst vor Nähe. Es gibt Momente in denen mir mein Leben nicht mehr als lebenswert erscheint. Dann kommen sie, die Gedanken an den Tod, die Überlegungen wie es wäre, dem eigenen Dasein ein Ende zu setzen. Manchmal nur vage als eine Art Hintertürchen, das ich öffnen kann, wenn ich zu ersticken drohe in diesem engen Raum meines Selbst, manchmal ganz konkret, indem ich mir die Wahl der Mittel und die Durchführung vorstelle. In solchen Zeiten gibt es viele Tage, an denen ich aufstehe und mich nicht haben will, diesen Tag nicht haben will, diesen Kopf nicht haben mag, der unaufhörlich denkt und mich stolpern lässt durch das Labyrinth meiner Gehirnwindungen aus denen es keinen Ausweg gibt“

(von einer Betroffenen für Betroffene, zitiert nach der Website des Bündnisses gegen Depression, www.kompetenznetz-depression.de).

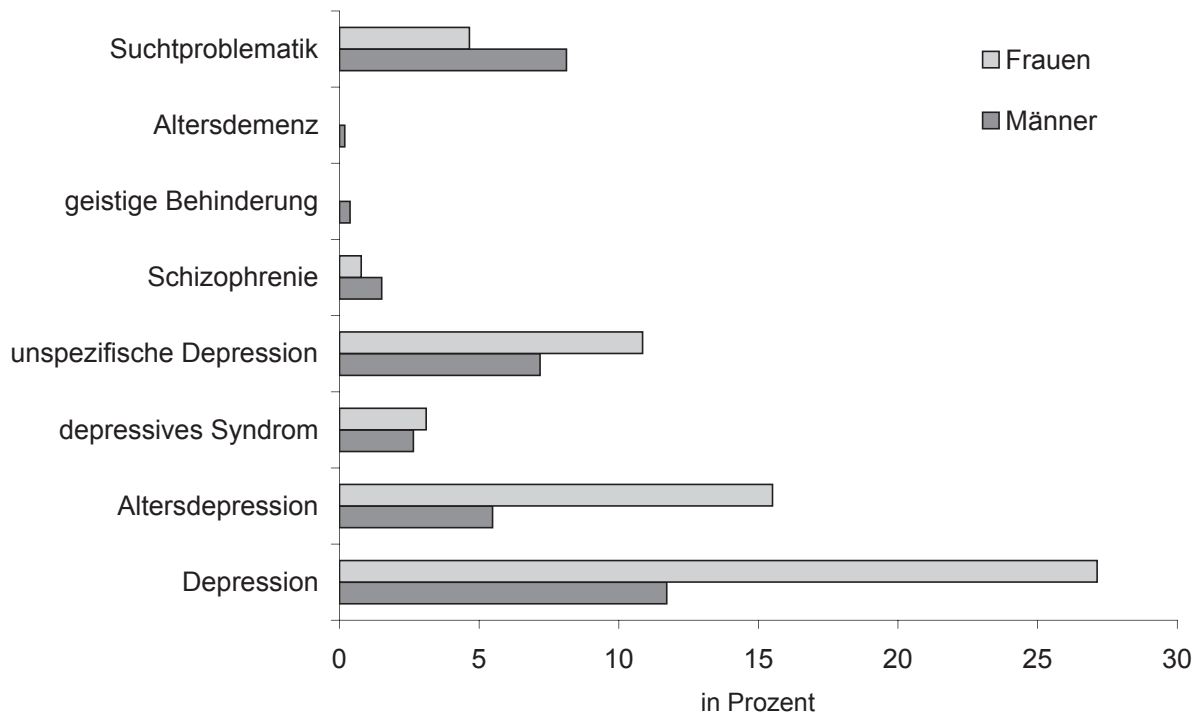
„Hauptcharakteristikum einer depressiven Episode ist eine depressive Verstimmung einhergehend mit Verlust von Interesse und Freude. Veränderungen der Psychomotorik zeigen sich entweder in Form einer Antriebshemmung oder einer ängstlichen Agitiertheit sowie einem reduzierten Energieniveau. Neben verschiedenen körperlichen Funktionsbeeinträchtigungen, wie z. B. Schlafstörungen und Appetitlosigkeit, prägen Gefühle von Wertlosigkeit oder Schuld, Konzentrationsstörungen sowie Suizidgedanken das klinische Bild.“ (Möller, Laux und Kapfhammer, Psychiatrie und Psychotherapie, 2000, S.1104).

Depressionen sind häufige Suizidursache

Im 3. Kapitel wurde dargestellt, dass mehr als die Hälfte der weiblichen und ein Viertel der männlichen Suizide mit psychischen Erkrankungen in Zusammenhang gebracht werden (vgl. Abbildung 3.1). Von diesen sind die meisten depressive Erkrankungsformen. In der Dokumentation des Instituts für Rechtsmedizin auf Grund-

lage der Polizeiakten der Jahre 2000 bis 2002 (vgl. Kapitel 1) sind außer dem Begriff „Depression“ die Kategorien „unspezifische Depression“, „depressives Syndrom“ und „Altersdepression“ aufgeführt (vgl. Abbildung 4.1).

Abbildung 4.1: Anteile der verschiedenen psychischen Erkrankungen in Zusammenhang mit Suizid nach Geschlecht, N=787, Hamburg 2000 bis 2002

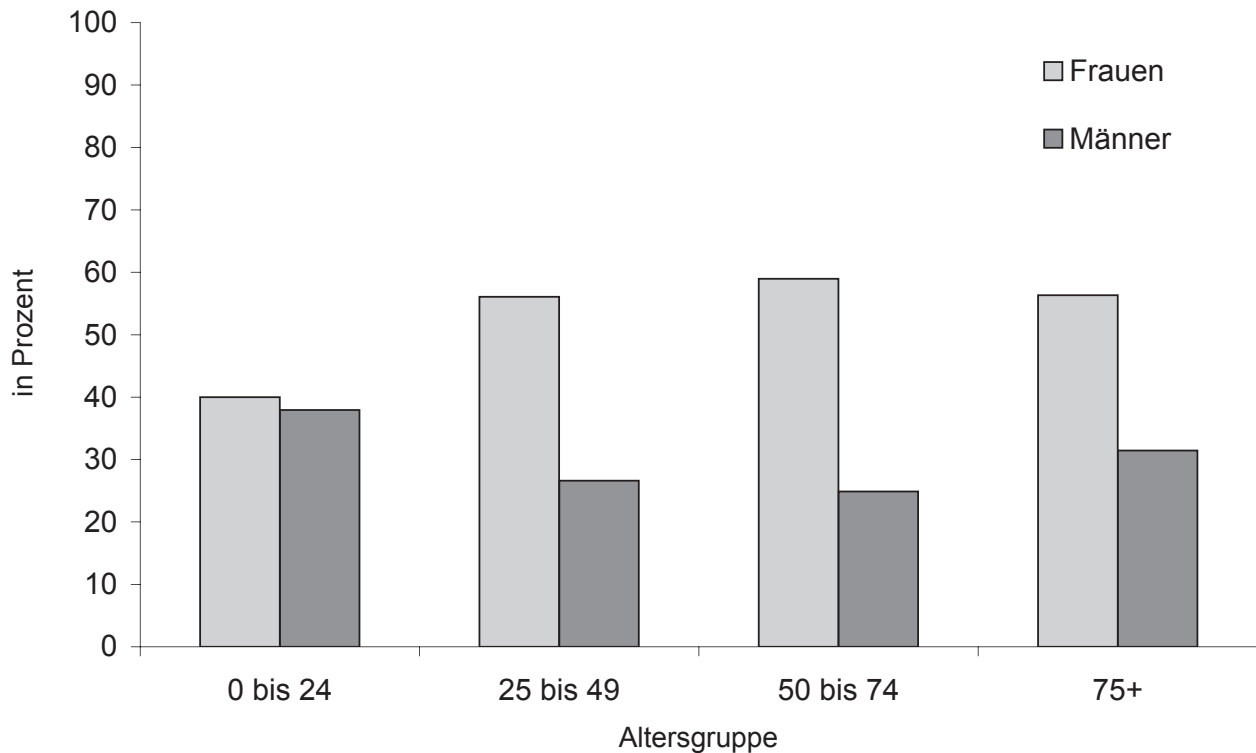


Quelle: Institut für Rechtsmedizin, eigene Berechnung

Unter den psychischen Erkrankungen spielt außer den depressiven Erkrankungen nur die Suchtproblematik eine hervorgehobene Rolle, besonders bei den Männern. Bei den Frauen werden die verschiedenen Formen von Depression deutlich häufiger genannt als bei den Männern.

Für die folgenden Auswertungen wurden die verschiedenen Hinweise auf depressive Erkrankungen in der Datenbank des Instituts für Rechtsmedizin zusammengefasst. Der Grund ist, dass die Angaben in den Polizeiprotokollen eine verlässliche Unterscheidung der verschiedenen Formen von Depression nicht zulassen. Abbildung 4.2 zeigt die Häufigkeit vermuteter depressiver Erkrankungen nach Alter und Geschlecht.

Abbildung 4.2: Hinweise auf depressive Erkrankungen bei an Suizid Verstorbenen nach Alter, N=787, Hamburg 2000 bis 2002



Quelle: Institut für Rechtsmedizin, eigene Berechnung

Frauen in besonderem Maße betroffen

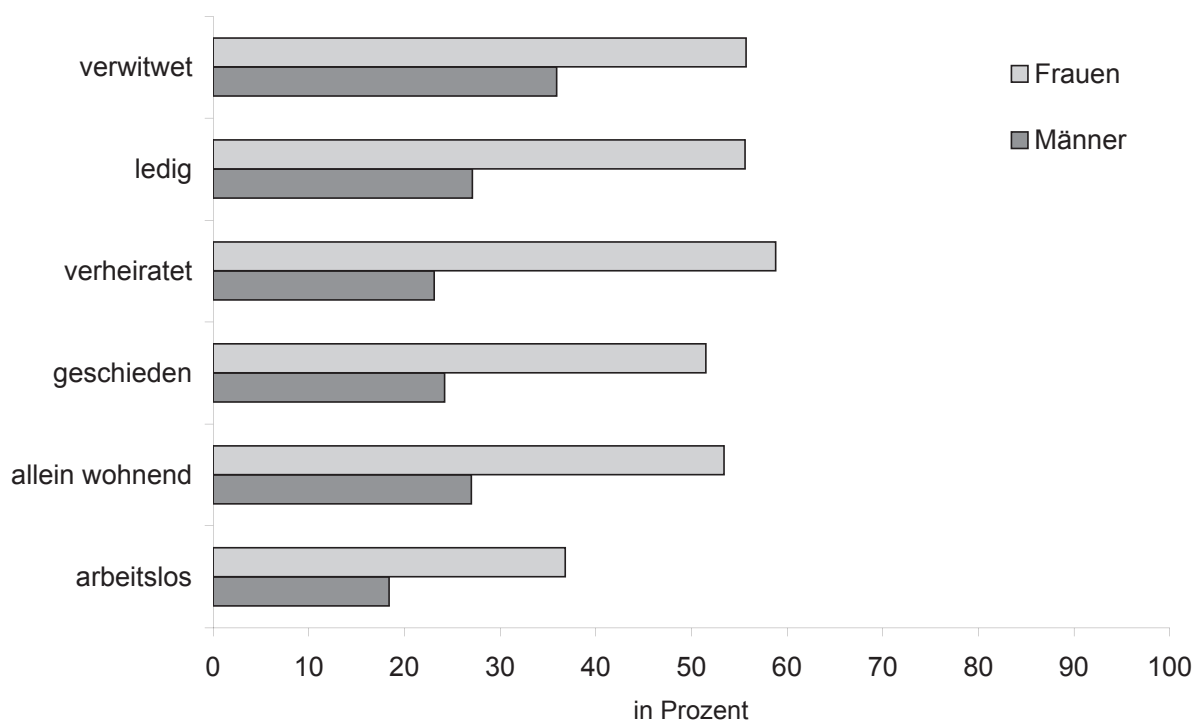
Es zeigt sich, dass depressive Erkrankungen bei Frauen in Zusammenhang mit ihrem Suizid sehr häufig genannt werden, ab einem Alter von 25 Jahren bei mehr als der Hälfte der Suizidfälle der dargestellten Altersgruppen. Bei den Männern werden Depressionen bei jedem vierten Suizid erwähnt, bei männlichen Jugendlichen und bei sehr alten Männern bei jedem Dritten. Depressionen sind im Vorfeld des Suizids bei Frauen das vorherrschende Thema. Bei den Männern spielen zusätzlich Themen wie körperliche Erkrankung, Trennung/Verlust, Perspektivlosigkeit, finanzielle Probleme sowie Probleme in der Arbeits- oder Wohnsituation eine wichtige Rolle, wie im vierten Kapitel beschrieben wurde. Die Bewertung ist schwierig, weil die Lebenssituation vor dem Suizid aus den Polizeiprotokollen nur mit Einschränkungen erschlossen werden kann.

