

Soziale Unterschiede der Suizidalität im Alter^{*}

Wolfgang Voges

1. Suizid als Indikator für wahrgenommene Lebensqualität

Selbstmord ist der geläufige Begriff für die Beendigung des eigenen Lebens durch eigenes Handeln und seltener durch Mitwirkung Anderer. Die Bezeichnung *Selbstmord* für die Handlung ist eigentlich nicht angemessen, da es sich dabei nicht um einen »Mord« handelt. Von den Kirchen wird die Beendigung eigenen Lebens in der Regel als Sünde betrachtet. Zeitweilig war schon der Versuch strafbar. Vor diesem Hintergrund wurde die aktive Beendigung eigenen Lebens gesellschaftlich wie moralisch geächtet und abwertend mit einem Mord gleichgesetzt. In der Rechtsprechung wird angemessener von Selbsttötung und in den Sozialwissenschaften von Suizid gesprochen. Durch den Begriff *Freitod* entsteht der Eindruck, als handle es sich dabei um einen Akt individueller Freiheit. Tatsächlich ist ein Suizid jedoch Ausdruck einer stark eingeschränkten subjektiven Sichtweise von Lebenschancen unter Ausschluss möglicher Alternativen (»Tunnelblick«) und von daher ein Indikator für individuell wahrgenommene Lebensqualität.

1.1 ungleiche Verteilung des Suizidrisikos

Das Suizidrisiko ist zwischen den Geschlechtern und im Lebensverlauf extrem ungleich verteilt. Jeder zweite Suizid einer Frau und jeder dritte eines Mannes wird von einer beziehungsweise einem über 60-Jährigen begangen. Die Suizidrate, gemessen als Anzahl der Selbsttötungen pro 100.000 Einwohner gleichen Alters, ist mit 20,3 bei den Männern gegenüber 7,0 bei den Frauen nahezu dreimal so hoch. Bei einer Differenzierung nach Altersgruppen wird erkennbar, in welchem Ausmaß sich das Suizidrisiko im Lebensverlauf verändert. Dieser Unterschied im Suizidrisiko besteht in allen Altersgruppen und vergrößert sich im höheren Lebensalter.

^{*} Für vielfältige Unterstützung und wertvolle Hinweise danke ich Rolf Müller sowie den Teilnehmern der Veranstaltung Sektion Alter(n) und Gesellschaft auf dem 33. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Soziologie am 11. Oktober 2006 in Kassel.

Unter 25 bis 59-jährigen Männern und Frauen beträgt er 22,6 : 7,1, bei den 60 bis 74-jährigen ist er bereits auf 27,5 : 10,8 angestiegen und erhöht sich bei den über 75-jährigen Männern und Frauen auf 61,3 : 18,4.

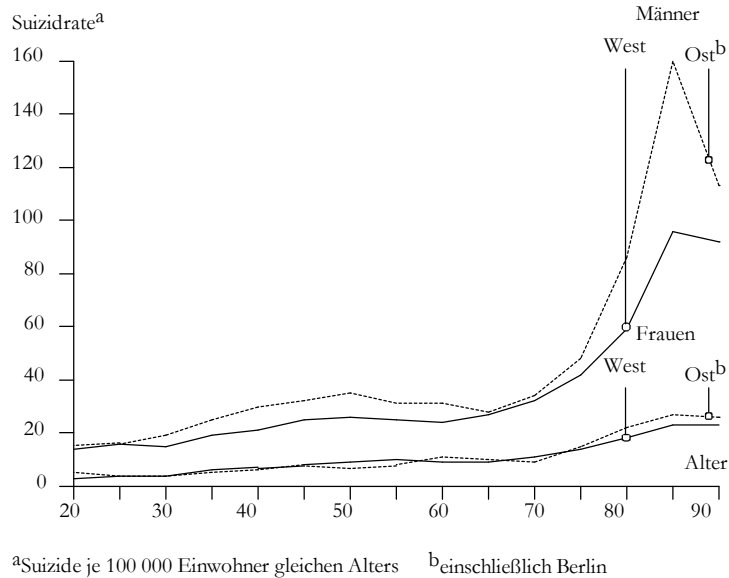
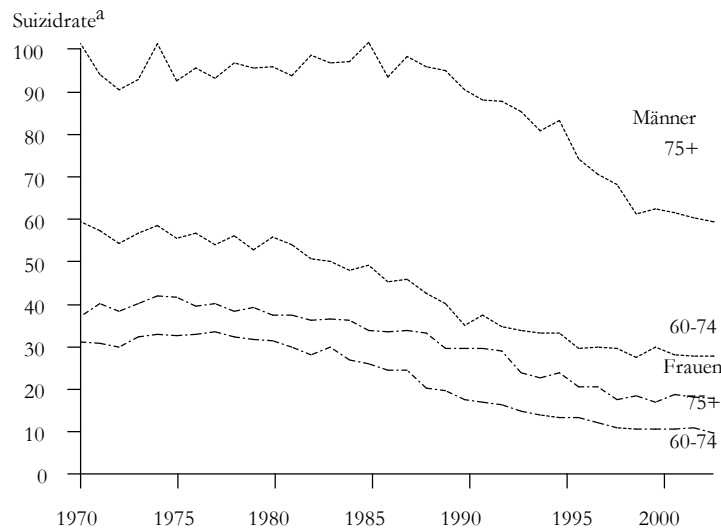


