4. Epidemiologie und Phänomenologie von Suizidalität und Suizidverhalten

„Im Jahr 2018 starben in Deutschland insgesamt 9396 Personen durch Suizid – […] rund 76 % der Selbsttötungen wurden von Männern begangen" (Statistisches Bundesamt 2020).

Das folgende Kapitel widmet sich dem zweiten Teilforschungsgegenstand dieser Ausarbeitung: Eine Annäherung an den Begriff der Suizidalität sowie der Epidemiologie und Phänomenologie von Suiziden. Konkret sollen dazu vorliegende epidemiologische globale und regionale Daten zu Suizidalität erörtert werden. Dabei ist es wichtig, zunächst eine Begriffsdefinition der Worte „Suizid", „Suizidalität" und „Suizidverhalten" vorzunehmen. Weiterhin sollen Risikofaktoren und Risikogruppen für suizidale Handlungen erörtert und damit auch mögliche Ursachen für ein Suizidvorhaben betrachtet werden.

4.1 Suizid, Suizidalität und Suizidverhalten

Suizidalität ist auf den ersten Blick eindeutig konnotiert – mit Selbsttötung. Auf den zweiten Blick jedoch wird schnell klar, dass die Definition und Abgrenzung aller dazu gehörenden Begrifflichkeiten nicht so eindeutig ist wie es zunächst scheint. Liest man von Suizid, so liest man auch von Suizidalität, Suizidabsicht, Suizidgedanken, suizidalen Handlungen. Häufig resultieren daraus auch diskriminierende oder nicht fach- oder zeitgemäße Bezeichnungen. Somit sollen im Folgenden eine Begriffsbestimmung sowie eine Darstellung über korrekte und in der Fachliteratur gekennzeichnete Begrifflichkeiten vorgenommen werden.

Spricht man von einem Suizid, so ist eine konkrete Handlung gemeint, die zwei Aspekte bedingt: Sie geschieht selbstverursacht bzw. selbstveranlasst und hat das konkrete Ziel des eigenen Todes (Schulte-Wefers/Wolfersdorf 2006: 10). Damit ist Suizid als eine bewusste Handlungsoption zu verstehen, die mit der Erwartung ausgeführt wird, mit der verwandten Methode das übergeordnete Ziel zu erreichen. Die Begriffe Suizidversuch und Suizidabsicht leiten sich aus ebendiesem ab und beinhalten ebenso den Todeswunsch als übergeordnetes Ziel (ebd.: 10. Der Suizidversuch zeichnet sich durch eine konkrete Handlung mit Suizidabsicht, jedoch ohne Todesfolge aus (ebd.: 10).

„Unter Suizidgedanken werden schließlich alle Gedanken, Vorstellungen und Überzeugungen verstanden, die eine Person hinsichtlich der Beendigung ihres eigenen Lebens hat“ (Teismann/Dorrmann 2013: 298). Der populäre und synonym zu „Suizid“ verwandte Begriff des „Selbstmordes“ ist abzulehnen. Das Wort „Mord“ suggeriert hier ein Delikt, eine kriminelle Handlung und ist damit als Bezeichnung unangemessen (Weilemann 2014: 1).

Der Begriff der „Suizidalität“ weist zunächst eine innere Antithetik innerhalb der Interpretation auf. „So gilt und galt Suizidalität zum einen als Ausdruck größter Freiheit („Freitod“), zum anderen als Ausdruck schwerster Einengung durch psychische und körperliche Erkrankung oder soziale Unfreiheit“ (Schulte-Wefers/Wolfersdorf 2006: 10). Auch hier muss eine sprachliche Abgrenzung vorgenommen werden. Der Begriff Freitod „ist ein Euphemismus und negiert Entwicklungsschritte auf dem Weg zum Suizid und hier insbesondere die situative Einengung“ (Weilemann 2014: 1). Grundsätzlich gilt Suizidalität „als ureigene menschliche Denk- und Verhaltensmöglichkeit“ (Schulte-Wefers/Wolfersdorf 2006: 10). Somit ist sie in allen Kulturen, Altersgruppen, Geschlechtern und Religionen zu finden. Konkret umfasst Suizidalität alle Verhaltensweisen von Menschen, „die in Gedanken, durch aktives Handeln oder passives Unterlassen oder durch Handeln-lassen den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis einer Handlung in Kauf nehmen“ (Wolfersdorf 2000; zit. n. Schulte-Wefers/Wolfersdorf 2006: 10).