Wie häufig sind depressive Erkrankungen in verschiedenen Lebenslagen? Abbildung 4.3 beruht auf einer Auswertung, bei der ausgezählt wurde, wie häufig von der Polizei neben den typischen Lebenssituationen auch depressive Erkrankungen des Suizidenten protokolliert wurden. Wie sich zeigt, werden bei den an Suizid ver-

storbenen Frauen in den verschiedenen Lebenssituationen sehr viel häufiger als bei den Männern auch depressive Erkrankungen erwähnt. Mehrere Deutungen sind möglich:

- Frauen werden depressive Erkrankungen eher zugeschrieben als Männern.
- Frauen reagieren auf schwierige Lebenssituationen häufiger zunächst mit Depression und dann mit der Entscheidung zum Suizid.
- Bei Frauen liegt die Schwelle für die Suizidentscheidung möglicherweise höher und es kommt bei vielen erst zum Suizid, wenn schwierige Lebensprobleme und Depression zusammen kommen.
- Bei Männern findet man häufig neben den Grundbeschwerden der Depression, wie niedergeschlagene Stimmung, Antriebslosigkeit, negative Gedankengänge und Schlafstörungen, zusätzliche Symptome, wie Aggression, somatische Beschwerden und Suchtverhalten. Aus diesem Grund bleiben Depressionen bei Männern oft unerkannt.

Abbildung 4.3: Hinweise auf depressive Erkrankungen bei an Suizid Verstorbenen in verschiedenen Lebenssituationen, Hamburg 2000 bis 2002



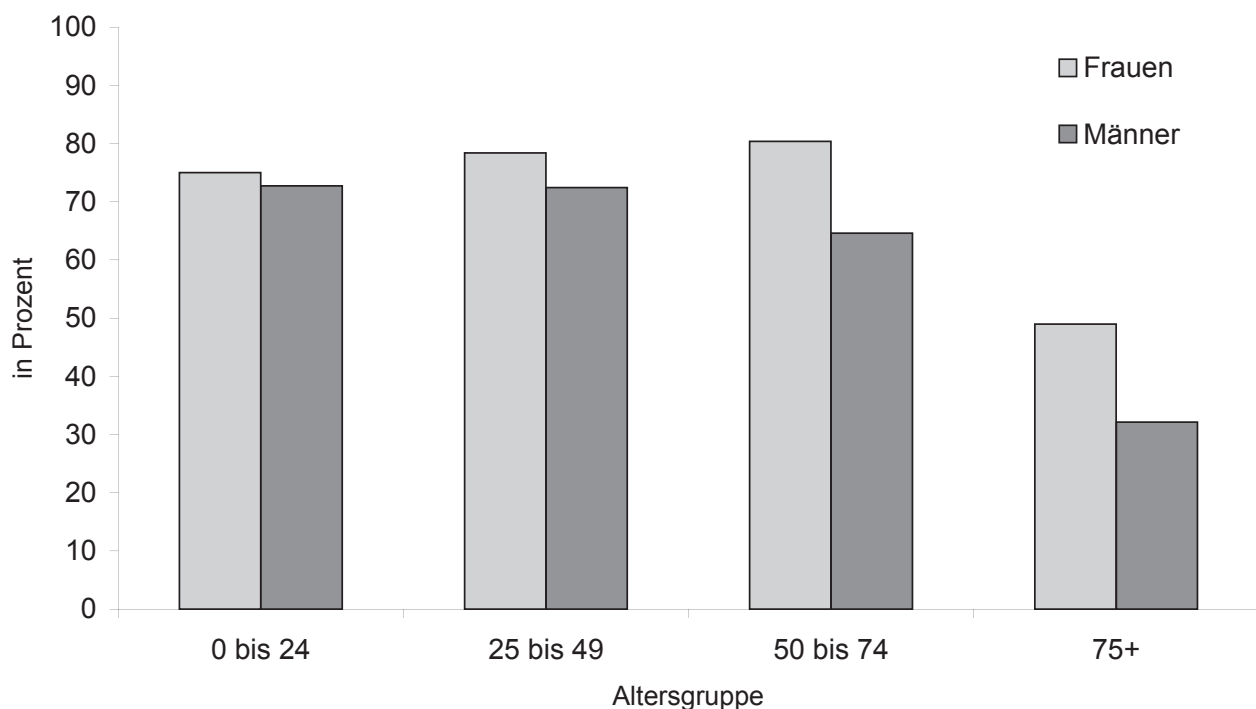
Quelle: Institut für Rechtsmedizin, eigene Berechnung

Der Geschlechtsunterschied ist bei Verheirateten besonders auffallend. Wenn verheiratete Frauen durch Suizid versterben, wird in 60 Prozent der Fälle eine Depression als Grund aufgeführt, bei Männern nur in einem knappen Viertel der Fälle. De-

pressionen in Zusammenhang mit Suizid sind bei Männern besonders häufig, wenn sie verwitwet sind. Arbeitslosigkeit und Depression treten bei beiden Geschlechtern weniger oft zusammen auf.

In den Polizeiprotokollen ist auch aufgeführt, ob die Betroffenen in der Vorgeschichte in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung waren (vgl. Abbildung 4.4).

Abbildung 4.4: Anteil der depressiven Suizidenten, die wegen ihrer Depression behandelt worden waren, N=291, Hamburg 2000 bis 2002

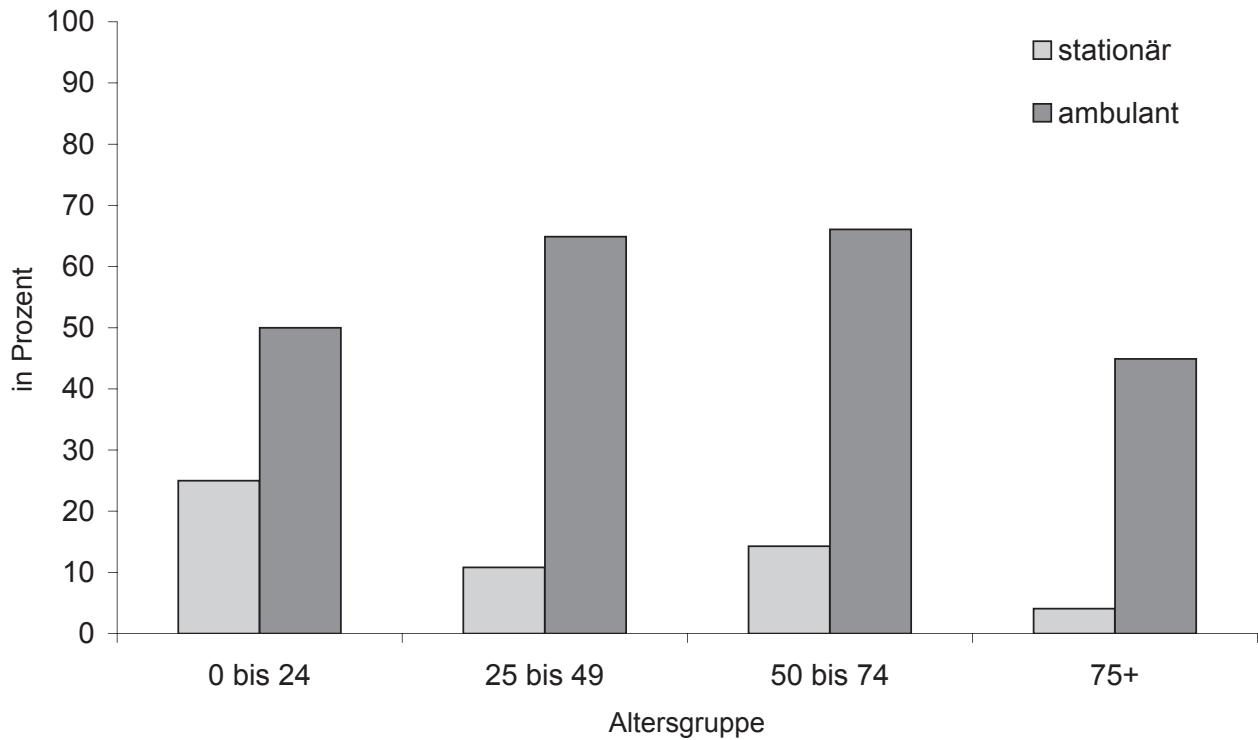


Quelle: Institut für Rechtsmedizin, eigene Berechnung

Auch hier gibt es bedeutsame Geschlechtsunterschiede. Frauen werden wegen depressiver Erkrankungen häufiger behandelt als Männer. Die Behandlungsrate nimmt bei ihnen mit dem Lebensalter abgesehen von der letzten Altersgruppe leicht zu, die der Männer leicht ab. Bei den sehr alten Frauen gibt es einen dramatischen Rückgang der Behandlungsrate, nur noch die Hälfte der depressiven Frauen und ein Drittel der depressiven Männer wurden vor ihrem Suizid psychiatrisch oder psychotherapeutisch betreut. Dies ist nicht überraschend: Sehr alte Menschen werden generell seltener psychotherapeutisch behandelt.