Abbildung 1: Suizidrisiko nach Alter und Geschlecht in Ost- und Westdeutschland

(Quelle: Statistisches Bundesamt, Todesursachenstatistik 2003)

Differenziert man das Suizidgeschehen darüber hinaus nach Ost- und Westdeutschland, dann wird das erheblich größere Suizidrisiko von Männern in den neuen Bundesländern deutlich (Abb. 1). Ab Mitte des 7. Lebensjahrzehnts steigt es überproportional an. In den neuen Bundesländern übersteigt die Suizidrate der über 85-jährigen Männer die der gleichaltrigen Frauen nahezu um das Sechsfache. In den alten Bundesländern ist die Suizidrate der Männer gegenüber den Frauen mehr als viermal so hoch. Diese regionalen Unterschiede basieren auf den außerordentlich hohen Suizidraten in den Bundesländern Sachsen, Thüringen und Sachsen-Anhalt. Es handelt sich nicht um eine Besonderheit seit der deutschen Vereinigung, sondern um Regionen, die nicht nur zu DDR-Zeiten, sondern auch vor 1938 vergleichsweise extreme Suizidraten erreichten.



^aSuizidfälle je 100 000 Einwohner gleichen Alters

Abbildung 2: Suizidrisiko Älterer nach Geschlecht im Zeitverlauf

Quelle: Statistisches Bundesamt, Todesursachenstatistik, verschiedene Jahrgänge.

Betrachtet man das Suizidrisiko im Zeitverlauf (Abb. 2) so zeigt sich, dass die Zahl aller Personen, die durch Selbsttötung aus dem Leben scheiden, seit 1970 um rund zwei Fünftel zurückgegangen ist, während die Zahl der Suizide unter den über 65-Jährigen lediglich weniger als ein Drittel abgenommen hat. Der Anteil Älterer unter den Suizidfällen hat sich zwischen 1970 und 2003 in den neuen Bundesländern von 45 Prozent auf 30 Prozent verringert und in den alten Bundesländern von 24 Prozent auf 29 Prozent erhöht. Differenziert man diese Entwicklung bei den 60 bis 74-jährigen Männern hat es sich ausgehend von einem hohen Niveau halbiert und bei den gleichaltrigen Frauen auf einem deutlich niedrigeren Niveau um zwei Drittel verringert. Dagegen ist die Abnahme des Suizidrisikos bei den über 75-jährigen Männern mit zwei Fünfteln deutlich geringer. Bei den Frauen dieser Altersgruppe hat sich die Suizidrate halbiert. Unabhängig von der deutlichen Abnahme der Suizidraten im Zeitverlauf liegt das Suizidrisiko weiterhin über dem der anderen Altersgruppen. Die Abnahme der Suizidrate steht aber nicht nur unbedingt für ein verringertes Suizidrisiko Älterer, sondern spiegelt auch die veränderte Klassifikation von Todesursachen wider, wie sich aus der Zunahme »unklarer Todesursachen« entnehmen lässt.