Dies impliziert zwei Dinge. Erstens: Suizidalität setzt keine aktive Handlung oder Denkweise voraus, sondern konstituiert sich auch durch Passivität in Form von Unterlassen, in Kauf nehmen oder Gleichgültigkeit gegenüber dem eigenen Leben. So ist zum Beispiel Risikoverhalten in der Freizeit mit dem bewussten in Kauf nehmen des eigenen Todes ebenso Ausdruck von Suizidalität wie der aktive Versuch einer Selbsttötung. Suizidalität ist nicht immer sichtbar und auffällig und endet nicht zwangsläufig in einem Suizid. (Schule-Wefers/Wolfersdorf 2006: 1)

Zweitens: Suizidalität setzt eine Motivation voraus. Unabhängig davon, ob ein passives oder aktives Verhalten vorliegt, ist sich die betroffene Person über die Möglichkeit der Konsequenz des Sterbens bewusst. Suizidalität verfolgt also auch stets eine Motivation seitens der Betroffenen. Unabhängig von der konkreten Ursache eines Suizidwunsches wird Veränderung angestrebt: „Suizidalität ist bewusstes Denken und Handeln und zielt auf ein äußeres oder inneres Objekt, eine Person, ein Lebenskonzept. Suizidales Verhalten will etwas verändern, den anderen, die Umwelt, sich selbst in der Beziehung zur Umwelt“ (Wolfersdorf 2000; zit. n. Schulte-Wefers/Wolfersdorf 2006: 10).

Grundsätzlich ist es jedem Menschen möglich, einen Suizid zu begehen und damit Suizidalität zu entwickeln, dennoch finden sich weitestgehend Zusammenhänge von Suizidalität im Kontext von psychosozialen Krisen oder psychischen Erkrankungen (Schulte-Wefers/Wolfersdorf 2006: 10). In der Internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD-10-WHO) ist Suizidalität nur innerhalb symptomatischer Bezeichnungen einzelner psychischer Krankheitsbilder zu finden (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2019). Damit wird sie als Begleit-, Folge-, oder Nebenerscheinung von psychischen Erkrankungen wie z.B. Depressiver Episoden betrachtet. Suizidalität ist demzufolge keine psychische Erkrankung als solche, tritt aber häufig in Verbindung mit ihnen auf. Eine Suizidabsicht bzw. ein Suizid können jedoch auch unabhängig von psychischen Erkrankungen entstehen und Ausdruck z.B. von „Einengung durch [..] körperliche Befindlichkeit bzw. deren Folgen, durch gesellschaftlich-kulturelle bzw. ideologisch-politische oder religiöse Rahmenbedingungen“ (Schulte-Wefers/Wolfersdorf 2006: 10) sein. Ebendiese Zusammenhänge bestätigen, wieso Suizid nicht als Wahlentscheidung romantisiert werden sollte.

An dieser Stelle soll auch auf den im Titel der Arbeit verwandten Begriff „Suizidverhalten“ hingewiesen werden. „Suizidverhalten“ ist kein wissenschaftlich geprägter Begriff und wird in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Suizidalität selten oder als „suizidales Verhalten" verwandt, was jedoch einer anderen Bedeutung unterliegt. Im Folgenden soll der Begriff übergeordnet für jenes Verhalten genutzt werden, welches die Epidemiologie von Suiziden, aber auch psychosoziale Verhaltensweisen in Bezug auf Suizidalität beschreibt. Der Grund dafür ist ein einfacheres Verständnis des Untersuchungsgegenstandes. Genauer gesagt sollen unter diesem Begriff unter anderem Häufigkeit, Alter, Methodik und psychosoziale Ursachen eines „männlichen“ Suizides in Verbindung mit sozialen Einflussfaktoren untersucht werden. Das Suizidverhalten beschreibt demnach jedes Verhalten, welches Männer in Bezug auf einen Suizid oder eine Suizidabsicht aufweisen.

4.2 Globale und regionale epidemiologische Daten zu Suizidalität

„Jedes Jahr sterben mehr als 800.000 Menschen durch Suizid – alle 40 Sekunden ein Mensch“ (WHO 2016: 13). Zu finden sind diese Worte am Beginn des Suizidpräventionsberichtes der *World Health Organization* (WHO), der 2014

(deutsche Version 2016) veröffentlicht wurde. Der Bericht liefert eine umfassende Übersicht des derzeitigen Wissensstandes zu suizidalem Verhalten und globaler Epidemiologie von Suiziden. Der Begriff Epidemiologie beschreibt hier die wissenschaftliche Erforschung von Verbreitung, Ursachen und Auftreten von gesundheitsbezogenen Zuständen, in diesem Kontext bezogen auf psychische Gesundheitszustände (Bonita et al. 2008: 21). Genauer zu betrachten sind für diesen Kontext das Vorkommen von Suiziden nach Häufigkeit (Suizidrate), Geschlecht, Durchführung (Methode), Alter sowie Ursachen bzw. Risikofaktoren. Suizidraten werden im Folgenden immer als Suizide pro 100.000 Einwohner angegeben.