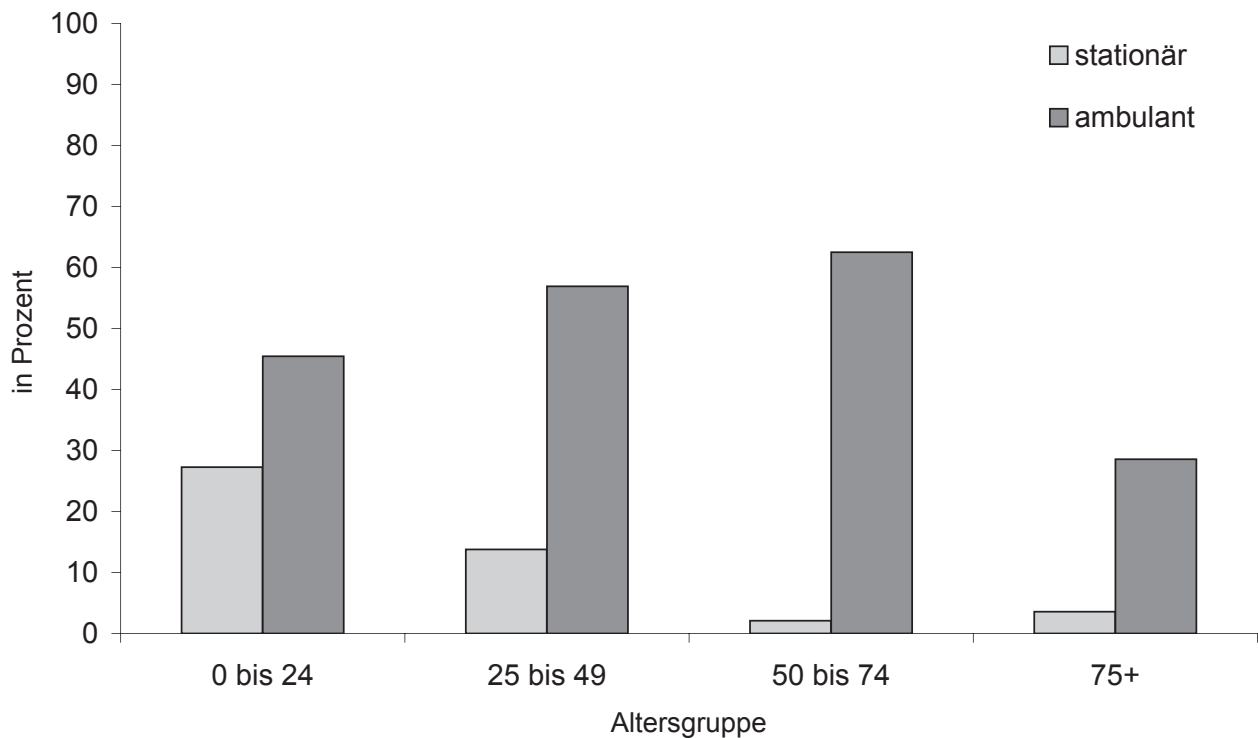
Die folgenden Diagramme zeigen die Anteile der depressiven Frauen und Männer, die aktuell, zum Zeitpunkt ihres Suizids, in ambulanter oder stationärer Behandlung waren (vgl. Abbildungen 4.5 und 4.6).

Abbildung 4.5: Anteil der weiblichen depressiven Suizidenten, die zum Zeitpunkt ihres Suizids in psychiatrischer Behandlung waren, N=146, Hamburg 2000 bis 2002



Quelle: Institut für Rechtsmedizin, eigene Berechnung

Abbildung 4.6: Anteil der männlichen depressiven Suizidenten, die zum Zeitpunkt ihres Suizids in psychiatrischer Behandlung waren, N=145, Hamburg 2000 bis 2002



Quelle: Institut für Rechtsmedizin, eigene Berechnung

Es zeigt sich, dass ein hoher Anteil der Depressiven zum Zeitpunkt ihres Suizids in psychiatrischer Behandlung war, besonders im mittleren Lebensalter in ambulanter Behandlung. Die Zahl der Betroffenen in stationärer Behandlung ist sehr viel geringer, er nimmt bei beiden Geschlechtern mit dem Lebensalter ab. Immerhin haben in dem betrachteten Zeitraum von drei Jahren in Hamburg 161 Depressive in ambulanter Behandlung und 28 Depressive in stationärer Behandlung ihr Leben selbst beendet. Die Therapie schützt nicht immer vor dem Suizid.

Zusammenfassung

- Depressive Zustände und Erkrankungen stehen im Mittelpunkt des Suizidgeschehens, besonders bei Frauen.
- Bei mehr als der Hälfte der Suizide bei Frauen und ein Viertel der Suizide bei Männern gibt es Hinweise auf Depressionen.
- Depressive Erkrankungen stehen oft in Beziehung zur Lebenssituation: Besonders verwitwete (bei den Frauen auch verheiratete) Suizidenten sind häufig auch depressiv.
- Depressive Suizidenten im Alter von über 75 Jahren sind deutlich seltener in Therapie als andere Altersgruppen.
- Depressive haben auch dann ein beachtenswertes Suizidrisiko, wenn sie in ambulanter oder stationärer Behandlung sind.

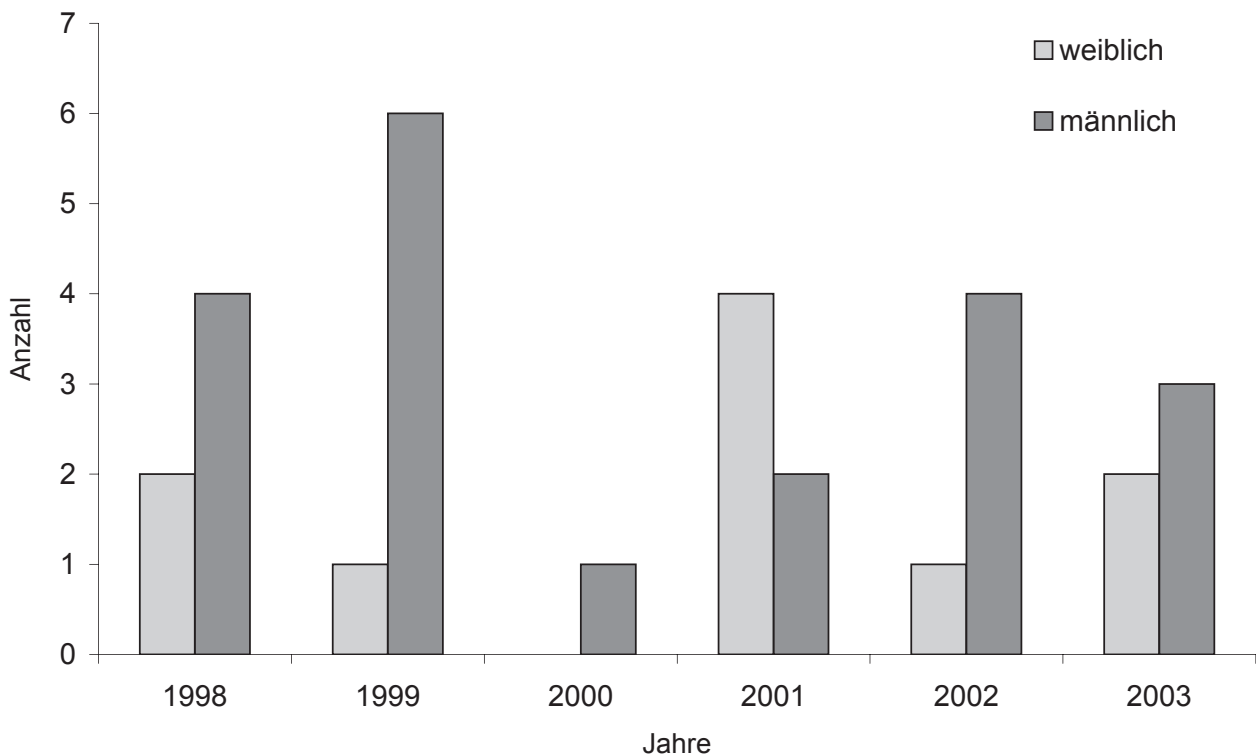
Suizid bei Kindern und Jugendlichen

„Gegen Abend springt eine 13 Jahre alte Schülerin von einer vier Meter hohen Fußgängerbrücke vor einen einfahrenden Zug der U-Bahn Linie 3. Auf dem Brückengeländer liegt die Tasche des Mädchens. Darin enthalten ein Schulheft mit einem an die Eltern und die Schwester gerichteten Abschiedsbrief. Die Gehhilfe, die das Mädchen wegen einer Sportverletzung benötigt, liegt ebenfalls auf den Gleisen. Freunde der Schülerin berichten, dass sie in den letzten drei Monaten immer verschlossener wurde. Von einer Klassenkameradin wurde sie am Vortag beim Diebstahl von 100 DM erwischt. Darauf angesprochen, gab das Mädchen an, dass es auf dem Schulweg von Jugendlichen abgefangen wird, die Geld von ihm erpressen und es bedrohen. Aus Angst davor hatte es begonnen, selber kleinere Diebstähle zu begehen. Auch schwänzte es zunehmend die Schule“
(Fallbeschreibung aus dem Institut für Rechtsmedizin, Details sind verändert).

In Deutschland stirbt fast täglich ein Kind oder Jugendlicher im Alter von unter 20 Jahren durch Suizid. Im Jahr 2001 gab es zwei Fälle im Alter unter 10 Jahren, im allgemeinen sind kindliche Suizidopfer älter als 10 Jahre. In Großstädten wie Hamburg, Frankfurt oder Berlin ist die Suizidrate doppelt so hoch wie auf dem Lande. Zwei Prozent der hamburgischen Suizide im Jahr 2003 betrafen Kinder und Jugendliche. Der Suizid ist bei jungen Menschen die zweithäufigste Todesursache nach Unfällen. Jedoch ist die Anzahl der Suizide pro Jahr nicht hoch: In den letzten Jahren starben in Hamburg jährlich im Mittel fünf Jugendliche durch Suizid (vgl. Abbildung 5.1).

Bei Suiziden von Kindern und Jugendlichen sind Betroffenheit und Anteilnahme besonders groß. Entsprechend dringend wird die Frage nach den Ursachen und geeigneten Präventionsansätzen gestellt. Wegen der geringen Fallzahl sind Schlussfolgerungen nur mit großer Zurückhaltung zu ziehen. In wenigen Fällen wurden bei den Todesursachenermittlungen und bei den Umfeldbefragungen durch die Polizei akute Anlässe bekannt. Neben länger dauernden Konflikten in Schule und Elternhaus waren häufig Partnerschaftskonflikte entscheidende Auslöser. Wie immer wieder in der psychiatrischen Fachliteratur beschrieben wird, liegt die Suizidrate bei psychisch Erkrankten deutlich über der Rate in der Allgemeinbevölkerung. Das erklärt, dass der Anteil von psychisch Kranken unter den im Institut für Rechtsmedizin untersuchten jungen Suizidenten relativ hoch ist. Alkoholisierungen waren selten. Nur in wenigen Fällen fand sich ein Einfluss von Drogen und/oder Alkohol während der Tat.

Abbildung 5.1: Suizid bei weiblichen und männlichen Kindern und Jugendlichen im Alter von unter 20 Jahren, Hamburg 1998 bis 2003



Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, eigene Berechnung

Suizide kündigen sich an

Immer noch wird von manchen Autorinnen und Autoren angezweifelt, dass, wenn Kinder sich töten, sie sich der Endgültigkeit ihrer Entscheidung bewusst sind. Tatsächlich aber handelt es sich zumindest bei älteren Kindern nur selten um eine Kurzschlusshandlung. Auch wenn sich junge Menschen in der Adoleszenz in einer emotional sehr labilen Entwicklungsphase befinden, zeigt sich, dass der Suizid zu meist erst nach einer länger dauernden, sich krisenhaft zuspitzenden Konfliktkonstellation vollzogen wird. So überraschend der Suizid eines Kindes oder eines Jugendlichen oft von seiner Umgebung wahrgenommen wird, so geschieht er wie alle Suizide retrospektiv selten völlig ohne Vorzeichen oder mehr oder weniger deutlich verschlüsselte Ankündigungen. Meist haben die Suizidenten schon vorher über längere Zeit ihre Probleme, Verzweiflungen und Todesgedanken geäußert. Acht von zehn der jungen Suizidenten kündigen den Suizid im Vorfeld an, in 85 Prozent der Fälle geht dem Suizid ein Suizidversuch voraus. Ein präsuizidales Syndrom, bestehend aus Autoaggression, zunehmender Einengung und sozialem Rückzug sowie bewussten Suizidphantasien wird bei 80 Prozent der betroffenen Kinder und Jugendlichen beschrieben (Lindner et al. 2003). Das Mädchen in der Fallbeschrei-

bung zu Beginn des Kapitels bleibt zunehmend der Schule fern, zieht sich zurück, wirkt verschlossen, bis es den letzten Schritt wagt.