1.2. Dilemmata der Erfassung und Art des Suizids

Tabuisierung und versicherungsrechtliche Sachverhalte erschweren die Bestimmung und Erfassung von Suiziden. Gerade bei Älteren und Hochbetagten wird eine hohe Anzahl verdeckter und indirekter Suizide vermutet. Mitunter verweigern etwa Pflegebedürftige die Aufnahme von Nahrung oder lebenserhaltender Medikamente bis zum Ableben. Aus Rücksicht gegenüber den Angehörigen werden diese Suizide oftmals anderen Todesursachen zugeordnet. Von daher wird vermutet, dass Personen, die sich mit »weichen Methoden« des Suizids (Vergiftungen, Medikamentenmissbrauch »Schneiden« das Leben nehmen, seltener als Suizidfall erfasst werden. Durch diese nicht als Suizid klassifizierten Todesfälle wird das Suizidrisiko in dieser Altersgruppe vermutlich unterschätzt. Die Zahl faktischer Suizide wird um mindestens ein Viertel höher angesetzt (Schmidtke 1991). Aber selbst dann sind unter den Älteren Selbsttötungen eine eher seltene Todesursache. Während bei den Suizidversuchen nur eine noch wesentlich größere Dunkelziffer vermutet wird und ist Wissen um die Suizidneigung derart gering, dass Suizidalität gänzlich den Charakter eines »Black-Box-Phänomens« hat.

Die Probleme der Erfassung des Suizids stehen im Zusammenhang mit der Art wie das eigene Leben beendet wird und hier zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Während über 65-jährige Männer »harte Methoden« des Suizids nutzen, bevorzugen gleichaltrige Frauen »weiche Methoden«, die jedoch mit zunehmendem Alter härter werden. Das Vorherrschen harter Methoden bei Älteren ergibt sich unter anderem auch daraus, dass diese Art des Suizids kaum anderen Todesursachen zugeordnet werden kann. Dadurch überwiegt unter Älteren der Suizid durch Erhängen, Ersticken oder Strangulieren. Bei Männern entfallen hierauf mehr als nahezu zwei Fünftel aller Suizide, bei Frauen etwa ein Viertel. Rund ein weiteres Fünftel tötet sich durch Vergiftungen, bei Männern durch Dämpfe und Gase und bei Frauen durch Tabletten und Medikamente. Ein weiteres Fünftel der Suizide geht bei Frauen auf einen Sprung aus großer Höhe oder Ertrinken zurück, während dies bei lediglich bei rund einem Zehntel der Männer der Fall ist. Durch harte Methoden wird ein Suizidversuch eher zum vollendeten Suizid und verringert von vornherein die Überlebenschancen.

Fasst man die Erkenntnisse zu den sozialen Unterschieden beim Suizid auf der Grundlage der Todesursachenstatistik zusammen, zeigt sich, dass das Suizidrisiko mit dem Lebensalter zunimmt und dabei Männer gegenüber Frauen eine größere Zunahme aufweisen. Ein außerordentlich großer Anstieg des Suizidsrisikos findet sich bei ostdeutschen Männern im höheren Lebensalter. Darüber hinaus wird deutlich, dass das Suizidrisiko bei Älteren im Zeitverlauf abnimmt. Differenziertere Aussagen zu den sozialen Unterschieden beim Suizid sind jedoch auf der Basis der Todesursachenstatistik nicht möglich.