Die globale Häufigkeit von Suiziden wird laut der WHO wie folgt eingeordnet: „2012 gab es weltweit schätzungsweise 804 000 Todesfälle durch Suizid. Das entspricht einer jährlichen globalen altersstandardisierten Suizidrate von 11,4 pro 100 000 Einwohner [..] Da jedoch Suizid ein sensibles Thema ist und sogar in einigen Ländern als illegal gilt, ist es sehr wahrscheinlich, dass die Zahlen unterschätzt werden“ (2016: 8). In Deutschland starben im Jahre 2018 insgesamt 9.396 Menschen durch einen Suizid, was mehr als 25 Menschen pro Tag sind (Statistisches Bundesamt 2020). Wesentlich höher als die Rate der vollendeten Suizide ist die der Suizidversuche. „Es gibt Hinweise darauf, dass auf jeden Erwachsenen, der durch einen Suizid stirbt, mindestens 20 Personen kommen, die einen Suizidversuch begehen“ (WHO 2016: 11).

Die Lebenszeitprävalenz eines Suizidversuches, also die Angabe darüber, wie viele Personen in ihrem Leben schon einmal einen Suizidversuch unternommen haben, wird in Deutschland mit 1,7% beziffert. 9,7% der Bevölkerung berichteten von ernsthaften Suizidgedanken und/oder -plänen. (Nock et al 2008; zit. n. Teismann/Dorrmann 2013: 299)

Eine deutliche Differenz ergibt sich beim Betrachten der Suizidraten nach Geschlecht. So begehen Männer über alle Altersgruppen hinweg signifikant häufiger Suizid als Frauen. Frauen hingegen unternehmen deutlich mehr Suizidversuche (Teismann/Dorrmann 2013: 299). „Das Verhältnis der Suizide bei Männern gegenüber den Suiziden bei Frauen ist etwa 70 zu 30“ (Schulte-Wefers/Wolfersdorf 2006: 12). Im Jahre 2018 wurden in Deutschland rund 76% der Suizide von Männern verübt (Statistisches Bundesamt 2020).

Die Wahl der Suizidmethode ist von vielen Einflüssen abhängig, zum Beispiel Region, umliegende Gesellschaftsgruppe, Alter oder sozioökonomischer Status. In Ländern mit hohen Einkommen ist Suizid durch Erhängen die verbreitetste Methode, gefolgt von Suizid durch Erschießen. In Ländern mit einem erheblichen Anteil ländlich lebender Bevölkerung ist eine Hauptmethode für Suizid die Intoxikation mit Pestiziden. In Regionen, die stark ver-

städtert aufgebaut sind und in denen ein Großteil der Gesellschaft in Hochhauskomplexen lebt, wie z.B. in China oder Singapur, ist Suizid durch einen Sprung aus der Höhe verbreiteter. (WHO 2016: 26)

Die Wahl der Suizidmethode ist demnach auch immer abhängig vom Zugang, den das Individuum zu Mitteln zur Selbsttötung hat. Für Deutschland gilt: „Die am häufigsten gewählte Suizid-Methode war sowohl bei Frauen als auch bei Männern die Selbsttötung durch ‚Erhängen, Strangulieren oder Ersticken': Fast die Hälfte aller Männer, die Suizid beging, starb auf diese Art und Weise (48%)" (Statistisches Bundesamt 2020).

Bezogen auf das Alter jener Personen, die einen Suizid vollzogen, lässt sich sagen, dass junge Menschen zu den am häufigsten Betroffenen zählen: „Suizid ist gegenwärtig global gesehen die zweithäufigste Todesursache bei den 15- bis 29-Jährigen" (WHO 2016: 13). So ist die Suizidrate „am niedrigsten bei Personen unter 15 Jahren und am höchsten bei Personen ab 70 Jahren. Dies betrifft sowohl Männer und Frauen in fast allen Regionen der Welt [..] In einigen Regionen steigen die Suizidraten kontinuierlich mit dem Alter an, wogegen in anderen Regionen eine Spitze in den Suizidraten bei jungen Erwachsenen vorliegt, die in den mittleren Jahren absinkt" (ebd.: 24). In Deutschland nimmt die Suizidrate mit steigendem Alter zu. So waren im Jahre 2018 Männer, die Suizid begingen, durchschnittlich 57,9 Jahre alt, Frauen durchschnittlich 59,1 Jahre alt (Statistisches Bundesamt 2020).