Der Umgang mit suizidgefährdeten Kindern und Jugendlichen ist nicht einfach. Obgleich häufig bei Suiziden und Suizidversuchen auf einen Zusammenhang mit psychiatrischen Erkrankungen hingewiesen wird, geht man davon aus, dass vor allem entwicklungsphasentypische psychische, familiäre und psychosoziale Konflikte zur Suizidalität Jugendlicher beitragen, die in Bezug zur körperlichen Entwicklung, zu der Ablösung von den Eltern und der Entwicklung einer erwachsenen Identität stehen (Berger 1999). Die nahe stehenden realen Bezugspersonen sind immer in der Dynamik suizidaler Krisen involviert. Ein äußerer Anlass (schlechtes Zeugnis, Enttäuschung, Konflikte mit Eltern, Partner oder Freunden) haben nur „[...] unter der Voraussetzung einer drohenden Dekompensation Bedeutung, also dann, wenn der oder die Jugendliche längst von einem essentiellen Unwertgefühl erfasst ist, von ausgeprägten inneren Ängsten, in der emotionalen Abhängigkeit zu den Eltern verharren zu müssen, nicht geliebt und liebenswert, sexuell nicht normal, vielleicht verrückt zu sein.“ (Berger 1999, S. 40f).

Suizidale Jugendliche sind in der Regel über ihre Eltern und über professionelle Angebote nur schwer erreichbar und zeigen eine geringe Bereitschaft zur Kooperation in Behandlungen: „Zweifellos haben es Adoleszente schwer, sich auf eine therapeutische Beziehung einzulassen. Insbesondere lassen sich Heranwachsende ihre Suizidalität als Symptom einer intrapsychischen Konfliktlösung nicht wegnehmen. So wie die Magersucht gehütet wird wie ein Juwel, so die Suizidalität. Beide Phänomene gelten als subjektiv wertvolle Errungenschaften und das Selbst erhaltende Strategien im Prozess des Erwachsenwerdens oder des Kampfes dagegen. Demzufolge will ein suizidaler Jugendlicher oft keine therapeutische Beziehung herstellen, sondern sie zerstören. Er will nicht sein Leiden verstehen, sondern sein Leben beenden.“ (Berger 1999, S. 59). Das heißt, der Jugendliche möchte zuerst einmal nicht gerettet, sondern mit seiner Suizidalität verstanden und ernst genommen werden. Diese Haltung, die für alle Suizidgefährdete gilt, ist für Eltern, Freunde, Lehrerinnen und Lehrer sowie professionelle Helferinnen und Helfer oft schwer zu akzeptieren.

Bei Vorliegen potentieller Risikofaktoren wie psychosoziale Krisen, psychische Erkrankungen, vorhergehende Suizidversuche, Suizide und Suizidversuche in der

Familie, Gewalterfahrungen in der Familie, Erfahrungen sexueller Gewalt, akute Trennungskonflikte oder „Mobbing“ in der Schule sollte auf eine mögliche Suizidalität geachtet werden. Sehr häufig gibt es Anhaltspunkte, wie einen sozialen Rückzug, eine außergewöhnliche Beschäftigung mit dem Tod oder auch direkte Ankündigungen. Sie müssen in jedem Fall ernst genommen werden. Angehörige oder Lehrerinnen und Lehrer sollten sich im Umgang mit suizidgefährdeten Kindern und Jugendlichen professionell beraten lassen (vgl. Kapitel 8).

Zusammenfassung

- Kinder und Jugendliche bilden die Bevölkerungsgruppen mit der geringsten Suizidneigung.
- Trotzdem ist der Suizid unter Kindern und Jugendlichen die zweithäufigste Todesursache.
- Der Anteil der psychisch Erkrankten ist relativ hoch und nimmt zu.
- Hinweise auf einen möglichen Suizid und Ankündigungen müssen ernst genommen werden.
- Bei Verdacht muss professionelle Hilfe gesucht werden.

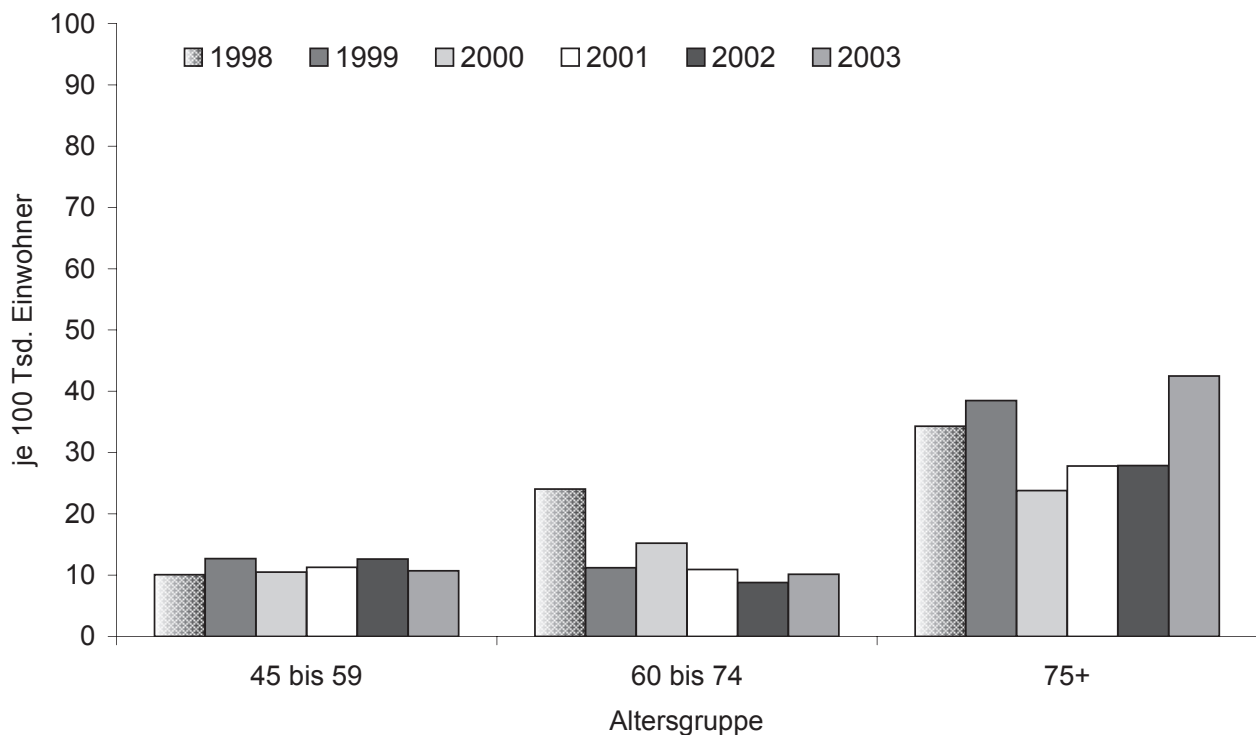
Suizid alter Menschen

„Seltsam im Nebel zu wandern,
 Leben heißt einsam sein,
 Kein Mensch kennt den andern,
 Jeder ist allein.
 Voll von Freunden war die Welt
 als mein Leben licht war.
 Nun, da der Nebel fällt, ist keiner mehr sichtbar.“

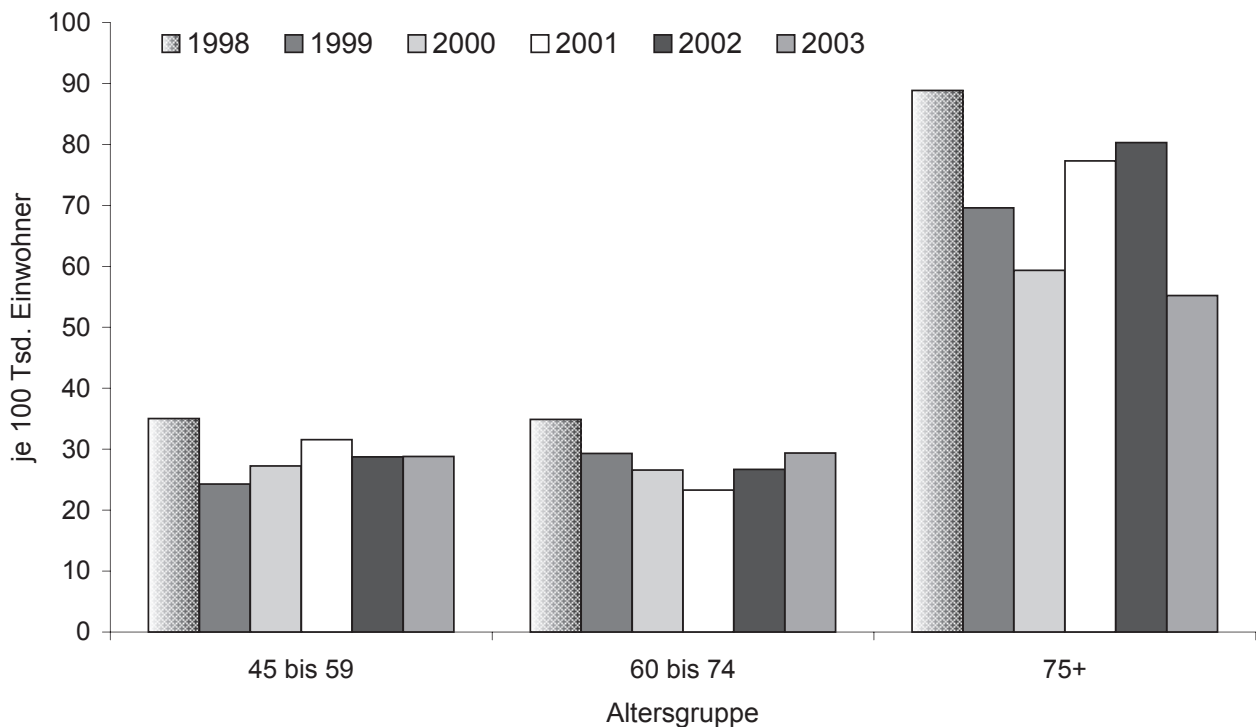
Herrmann Hesse

Bereits im zweiten Kapitel wurde sichtbar, dass die sehr alten Menschen im Alter von über 75 Jahren das höchste Suizidrisiko tragen. Dies gilt für beide Geschlechter, bei den Frauen jedoch auf einem deutlich niedrigeren Niveau. Eine interpretierbare zeitliche Entwicklung ist in den letzten sechs Jahren nicht erkennbar (vgl. Abbildungen 6.1 und 6.2).

Abbildung 6.1: Suizidraten älterer Frauen, N=414, Hamburg 1998 bis 2003



Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, eigene Berechnung

Abbildung 6.2: Suizidraten älterer Männer, N=667, Hamburg 1998 bis 2003

Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, eigene Berechnung

Bei der Durchsicht der im Kapitel 3 berichteten Ursachen und riskanten Lebenssituationen fallen bei alten Frauen und Männern aus verständlichen Gründen vor allem körperliche Erkrankungen ins Gewicht, bei den Männern zusätzlich auch „Trennung, Verlust“, „allein Wohnen“ und „Tod der Ehefrau“.