2. Suizidversuch und Suizidalität

2.1 Suizidversuche

Suizidversuche übersteigen vollendete Suizide um ein Vielfaches. Sie werden jedoch aus Angst vor Diffamierung verschwiegen und durch sozialstaatliche Stellen nur unvollständig erfasst. Ein Großteil der Fälle wird wegen der geringer physischen Auswirkungen ohne ärztliche Hilfe und Kontakt zu offiziellen Stellen oder aus Angst vor Diffamierung verschwiegen. Des Weiteren bestimmen Unterschiede in der Bestimmung und Beurteilung von Suizidversuchen deren Erfassung. Suizidversuche treten vermehrt unter Jüngeren auf und nehmen mit dem Alter ab (Schmidtke u.a. 2002). Vollendete Suizide überwiegen dagegen bei Älteren. Bei ihnen wird als Folge der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod sowie mit den eingeschränkten Teilhabechancen und Perspektiven für die verbleibende Lebenszeit ein »Bilanzselbstmord« (Pohlmeier 1980) vermutet. Bei Jüngeren unterstellt man dagegen, dass die suizidale Handlung eher einen den Charakter eines »Rufes nach Hilfe« (Farberow/Sheidman 1961) hat. Von daher werden Suizidversuche häufig als Form des Hilferufs oder Appells an andere als Ausdruck von Schwäche, Hilflosigkeit oder Abhängigkeit interpretiert. Demgegenüber gelten Suizide als geplante und rationale Handlungen. Sie werden zumeist mit Entscheidungskraft, Stärke und autonomen Handeln in Verbindung gebracht. Von daher werden Suizidversuche häufig mit weiblichen Eigenschaften und Suizide mit männlichen in Verbindung gebracht. Bei Älteren nimmt ein Suizidversuch auf Grund härterer Methoden, geringerer körperlicher Widerstandskraft sowie ausgeprägterem Sterbewunsch mit zunehmendem Lebensalter eher einen tödlichen Ausgang. Während Frauen mit drei Fünfteln beim Suizidversuch überwiegen, sind beim vollendeten Suizid mit zwei Dritteln häufiger Männer anzutreffen.

2.2 Suizidalität

Nicht alle Personen, die die Absicht äußern, das eigene Leben zu beenden, unternehmen auch gleich einen Suizidversuch. Sie gelten ebenso wie jene, die Handlungen vornehmen, die auf Suizid hinauslaufen (»versehentliche« Überdosis an Medikamenten) als Suizid gefährdet. Suizidalität kennzeichnet eine Lebenslage, in der alle Gedanken und Handlungen auf Selbsttötung ausgerichtet sind. Es handelt sich dabei nicht um eine Krankheit oder psychische Störung, sondern vielmehr um ein Symptom für Problem, dass eine Person extrem belastet. In soziologischer Sicht ist Suizidalität Ausdruck eines Ungleichgewichts zwischen den Bedürfnissen einer Person und den normativen Vorgaben einer kollektiven Ordnung, die die individu-

ellen Möglichkeiten zur Bedürfnisbefriedigung massiv einschränkt (Durkheim 1983). Die Suizidneigung ist dann gering, wenn sich freie Entfaltung und Eingebundensein einer Person im Einklang mit den umgebenden Normen und dem Wertsystem finden.

Entsprechend den Bewältigungsstrategien bei Extremsituationen äußert sich Suizidalität in höchstunterschiedlicher Form und kann bei allen Menschen auftreten. Eine auf die eigene Person gerichtete Aggression ist nur eine Erscheinungsform. Da sich die Erscheinungsformen von auf Selbsttötung bezogener Gedanken und Handlungen derart unterscheiden, ist eine Einschätzung außerordentlich schwierig. Da es sich Suizidalität um ein Symptom und keine Diagnose handelt, sind in den Klassifikationssystemen DSM-IV und ICD-10 auch keine Kodierungsmöglichkeiten für Suizidalität im Bereich psychiatrischen Störungen vorgesehen. Lediglich durch eine Kombination von Diagnosen, die sich auf Selbstbeschädigung beziehen, kann eine sinnvolle Approximation an Suizidalität vorgenommen werden.

Die Verwendung dieser Diagnosen verändert sich jedoch im Zeitverlauf. Die verbindliche Einführung des ICD-10 zur Verschlüsselung ambulanter und stationärer Fälle in Kliniken seit dem 2000 verlängert den Katalog psychischer Störungen von 30 auf 77 und damit mehr Möglichkeiten eröffnet, Selbstbeschädigung als Störungen zu pathologisieren. Von daher ist zu vermuten, dass die Einführung dieses Diagnoseschlüssels zum Anstieg von Diagnosen mit Selbstbeschädigung führt, da es die Sensibilität für Suizidalität bei medizinischen Fachkräften schärft.