Wie bereits erwähnt, spielen Region und Ort eine wesentliche Rolle in der Epidemiologie von Suiziden. Zum einen muss die jeweilige wirtschaftliche Situation und damit das jeweilige Einkommen der Menschen eines Landes Berücksichtigung erfahren, weiterhin spielen Politik und Gesetze sowie Gesellschaft und Kultur eine große Rolle. „Die höchsten Raten verzeichneten Litauen (31,9 [Suiziden pro 100.000 Einwohner]) und die Russische Föderation (31,0). Zu den Staaten mit den niedrigsten Suizidraten zählten unter anderem Syrien (1,9), Jamaika (2,2) und Aserbaidschan (2,6) [Stand: 2016]" (Statistisches Bundesamt 2020). In Ländern mit höherem Einkommen ist der Anteil der Todesfälle durch Suizid durchschnittlich höher als in Ländern mit niedrigerem Einkommen (WHO 2016: 24).

Die Suizidrate in Deutschland im Jahr 2016 lag bei 13,6 und lag damit knapp unter dem europäischen Durchschnitt, der bei 15,4 lag. In Deutschland ergeben sich zudem Unterschiede je nach Bundesland: Während 2018 Nordrhein-Westfalen mit 7,7 Suiziden pro 100.000 Einwohner die niedrigste Suizidrate aufweist, wurde in Sachsen-Anhalt mit der Quote von 13,7 die höchste Rate verortet. (Statistisches Bundesamt 2020)

Fasst man epidemiologische Daten und Studien zusammen, ergibt sich ein konstantes Überwiegen des männlichen Geschlechtes unabhängig von anderen Einflussfaktoren. Weiterhin lässt sich in Deutschland eine ansteigende Suizidrate mit zunehmendem Alter, bei einem Überwiegen von Männern, verzeichnen sowie eine höhere Suizidversuchsrate jüngerer Menschen mit einem höheren Frauenanteil. (Schulte-Wefers/Wolfersdorf 2006: 12)

4.3 Risiko- und Protektivfaktoren für suizidale Handlungen

Suizidalität und suizidales Verhalten bedingt sich multifaktoriell und ist demnach Einflüssen der Umwelt, Kultur, Gesellschaft und individueller Disposition unterlegen (Schulte-Wefers/Wolfersdorf 2006: 10). Dennoch ergeben sich konkrete Risiko- und auch Protektivfaktoren, welche die Umsetzung eines Suizides oder die Entwicklung von Suizidalität begünstigen können.

Risikofaktoren lassen sich „demografischen, diagnostischen, psychosozialen, biografischen und biologischen Bereichen zuordnen“ (Teismann/Dorrmann 2013: 300). Die *WHO* clustert die Risikofaktoren für Suizidalität in fünf übergeordnete Bereiche: Gesundheitssysteme, Gesellschaft, Kommune, Beziehungen und Individuum (2016: 33). Alle fünf Bereiche lassen sich demnach grob unterteilen in öffentliche, von der Makroebene ausgehende Risikofaktoren und individuelle, persönliche und auf der Mikroebene stattfindende Prozesse.

Risikofaktoren im öffentlichen Gesundheitsbereich sind demnach Hürden beim Zugang zum Gesundheitssystem und Unterstützung in Bezug auf gesundheitliche Belange. Damit wird auch die öffentlich-staatliche Ebene in Bezug auf Suizidprävention zur Verantwortung gezogen: Unzureichende Gesundheitsversorgung oder Hürden in Bezug auf Inanspruchnahme von Unterstützung können ein zusätzliches Risiko für Suizidalität darstellen. Auf der Ebene der Gesellschaft und der Kommunen werden gesellschaftliche Prozesse wie Katastrophen, Krieg, Konflikte, Diskriminierung, Traumata, aber auch Zugang zu Mitteln und Methoden für eine Durchführung eines Suizides als konkrete Risikofaktoren benannt. Gesellschaftliche Einflüsse, die mit gesellschaftlicher Exklusion einhergehen können, wie z.B. Verlust des sozialen, kulturellen, politischen Lebensraumes, Verlust des Arbeitsplatzes oder ein niedriger sozio-ökonomischer Status haben ein erhöhtes Potential, Suizidalität zu begünstigen. (WHO 2016: 33)