Bemerkungen in den Polizeiprotokollen der Suizidfälle der Jahre 2000 bis 2002 illustrieren die Lebenssituation alter Menschen, als sie sich für den Suizid entschieden:

- „Ehefrau lag im Sterben im Krankenhaus“,
- „Frau im Altenheim, er wollte nicht ins Heim“,
- „Pankreas-Karzinom“,
- „Lungen- und Nierentuberkulose“,
- „Angst vor Altenheimunterbringung“,
- „bevorstehende Erblindung“,
- „kam mit dem Euro nicht zurecht“,
- „Osteoporose mit Rückenschmerzen“,
- „Rheuma mit Schmerzen“,
- „vor drei Jahren Sohn verstorben, seitdem keine Lust zu leben“,
- „sollte auf die Pflegestation verlegt werden, hatte vorher für den Fall der Verlegung mit Suizid gedroht“.

Erwin Ringel, Wiener Psychotherapeut und einer der anerkanntesten Suizidforscher, sieht den Alterssuizid als Folge einer Reihe von Einschränkungen („Einengungen“, wie Ringel sie bezeichnet). Einschränkungen durch körperliche Faktoren und Krankheit, Einschränkungen der zwischenmenschlichen Beziehungen (Tod des Partners, Vereinsamung), Einschränkungen des Selbstwertgefühls (z.B. Verlust des Ansehens durch Aufgabe der Berufsarbeit) und Einschränkungen durch emotionale Faktoren wie Depressionen (Ringel 1992).

Das Alter ist häufiger als andere Lebensphasen durch weitgehend unvermeidliche Erschwernisse der Lebenssituation wie chronische Krankheiten oder Verlust von Freunden und Angehörigen gekennzeichnet. Es kommt hinzu, dass die Lebensperspektive, die Hoffnung, dass es besser werden könnte, mit dem Alter schwindet. Insofern sind Suizide alter Menschen verstehbarer als die Suizide Jüngerer.

Suizidgründe: Krankheit, Einsamkeit und Verlust des Lebenssinns

Trotzdem dürfen gesellschaftliche Ursachen nicht übersehen werden. Ringel weist darauf hin, dass in Japan vor 1945, als dort die Alten das Leben der Gemeinschaft bestimmten, der Suizid in dieser Altersgruppe nahezu unbekannt war. Seit sich in Japan nach dem zweiten Weltkrieg eine Leistungsgesellschaft nach westlichem Muster entwickelt hat, ist der Suizid alter Menschen dort die Hauptaufgabe der Suizidverhütung (Ringel 1992, S. 50). Auch in Hamburg sind neben Krankheit der Verlust des Lebenssinns und die Vereinsamung die wesentlichen Gründe für die Suizide Hochbetagter. Laut Mikrozensus im Jahr 2002 lebten 65 Tsd. Menschen im Alter von über 75 Jahren in Einpersonenhaushalten, das sind 47 Prozent dieser Altersgruppe. Das Suizidrisiko Alleinlebender ist bei Frauen fast dreimal und bei Männern mehr als fünfmal so groß.

Die Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte

Diese Vereinsamung erschwert in vielen Fällen auch die Prävention. Wenn Angehörige oder Bekannte fehlen oder nicht in der Nähe sind, kommt oft den Hausärztinnen und Hausärzten eine Schlüsselrolle zu. Weil sie häufig an chronischen Krankheiten leiden, haben alte Menschen öfter Kontakt zu ihren Ärztinnen und Ärzten. Bei Verdacht auf Depressionen oder bei Suizidgedanken sind diese oft die Einzigen, die Gründe erfragen und Hilfe organisieren können.

Zusammenfassung

- Die sehr alten Menschen im Alter von über 75 Jahren tragen das höchste Suizidrisiko.
- Hauptgründe sind Krankheit, Einsamkeit und Verlust des Lebenssinns.
- Die Schlüsselrolle bei der Suizidprävention alter Menschen liegt bei der Hausärztin oder dem Hausarzt.

Notfallversorgung, Behandlung und Prävention

Die ersten offiziellen Personen und Institutionen, die mit Suizidgefährdeten oder mit einem/einer Überlebenden nach einem Suizidversuch in Verbindung kommen, sind in der Regel die Polizei, Aufnahmestationen der psychiatrischen und allgemeinen Krankenhäuser, der sozialpsychiatrische Dienst der Gesundheitsämter und die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Je nach Lage geht es um Notfallversorgung, die Aufklärung der Umstände des Todes, die Verhütung weiterer Suizidversuche oder um die Therapie seelischer Krisen. Oberstes Anliegen ist es, Suizide zu verhindern oder in ihrer Zahl zu reduzieren.

Suizide verhindern, aber wie?

Wie bereits dargelegt ist es nicht einfach, bei suizidalen Krisen wirksam zu intervenieren oder präventiv einzugreifen. Zum Teil liegt das Problem darin, dass das Suizidrisiko nur schwer oder gar nicht erkennbar ist. Es wurde oft versucht, die Prädiktoren für suizidales Verhalten zu finden. Bis jetzt gelang es allerdings nicht, anhand entsprechender Risikofaktoren die Individuen zu identifizieren, die einen Suizid oder Suizidversuch unternommen hatten. Wahrscheinlich sind die entscheidenden Merkmale oder die verknüpfende Gewichtung bis jetzt nicht ausreichend bekannt.

Die Möglichkeiten, die Anzahl der Suizide über die Zugänglichkeit der Methoden zu reduzieren, sind begrenzt: Hohe Gebäude, Türme und Brücken werden durch Geländer gesichert. Der Zugang zu Gleisanlagen wird erschwert. In Japan wurde z.B. versucht, mit Hilfe einer Verordnung über die Abgabe von Giften oder Waffen die Anzahl der Suizide zu verringern. Diese Maßnahme brachte nicht den erwünschten Erfolg, sondern verlagerte das Problem lediglich auf andere Methoden.

Eine der Hauptgruppen für die Suizidprävention bilden diejenigen, die bereits einen Suizidversuch hinter sich haben. Nach Angabe des Therapiezentrum für Suizidgefährdete (TZS) wird geschätzt, dass etwa jeder Dritte der Betroffenen einen Suizidversuch wiederholt. Deshalb ist es von entscheidender Bedeutung, nicht nur die akuten somatischen Folgen eines Suizidversuchs zu behandeln, sondern auch die seelischen Ursachen der Suizidgefährdung in die Therapie aufzunehmen.

Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung nicht vernachlässigen

Die Behandlung suizidaler Patientinnen und Patienten sollte überwiegend Psychiaterinnen und Psychiatern sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten obliegen. Die klinische Realität zeigt uns aber eine andere Wirklichkeit: Insbesondere in nicht psychiatrischen Akutkrankenhäusern werden Patientinnen und Patienten mit Suizidversuchen und entsprechenden körperlichen Folgeschäden häufig zunächst primär versorgt, ohne dass im Verlauf auf die Mithilfe einer/eines psychiatrischen Konsiliarärztin/-arztes zurückgegriffen wird. Nicht selten ist es so, dass die Ursachen eines Suizidversuches in einem Akutkrankenhaus der Somatik, dann wenig bis gar nicht thematisiert werden. Nicht selten findet sich hier ein stilles Einverständnis zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten, das Umfeld des Suizidversuches nicht zu thematisieren.

Eine Bevölkerungsgruppe mit einer besonders hohen Suizidgefährdung bilden die Migrantinnen und Migranten (vgl. Kapitel 3). In einer aktuellen Untersuchung (Grobe 2004) wurden Aufnahmen in der Akutpsychiatrie auf den Zusammenhang zwischen ethnisch nationaler Zugehörigkeit und Suizidversuchen in der Vorgeschichte untersucht. Bei 15 Prozent der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund fanden sich Suizidversuche in der Anamnese, bei Deutschen nur zu neun Prozent. Auch wenn ein Suizidversuch immer diverse Ursachen hat, so ist sicherlich anzunehmen, dass der hohe soziale Druck in dieser Situation als Teilursache wirkt, so zum Beispiel ein ungeklärter oder unsicherer Aufenthaltsstatus.

Schon das Erfassen solcher potentieller Stressoren bei den Patientinnen und Patienten einer somatischen Akutklinik könnte den Blick der Internistinnen und Internisten und anderer Fachgruppen dafür schärfen, gegebenenfalls eine Psychiaterin oder einen Psychiater hinzu zu ziehen und weitere Maßnahmen zu diskutieren und in die Therapie einzubeziehen. Insbesondere Suizidpatientinnen und -patienten sollten, sobald es ihr Zustand zulässt, durch entsprechende Konsiliarkräfte gesehen werden, da erfahrungsgemäß Patientinnen und Patienten gerade kurz nach einem überlebten Suizidversuch gesprächsbereit sind, wenn sie auf eine entsprechend geschulte Person treffen, welche die Entscheidung darüber treffen kann, ob eine psychiatrische Mitbehandlung erforderlich ist.

Expertinnen und Experten gehen davon aus, dass zwei Drittel der Betroffenen an einer psychiatrisch oder psychotherapeutisch zu behandelnden Depression leiden. Genau diese Erkrankung wird aber häufig genug in somatischen Kliniken auch bei Patientinnen und Patienten ohne Suizidversuch nicht erkannt. In den Anamnesebögen der Kliniken findet sich nicht selten unter der Rubrik „psychiatrischer Befund“ entweder kaum etwas, oder die Eintragungen beschränken sich auf Standardausagen wie: „wach, klar, orientiert“.

Auch der Bereich der Sozialanamnese ist in den Aufnahmebefunden häufig leer, selten finden sich hier zum Beispiel Angaben zum Sozialstatus, zur beruflichen Situation sowie anderen (protektiven oder belastenden) sozialen Umständen. Häufig berichten die Patientinnen und Patienten ihre psychiatrischen Beschwerden oder auch belastende soziale Faktoren nicht, da sie einfach nicht danach gefragt werden. So fällt es ihnen keineswegs schwer, depressive Symptome zu „somatisieren“, das heißt, primär seelische Symptome in somatische Krankheitszeichen umzusetzen, ohne dass dies medizinisch hinterfragt wird.

Eine adäquate Therapie kann die Prognose der Patientinnen und Patienten nach Suizidversuch verbessern. Dies sollte bei entsprechender Indikation unter Einbeziehung moderner psychotherapeutischer Methoden sowie gegebenenfalls auch einer indizierten psychopharmakologischen Behandlung in Zusammenarbeit mit den primär somatisch orientierten Ärztinnen und Ärzten geschehen. Entsprechendes gilt auch für die Behandlung süchtiger Patientinnen und Patienten, die, wie das dritte Kapitel zeigt, eine eigene Risikogruppe für den Suizid darstellen.

Die feste Integration von Psychologinnen und Psychologen sowie Psychiaterinnen und Psychiatern in den klinischen Alltag bleibt also zu fordern. Hierbei können sich die Fachgebiete durchaus ergänzen und gegenseitig befruchten. In dem Bereich der Liaison-Psychiatrie bzw. Konsiliarpsychiatrie sind in den vergangenen Jahrzehnten erfreuliche Fortschritte zu verzeichnen.

Qualitätszirkel Suizidprävention

Im Klinikum Nord wurde im Herbst 1997 ein Qualitätszirkel „Suizidprävention“ gebildet (Hill et. al. 2000). Die Aufgabenstellung für den Zirkel umfasst die Analyse und Bewertung von Patientensuiziden und schweren Suizidversuchen, die Weiterentwicklung suizidpräventiver Maßnahmen und die Erarbeitung von Zielsetzungen und

Leitlinien. Die Auswertungen der Suizidkonferenzen ergaben: In der Aufnahmephase benötigt die suizidale Patientin bzw. der suizidale Patient erhöhte Aufmerksamkeit, frühe und umfassende Krisengespräche, eine fest vorgegebene Struktur auf einer geschlossenen Station und Ausgang nur in Begleitung einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters.

Die/der psychisch kranke, sozial ungesicherte Patientin/Patient benötigt in der Entlassungs- oder so genannten Abnabelungsphase von der Station eine erhöhte Aufmerksamkeit und stützende Gespräche, die sie/ihn sicher in den neuen sozialen Rahmen geleiten.

Schwer suizidale Patientinnen und Patienten brauchen auch auf der geschlossenen Station eine verstärkte Betreuung durch das gesamte Mitarbeiterteam.

Der Übergang von der geschützten schwer suizidalen Patientin bzw. Patienten auf der geschlossenen Station zur eigenverantwortlich handelnden Patientin bzw. Patienten auf der offenen Station muss schrittweise und nachvollziehbar sein.

Autonomie, Souveränität und Partnerschaft können meist erst langsam wieder während der stationären Behandlung gelernt und gelebt werden.

Angesichts der Probleme, Suizidgefährdete zu erkennen und Suizidgefahren abzuwenden, ist es wichtig, dass auch weitere Institutionen, an die sich Menschen in seelischen Krisen oder Angehörige von gefährdeten Menschen wenden, bereit sind, ein Suizidrisiko wahrzunehmen und zu thematisieren und, wenn sie eine Gefährdung vermuten, entsprechende Beratungen anzubieten oder zu vermitteln.

Harburger Bündnis gegen Depression

Eine wichtige Rolle in der Suizidprävention kann das „Harburger Bündnis gegen Depression“ spielen, das am 5. Februar 2004 als Ausweitung des erfolgreichen „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“ gegründet wurde (www.kompetenznetz-depression.de/buendnis/hamburg-harburg.htm). Das Modell ist eines der wichtigsten Teilprojekte des Kompetenznetzes „Depression, Suizidalität“, das 1999 gegründet wurde und das die Forderung der Weltgesundheitsorganisation nach der Bekämpfung der Volkskrankheit „Depression“ aufnimmt. Ziele des „Bündnisses gegen Depression“ sind die Verbesserung der Diagnose und der Versorgung depressiv erkrankter Menschen und die Senkung der Anzahl von Suiziden und Suizidversuchen. Zum Arbeitskonzept gehören Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen, Pastorinnen und Pastoren, Pfarrer, Beratungsstellen und Gesundheitsämter sowie eine breite Öffentlichkeitsarbeit und Selbsthil-

fe-Initiativen für Betroffene und Angehörige. Erste Ergebnisse des seit 2001 arbeitenden „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“ zeigen einen positiven Trend: Die wissenschaftliche Auswertung konnte zeigen, dass das öffentliche Bewusstsein bezüglich des Themas Depression anstieg und suizidale Handlungen signifikant zurückgegangen sind.

Gründungsmitglieder des „Harburger Bündnisses gegen Depression e.V.“ sind:

- Allgemeines Krankenhaus Harburg
- APONOVA-Servicecenter der Apotheken im LBK Hamburg
- Verein für psychosoziale Hilfe Harburg e.V.
- Elbe Werkstätten GmbH
- Ev. luth. Kirchenkreis Harburg
- Gesundheitsamt Harburg
- Hamburger Fachdienst für berufsbegleitende psychosoziale Betreuung Behinderter
- Paritätischer Wohlfahrtsverband LV Hamburg
- Selbsthilfegruppe für psychisch Kranke Harburg
- Haus- und Fachärzte.

Faltblätter mit Selbsttest und Hinweisen auf Hilfsangebote, Plakate und Videokassetten werden an Arztpraxen, Apotheken, Beratungsstellen und öffentliche Einrichtungen verteilt. Nach entsprechender Schulung werden kleine Teams gebildet, die an Schulen, Altenheimen und in Betrieben über die Depression, die mit dieser Erkrankung verbundenen Risiken und über Behandlungsmöglichkeiten aufklären sollen. Neunzig Prozent der Patientinnen und Patienten sind mit Psychotherapie und medikamentöser Therapie erfolgreich zu behandeln.

Therapiezentrum für Suizidgefährdete (TZS)

Eine wichtige Rolle in der Suizidprävention spielt in Hamburg das Therapiezentrum für Suizidgefährdete (TZS) www.uke.uni-hamburg.de/extern/tzs/TZS_d.html Das TZS wurde im Jahr 1991 gegründet und ist die größte Institution in der Bundesrepublik, die sich auf Suizidverhütung spezialisiert. Das Zentrum ist seit Jahren Bestandteil der ambulanten kassenärztlichen Versorgung in Hamburg und ein Modellprojekt in „Theorie und Praxis der psychotherapeutischen Versorgung suizidgefährdeter Patienten“ (Fiedler et al. 1998). Der Schwerpunkt der Arbeit besteht in einem niedrighschwelligem psychoanalytisch-psychotherapeutischem Angebot für akut

suizidale Patientinnen und Patienten. Das TZS ist daher keine psychiatrische Notfall- oder Kriseninterventionseinrichtung im üblichen Sinne. Es ist eine ambulante klinische Einrichtung mit einem spezialisierten psychotherapeutischen Behandlungsangebot ausschließlich für Patientinnen und Patienten in akuten und chronischen suizidalen Krisen.

Durch das ambulante Angebot kann eine stationäre Behandlung in vielen Fällen vermieden werden. Der Verbleib in sozialen Bezügen und Arbeitsverhältnissen kann oft stabilisierend sein. Da das Zentrum in einem von der Psychiatrischen Klinik getrennten Gebäude arbeitet, wird eine von den Patientinnen und Patienten oft befürchtete Stigmatisierung als „psychisch krank“ vermieden. Das niedrigschwellige Angebot erreicht damit auch Patientinnen und Patienten, die sich sonst - zumindest vor einem Suizidversuch - nicht in Behandlung begeben würden.

Die Grundlage des psychotherapeutischen Behandlungskonzepts des Zentrums liegt im psychoanalytischen Verständnis der Suizidalität, der psychoanalytischen Kurzpsychotherapie und der Integration von Elementen der Krisenintervention und psychiatrischer Behandlungsmöglichkeiten. Neben dem unmittelbaren Behandlungsbeginn und der Kontinuität des Therapeuten vom ersten Kontakt an sind dies u.a. eine aktivere Haltung der Therapeutin bzw. des Therapeuten, eine hohe, an der Patientin bzw. am Patienten orientierte Flexibilität des Angebots bezüglich der Interventionen, der Anzahl und der Dauer der Behandlungsstunden, die Möglichkeit von längeren telefonischen Kontakten oder Adhoc-Gesprächen in Krisen, und die Einbeziehung psychiatrisch-psychopharmakologischer Aspekte in die Behandlung.

Der zeitliche Behandlungsrahmen ist, abhängig von der individuellen Problematik der Patientinnen und Patienten, auf einen Zeitraum von drei bis neun Monate konzipiert. Er kann unter Umständen auch länger oder kürzer sein. In der Regel finden ein, seltener zwei Behandlungsstunden in der Woche von 50 Minuten Dauer statt. Die Patienten werden in der Mehrzahl der Fälle von ambulanten Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, aber auch von Kliniken überwiesen. Sie können aber auch direkt das TZS aufsuchen.

Der Schwerpunkt der psychotherapeutischen Behandlungen liegt nicht allein auf der Situation, welche die suizidalen Krisen ausgelöst hat, sondern richtet sich auch auf die psychische Entwicklung, die zu dem suizidalen Erleben und Verhalten ge-

führt hat. Die Chance der Behandlung im Rahmen einer psychoanalytischen Kurzpsychotherapie liegt darin, dass sich die innere Konfliktthematik in der psychotherapeutischen Beziehung unmittelbar wiederholt. Die Psychotherapie ermöglicht die Bewusstmachung individuell geprägter konflikthafter Beziehungsmuster, bietet durch eine stabile und kontinuierliche Betreuung die Möglichkeit, neue Beziehungserfahrungen zu erleben und günstigenfalls zu integrieren und soll den Patientinnen und Patienten ermöglichen, in erneuten äußeren Krisensituationen nicht wieder suizidal zu reagieren.

Die Ergebnisse der begleitenden Untersuchungen weisen darauf hin, dass zwar manche Patientinnen und Patienten auch nach der Behandlung noch suizidale Gedanken hegen, dass sie diese aber als weniger belastend erleben und nicht mehr in suizidale Handlungen umsetzen müssen. Für sie steht die Antwort einer Patientin aus der Nachbefragung: „Ich habe gelernt, dass die Suizidalität ein Teil von mir ist, der bleibt. Sie erschreckt mich nicht mehr so sehr. Die Impulse kann ich besser überstehen, weil ich beschließen kann, ihnen nicht nachzugeben. Und es ist beruhigend, dass es in ausweglosen Zeiten Hilfe gibt“.

Über die therapeutische Arbeit hinaus engagiert sich das TZS auf verschiedenen Ebenen der Suizidprävention. Es beteiligt sich an der Weiterbildung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern klinischer und psychosozialer Einrichtungen sowie von Behörden und Firmen. Forschungsschwerpunkte liegen auf dem Gebiet der Psychotherapie suizidalen Erlebens und Verhaltens, der Genderforschung, der Suizidalität älterer Menschen und der Untersuchung suizidpräventiver Maßnahmen. Das TZS beteiligt sich aktiv an der Initiative für ein Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. Auf dem Gebiet der Enttabuisierung der Suizidalität engagiert das Zentrum sich durch Öffentlichkeitsarbeit und besonders der Förderung des bürgerschaftlichen Engagements durch die bisher seit 2001 dreimal durchgeführte innovative Veranstaltungsreihe „... darüber reden - Kulturwoche Suizidalität“.

Der Suizid eines Menschen ist eine große Belastung für nahe stehende Personen. In vielen Fällen benötigen die Hinterbliebenen selbst psychosoziale oder therapeutische Hilfe. Eine adäquate Trauerarbeit wird erschwert durch die Tabuisierung und die in vielen Fällen schuld- und schambesetzte Verarbeitung des Suizids. Es gibt einen Mangel an Hilfsangeboten für Menschen in dieser Situation.

Ein bislang wenig bekanntes Problem ist die Situation von Angehörigen suizidaler Menschen. Sie sind einer hohen psychischen Belastung ausgesetzt. Häufig sind sie hilflos im Umgang mit den suizidalen Gedanken und Handlungen der ihnen emotional nahe stehenden Menschen. Sie wissen nicht, wo sie sich Hilfe suchen und Unterstützung finden können und es gibt bislang für sie kein institutionalisiertes niedrigschwelliges Beratungsangebot.

Jugend- und sozialpsychiatrische Dienste der Gesundheitsämter

Unter den Institutionen, die bei der Prävention von Suiziden mitwirken, können bei einem bestimmten Klientel auch die Jugendpsychiatrischen und Sozialpsychiatrischen Dienste der bezirklichen Gesundheits- und Umweltämter eine wichtige Rolle spielen. Ein wesentlicher Arbeitsschwerpunkt der Sozialpsychiatrischen Dienste (SpD) ist die Krisenintervention, die auch suizidale Krisen umfasst. Dies gilt insbesondere für bereits als psychisch krank bekannte Personen, die ein erhöhtes Suizidrisiko tragen. Die SpD's halten mit diesem Arbeitsschwerpunkt ein wichtiges Angebot zur Suizidprävention in den Bezirken vor, zumal niedrigschwellige, zeitnahe und bei Bedarf auch aufsuchende Hilfe angeboten wird.

Im Rahmen der Tätigkeit der SpD's sind folgende Interventionen in suizidalen Krisen möglich:

- Adhoc-Gespräche und Adhoc-Hausbesuche zur Klärung der Suizidgefährdung und Einleitung weiterer Maßnahmen
- Überbrückende Kurzzeitpsychotherapie in suizidalen Krisen
- Weitervermittlung in ambulante/stationäre psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung
- Einleitung von Zwangsmaßnahmen gemäß § 12 HmbPsychKG als ultima ratio

Die Dissertation eines Mitarbeiters des Gesundheits- und Umweltamtes Eimsbüttel (Moskalez 2003) bearbeitet die Fragestellung, wie viele der Suizidenten der Region vor ihrem Suizid Kontakt zu dem Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes hatten. Der folgende Textauszug illustriert die Art der Kontakte:

„In der Zeit zwischen 1995 und 1999 haben sich im Bezirk Eimsbüttel 243 Menschen das Leben genommen. Sechzehn von ihnen hatten nach den Ermittlungen vor dem Suizid Kontakt zum Sozialpsychiatrischen Dienst. Davon stehen an erster Stelle Depressionen (6 Fälle) und Psychosen (6 Fälle). An zweiter Stelle folgen

Persönlichkeitsstörungen (3 Fälle). Ein Suizident litt an Demenz. Bei sieben Suizidenten bestand eine zusätzliche Belastung durch eine sekundäre Krankheit (Intelligenzminderung 3 Fälle, Alkoholmissbrauch 3 Fälle, Diabetes mellitus 1 Fall).

Von sechzehn Suizidenten befanden sich 14 in regelmäßiger ambulanter nervenärztlicher Behandlung, 8 Personen haben unterstützende Hilfe durch pädagogische Betreuung im eigenen Wohnraum, fachpsychiatrischen Pflegedienst oder Beratungsstellen für psychisch kranke Menschen bekommen. In vier Fällen bestand eine gesetzliche Betreuung, vor allem für die Bereiche Gesundheitsfürsorge und Aufenthaltsbestimmungsrecht.

Der vergleichsweise geringe Anteil der Personen, die vor ihrem Suizid Kontakt zum Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes hatten, sollte nicht dahin gehend beurteilt werden, dass dieser Bereich nur eine geringe Relevanz für die Prävention von Suiziden hätte. Dies ist schon deshalb nicht möglich, weil in dieser Zahlenübersicht nur vollendete Suizide enthalten sind. Wir haben z.B. keine Information darüber, wie viele Suizidgefährdete über ihren Kontakt zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Sozialpsychiatrischen Dienstes bzw. über Vermittlung zu anderen Stellen einen schon geplanten Suizidversuch aufgegeben haben.“

Telefonseelsorge

Eine im Zusammenhang mit seelischen Krisen wichtige Anlaufstelle ist die Telefonseelsorge (www.telefonseelsorge.de), ein Beratungs- und Seelsorgeangebot der evangelischen und katholischen Kirche. Die Idee, das Telefon als Kontaktbrücke zu nutzen, um Suizidgefährdeten einen anderen Weg als den des Suizides aufzuzeigen, entstand 1896 in New York. Damals scheiterte sie noch an der zu geringen Zahl der Telefone. Heute liegt die jährliche Zahl der Beratungen in Hamburg bei fast 30.000. Mehr als 400 Gespräche im Jahr beschäftigen sich mit den Themen Suizid, Suizidgefahr oder Suizidphantasien. Das Angebot der Telefonseelsorge ist ein wichtiger Beitrag zur Suizidprävention, zumal viele der anderen Beratungen Themen wie Sinn/Orientierung, Einsamkeit/Vereinsamung, physische und psychische Krankheit, Sucht sowie Sterben, Tod und Trauer berühren, die eng mit einem Suizidrisiko verbunden sind (Statistik der Telefonseelsorge Hamburg).

Weitere Angebote

Neben den bereits genannten Angeboten gibt es in Hamburg vielfältige weitere Beratungsangebote für Menschen in Lebenskrisen und deren Angehörige.

Zu nennen sind:

Das weite Spektrum der Gesundheitsversorgung mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die psychiatrischen Kliniken und Ambulanzen, sowie die gerontologischen und gerontopsychiatrischen Abteilungen der Krankenhäuser.

Ferner Selbsthilfegruppen mit ihrer Unterstützung für Betroffene, Angehörige und Hinterbliebene. In Hamburg gibt es mehr als 30 Selbsthilfegruppen zum Thema Depression (Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen – KISS, www.kiss-hh.de).

Psychosoziale Kontaktstellen bieten Beratung, Information und therapeutische Hilfen bei Suizidgefahr, psychischen und psychosomatischen Problemen sowie bei Suchtproblemen, Alkohol u. Medikamentenabhängigkeit.

Die bezirklichen Seniorenberatungen unterstützen ältere Menschen bei der Bewältigung von Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen. Häufige Ursachen sind Pflegebedürftigkeit, chronischer Erkrankung oder sozialer Isolation. Darüber hinaus bieten die derzeit 82 Seniorentreffs in Hamburg ein flächendeckendes und stadtteilintegriertes Angebot, um die Kontaktaufnahme und aktive Betätigung von Senioren zu fördern. Durch ehrenamtliche Besuchsdienste soll diese Struktur ergänzt werden, um auch jene Senioren in ihren Wohnungen zu erreichen, welche die oben genannten Angebote nicht mehr nutzen können.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ambulante Pflegedienste sind oft die ersten Ansprechpartner für alte und pflegebedürftige Menschen sowie chronisch Kranke. Der Kinder- und Jugendnotdienst (KJND) hilft Kindern und Jugendlichen und deren Bezugspersonen in akuten sozialen und seelischen Krisen.

Hausärztinnen und Hausärzte

Eine wichtige Rolle in der Suizidprävention können die Hausärztinnen und Hausärzte spielen. Viele Suizidgefährdete suchen vor dem Suizid ihre hausärztliche Praxis auf. Das Suizidrisiko wird aber nicht immer erkannt. Nach einer neuseeländischen Untersuchung (Arroll et al. 2003) lässt sich ein mögliches Suizidrisiko mittels zweier einfacher Fragen feststellen:

- *Haben Sie sich in den vergangenen Monaten öfter durch Gefühle von Hoffnungslosigkeit, Depression und Niedergeschlagenheit belastet gefühlt?*
- *Haben Sie in den vergangenen Monaten an sich öfter mangelndes Interesse oder fehlende Freude am Leben bemerkt?*

Eine amerikanische Untersuchung (Bruce et al. 2004) weist darauf hin, dass bei alten Menschen in der Hausarztpraxis die Häufigkeit geäußerter Suizidabsichten nahezu halbiert werden kann (von 29 auf 17 Prozent), wenn Ärztinnen und Ärzte das Problem aufgreifen und eine entsprechende Behandlung durchführen oder vermitteln. Diese Möglichkeit erhält dadurch zusätzliches Gewicht, dass alte Menschen die Bevölkerungsgruppe mit der höchsten Suizidgefährdung bilden und ihr Kontakt zu Angehörigen und Bekannten oft reduziert ist: Viele alte Menschen leben allein (vgl. Kapitel 6).

Suizidforen

Eine schwierig einzuschätzende Rolle im Suizidgeschehen spielen Suizidforen im Internet. Reißerische Berichte in den Medien betonen die Gefahren, wenn es sich etwa um Verabredungen zum gemeinsamen Suizid oder um den Austausch von Meinungen oder Vorschlägen zu geeigneten Suizidmethoden handelt. Neben möglichen Gefahren sollte jedoch auch nicht übersehen werden, dass die vor allem von Jugendlichen genutzten Diskussionsforen ihnen die Möglichkeit bieten, sich anonym und ohne Bewertung über das Thema auszutauschen. Normalerweise ist die Beziehung zwischen Menschen, die den Wunsch zu sterben äußern und ihren Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern insofern asymmetrisch, als dass diese das Weiterleben für sich nicht in Frage stellen. Eine Diskussion von Lebensproblemen unter Gleichgesinnten kann auch eine suizidpräventive Funktion haben. Vollendete Suizide unter den Besuchern von Suizidforen scheinen eher selten zu sein und es ist kaum nachzuweisen, dass sie ohne die Suizidforen nicht ebenfalls realisiert worden wären.

Hilfsangebote ausreichend, aber nicht genügend bekannt

Wie der Überblick zeigt, gibt es in Hamburg viele sehr unterschiedliche Hilfs-, Beratungs- und Therapieangebote für Suizidgefährdete und deren Angehörige. Diese Angebote erscheinen in ihrer Gesamtheit ausreichend. Es ist aber zu fragen, ob sie genügend bekannt sind. Das Problem besteht weiterhin darin, eine Suizidgefährdung zu erkennen, um rechtzeitig Hilfe organisieren zu können. Das liegt einerseits in der Tabuisierung des Sterbens in unserer Gesellschaft, die den Gefährdeten bewegt, seine Todesgedanken zu verbergen, und die seine Mitmenschen ihn nicht darauf ansprechen lässt und andererseits, besonders bei alten Menschen, in der zunehmenden Vereinsamung.

Folgerungen

Die Hilfsangebote für Suizidgefährdete und ihre Angehörigen in Hamburg wurden dargestellt. Eine Verbesserung der Situation erscheint vor allem in drei Bereichen möglich:

1. Die Sensibilität für das Thema in den Arztpraxen muss ausgebaut werden, um suizidgefährdete Patientinnen und Patienten rechtzeitig zu erkennen und medizinische und psychologisch/psychiatrische Hilfe zu organisieren, wie es dem Programm des Bündnisses gegen Depression entspricht.
2. Der Bekanntheitsgrades der vielfältigen Hilfsangebote für Suizidgefährdete und deren Angehörige muss erhöht werden.
3. In Akutkrankenhäusern müssen Betroffene nach Suizidversuchen eine besondere Betreuung unter Hinzuziehung von Psychologen und Psychiatern erhalten.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Im Jahr 2003 starben 254 Hamburger Bürgerinnen und Bürger durch Suizid, im Mittel fünf Hamburgerinnen bzw. Hamburger jede Woche. So traurig diese Tatsache ist, so ist sie im Spiegel der Statistik gleichzeitig der derzeitige Endpunkt einer positiven Entwicklung: Die Suizidrate nimmt seit Mitte der 70er Jahre ab. Lag Hamburg 1998 im Suizidgeschehen noch an der Spitze der alten Bundesländer, so belegt es nun im Ländervergleich einen Mittelplatz.

Der Zahlenspiegel zeigt:

- doppelt so hohe Suizidraten der Männer im Vergleich zu den Frauen,
- Zunahme der Suizidraten mit dem Alter,
- nach absoluten Zahlen die meisten Suizide bei den Männern im mittleren Lebensalter, bei den Frauen im Alter von 80 bis 90 Jahren,
- besondere Risiken bei Frauen im Alter von über 50 Jahren und Männern im Alter von über 75 Jahren in besser gestellten Regionen Hamburgs.

Bei der Untersuchung vollendeter Suizide werden der ermittelnden Polizei vor allem psychische und körperliche Erkrankungen als Ursache genannt. Seltener protokollierte Gründe sind Trennung, Verlust von Angehörigen, Perspektivlosigkeit, soziale Konflikte, finanzielle Probleme, Arbeitssituation, Wohnsituation oder Suchtprobleme.

Psychische Probleme mit Suizidfolge betreffen im besonderen Frauen in allen Phasen ihres Lebens. Körperliche Erkrankungen sind besonders bei Männern in der zweiten Lebenshälfte der wesentliche Grund für ihren Suizid. Bei jungen Frauen werden Trennung, Verlust, soziale Konflikte und Drogenprobleme besonders häufig erwähnt. Bei Männern in mittleren Jahren sind die Bereiche Arbeit und Wohnen und finanzielle Probleme oft genannte Gründe.

Die Analyse der Lebenssituationen, in denen sich die Betroffenen befanden, zeigt allein wohnende Männer und Frauen, verwitwete Männer, Arbeitslose beider Geschlechter und geschiedene Frauen als besondere Risikogruppen.

Die vorgestellten Ergebnisse entsprechen den Aussagen vieler Untersuchungen und Studien. Einsamkeit, Verlust von Angehörigen, psychische und körperliche Krankheiten und unter den psychischen Krankheiten vor allem die Depressionen

werden immer wieder als Ursache genannt. Die Risiken, an chronischen Krankheiten mit teilweise unerträglichen Schmerzen zu leiden, zu vereinsamen, Angehörige zu verlieren, ohne eine Perspektive, dass sich die Lebenssituation bessern könnte, nehmen mit den Alter zu.

Damit sind alte Menschen die wesentliche Risikogruppe für einen Suizid. Trotz dieses Wissens ist es schwierig, präventive Ansätze für diese Bevölkerungsgruppe zu finden. Auch wenn die genannten Risikofaktoren für einen großen Teil alter Menschen zutreffen, sind es vergleichsweise nur wenige, die den Suizid tatsächlich vollziehen. Es muss zu den Risikofaktoren noch weiteres hinzukommen, möglicherweise das, was Ringel (1969) als „situative Einengung“ bezeichnet hat, einen Prozess, in dem die Beendigung des Lebens zunehmend als einzige Lösung der Probleme wahrgenommen wird und in dem die selbst gestellte Aufgabe, sein Leben zu beenden und die Angst vor dem Sterben zu überwinden, in den Mittelpunkt des Denkens und Handelns rückt. Solche Prozesse wahrzunehmen, fällt Angehörigen und Bekannten nicht immer leicht, weil sie wegen der Tabuisierung des Todes verdrängt oder nicht ernst genommen oder weil sie von den Betroffenen verborgen werden. Vielfach fehlt auch der tägliche, enge Kontakt zu Angehörigen und Bekannten, denn fast die Hälfte der alten Menschen lebt allein.

Die Vereinsamung der alten Menschen ist eine Entwicklung, die in vielen Industriegesellschaften und insbesondere in den Städten zu beobachten ist. Sie hat viele Ursachen, deren Diskussion die Grenzen dieses Berichts überschreiten würde. Da wenig Hoffnung auf Verbesserung der beschriebenen gesellschaftlichen Situation (z.B. Vereinsamung) besteht, sollte sich die Suizidprävention an konkreten Möglichkeiten orientieren.

Eine entscheidende Rolle bei der Prävention der Suizide alter Menschen können die Hausärztinnen und Hausärzte spielen. Da alte Menschen oft an chronischen Krankheiten leiden, haben sie häufiger als andere Bevölkerungsgruppen Kontakt zu Ärztinnen und Ärzten. Depressive Entwicklungen lassen sich in den meisten Fällen durch einfache Fragen erkennen. Suizidgedanken werden im Gespräch oftmals geäußert, wenn ein Vertrauensverhältnis zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient besteht. Hinzu kommt, dass die häufigsten Gründe für den Suizid alter Menschen, körperliche und psychische Krankheiten oder starke Schmerzen, durch medizinische Behandlung teils geheilt, teils erträglich gestaltet werden können.

Suizide bei jungen Menschen sind vergleichsweise selten. Gründe sind seelische Probleme, soziale Konflikte und Missbrauch von Drogen. Trotzdem ist die Suizidalität bei Jugendlichen ein wichtiges Thema, auch wegen der besonderen Betroffenheit der Angehörigen und wegen der Häufigkeit von Suizidgedanken und von Suizidversuchen in diesem Alter. Es ist wichtig, das Thema im Schulunterricht zu behandeln, damit möglicherweise über die Kommunikation mit Lehrern und Mitschülern gefährdete Jugendliche von ihrem Weg in die Einsamkeit eines suizidalen Prozesses zurückgeholt werden können. Wenn dabei reale Gefährdungen offenbar werden, kann professionelle Hilfe organisiert werden.

Die wichtigste Zielgruppe für Prävention bilden diejenigen, die bereits einen Suizidversuch hinter sich haben. Zehn Prozent von ihnen wiederholen ihren Versuch. Deshalb ist zu fordern, dass sich die Therapie nicht nur auf die somatischen Folgen des Suizidversuchs konzentriert, sondern dass in jedem dieser Fälle Psychologinnen/Psychologen und Psychiaterinnen/Psychiater hinzugezogen werden, die seelische Ursachen abklären und behandeln.

Dass neunzig Prozent der Betroffenen ihren Versuch nicht wiederholen, weist darauf hin, dass der Weg in den Suizid nicht unumkehrbar ist. Abgesehen von allen verstehbaren Gründen, die einen Menschen in den Suizid treiben können, ist der Suizid der Endpunkt einer krisenhaften psychischen Entwicklung, die als situative Einengung (s.o.) oder als „Tunnelblick“ bezeichnet wird, aus der die Betroffenen mit entsprechendem Beistand auch befreit werden können. Der Mensch ist ein Gemeinschaftswesen. So wie Einsamkeit suizidale Entwicklungen fördert, kann die Gemeinschaft die Betroffenen auch von ihrem Weg zurückholen.

Dieser Bericht beschreibt Fälle, bei denen dies nicht gelungen ist. Durch Aufmerksamkeit und Hilfe der Beteiligten kann ihre Anzahl weiter verringert werden. Für die anderen gilt das, was Mischler (2000, S.212) in seiner Kulturgeschichte des Suizids schreibt: „Sind Leid und Lebensüberdruß so groß, dass der einzelne sein Leben auch dann noch lassen will, wenn ihm Alternativen und Hilfe angeboten werden, ist der Wille zum Tod so groß, dass Hilfe verweigert wird, dann muss er sich das Leben nehmen können, ohne dafür von der Gesellschaft verachtet zu werden“. Insofern ist zu fragen, ob nicht das in der Einleitung erwähnte Urteil des Bundesgerichtshofs, das im Suizid einen Verstoß gegen das Sittengesetz sieht, zu revidieren ist.

Die wichtigsten Handlungsempfehlungen auf einen Blick

- Präventive Ansätze in Lebenswelten (Schule, Einrichtungen der Seniorenarbeit, Betrieben, Erwachsenenbildungseinrichtungen) stärken.
- Alte Menschen zu einer wichtigen Zielgruppe in der Suizidverhütung machen.
- Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sensibilisieren und qualifizieren.
- Psychiaterinnen und Psychiater sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ambulanter und stationärer Behandlung stärker einbeziehen.
- Hilfsangebote bekannter machen.
- Medien bei ihrer Berichterstattung über Suizide und Suizidversuche unterstützen.
- Die Unterstützung von Angehörigen verbessern.
- Die Kenntnisse der Öffentlichkeit durch Aufklärung über psychische Leiden und Früherkennung erhöhen.

Die Behörde für Wissenschaft und Gesundheit (BWG) veröffentlicht zusammen mit diesem Bericht ein Informationsblatt mit Hilfsangeboten für suizidgefährdete Menschen. Darüber hinaus wird die BWG Fachgespräche mit Expertinnen und Experten sowie interessierten Fachleuten führen, um weitere Schritte für eine verbesserte Suizidprävention zu erörtern.

Literatur

Arroll et al., Screening for depression in primary care with two verbally asked questions cross sectional study, *Brit. Med. J.* 327, 2003, 1044 - 1146

Berger, M. Zur Suizidalität in der Adoleszenz. In: Fiedler, G., Lindner, R. (Hrsg.) *So hab ich doch was in mir, was Gefahr bringt. Perspektiven suizidalen Erlebens*, Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht, 1999

Bruce, M. L., Ten Have, T. R., Reynolds III, C. F., Katz, I. I., Schulberg, H. C., Mulsant, B. H., Brown, G. K., McAvay, G. J., Pearson, J. L., Alexopoulos, G. S. Prevention of Suicide in Primary Care Elderly, *Jama* 291, 2004, 1081 - 1091

Der Brockhaus in einem Band, 9. Auflage, Mannheim: Bibliographisches Institut & F. A. Brockhaus 2002

Fiedler, G., Götze, P., Gans, I., Gerisch, B., Lindner, R., Richter, M. Psychoanalytische Psychotherapien bei akuter Suizidalität, *Hmb. Ärztebl.* 53, 1998, 537 – 542

Grobe, M. Suizidversuch von Migranten in der Akut-Psychiatrie, *Nervenarzt*, 75, 2004, 681 - 687

Hill, J., Novikov, J., Vetter, U. Retrospektive Analyse der Patientensuizide von 1984 bis 1999, *Qualitätszirkel Suizidprävention im Klinikum Nord*, Landesbetrieb Krankenhäuser, Hamburg: eigener Verlag 2000

Lindner, R., Fiedler, G., Götze, P. Diagnostik der Suizidalität, *Deutsches Ärzteblatt* 110 (15), 2003, B 840 - 843

Loewenberg, R. D. *Über den Selbstmord in Hamburg in den letzten fünfzig Jahren (1880 – 1930)*, Berlin: Richard Schoetz 1932

Meyers Großes Handlexikon, 22. Auflage, Mannheim: Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus 2002

Mischler, G. Von der Freiheit, das Leben zu lassen, Hamburg, Wien: Europa Verlag 2000

Möller, Laux und Kapfhammer, Psychiatrie und Psychotherapie, 2000

Moskalez, S. Suizidales Geschehen unter besonderer Berücksichtigung sozialpsychiatrischer Aspekte (Hamburg-Eimsbüttel 1995 bis 1999), Dissertation am Institut für Rechtsmedizin, Universität Hamburg, Universitäts-Krankenhaus Eppendorf, Hamburg 2003

Ottawa–Charta zur Gesundheitsförderung 1986: In: Franzkowiak, P. und Sabo, P. (Hrsg.) Dokumente der Gesundheitsförderung, Mainz: Sabo 1993

Pschyrembel, W. Medizinisches Wörterbuch, 260. Auflage, Berlin, New York: De Gruyter 2004

Ringel, E. (Hrsg.) Selbstmordverhütung, Bern: Hans Huber 1969

Ringel, E. Besonderheiten der Selbstmordtendenz im Alter. In: Friedrich, I. und Schmitz-Scherzer (Hrsg.) Suizid im Alter, Darmstadt: Steinkopff 1992

Stadtdiagnose 2, Zweiter Gesundheitsbericht für Hamburg. Hamburg: Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales 2001

Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete (Hrsg.) Psychotherapie der Suizidalität, Universität Hamburg, Universitäts-Krankenhaus Eppendorf, 3. Auflage, Hamburg: eigener Verlag 2000