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz wird eine DRG-basierte Vergütung eingeführt. Das leistungsorientierte und pauschalierende Entgeltsystem verändert die Kalkulationslogik und Anreizstruktur von Krankenhäusern grundlegend. Die Einstufung der Kosten einer Fallgruppe bestimmen Hauptdiagnose und Relativgewichte, die die Schwere einer Erkrankung berücksichtigen. Nebendiagnosen bilden einen Behandlungsmehraufwand ab und können, je nach Basis-DRG deutliche Erlösauswirkungen haben. Psychische Störungen werden als einzige Krankheitsklasse im DRG-System nicht nach Fallpauschalen abgerechnet und schaffen so einen ökonomischen Anreiz, Fälle mit Anzeichen von Selbstbeschädigung mit einer erschwerenden psychischen Diagnose zu klassifizieren. Die sporadisch erstellten Klassifikationshilfen des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), die seit 2000 bei der Verschlüsselung von Krankheiten nach dem ICD-10 erleichtern sollen, verstärken diesen Trend.

3. Krankenkassendaten als Grundlage von Analysen zur Suizidalität

3.1 GEK-Krankenkassendaten

Grundlage der weiteren Analysen zur Suizidalität bilden die Daten der Gmünder Ersatzkasse (GEK). Mit dieser Datenbasis ist es möglich, das Morbiditäts- und Suizidalitätsgeschehen im zeitlichen Verlauf zu erfassen und in Verbindung mit anderen zeitveränderlichen Einflussgrößen zu untersuchen. Mit einer solchen Messung von Morbidität und Suizidalität eröffnen sich eine Reihe von möglichen Ansatzpunkten für Analysen, die die bisherige Forschung auf diesem Gebiet um einiges zu erweitern vermögen: Zum einen wird es möglich, Aspekte des sozialen Wandels bezüglich der Morbidität und Suizidalität eingehender zu untersuchen. Zum anderen wird es leichter sein, die Art der Beziehung abzuschätzen, die zwischen sozialem Status und Morbidität und Suizidalität von bestimmten Bevölkerungsgruppen existiert.

Im vorliegenden Beitrag sollen die Fragestellungen zum Zusammenhang von sozialen und gesundheitlichen Einflussfaktoren auf Suizidalität anhand GEK-Daten untersucht werden. Die GEK bereitet seit geraumer Zeit pseudonymisierte Daten für die Gesundheitsberichterstattung auf. In den GEK-Daten sind bis Dezember 2006 insgesamt über 3,2 Millionen Personen erfasst, die Mitglieder der GEK waren oder sind oder die mitversichert waren oder sind. Die Analyse der Morbidität und Suizidalität erfolgt auf der Grundlage dieser Daten. Die pseudonymisierte Routinedaten umfassen Informationen über persönliche Merkmale wie Geschlecht, Geburtsjahr, Nationalität, Eintrittsdatum, Austrittsdatum, Austrittsgrund usw. Zudem sind in ihnen auch Informationen über die berufliche Tätigkeit enthalten, die durch den Arbeitgeber an die Krankenkasse gemeldet werden (Beruf, Ausbildung, Status) und es sind Informationen über die Verrentung enthalten. In erster Linie sind aber die Informationen über die medizinischen Leistungen enthalten: AU-Zeiten und stationäre Aufenthalte inklusive Diagnosen sowie Arzneimittelverordnungen.

Da der Einfluss gesundheitlicher Beeinträchtigungen auf Suizidalität bei unter 40-Jährigen außerordentlich gering ist, beschränkt sich die Population auf Personen, die zum Zeitpunkt des erstmaligen Auftretens von Suizidalität älter als Jahre waren. Der Beobachtungszeitraum umfasst die Jahre 2000 bis 2005.

3.2 Variablen zur Analysen von Suizidalität

Suizidalität: Da Suizidalität nur indirekt über Diagnosen ermitteln werden kann, wurde eine Kombination der Diagnosen der F20.4, F32.2-F32.3, F43.1, F60.3,

R45.8, T42.7, X84.9 sowie Z91.8. des ICD-10 verwendet. Grundlage der Analyse ist das erstmalige Auftreten von Suizidalität im Beobachtungszeitraum.

Geschlecht: Die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei Morbidität und Suizidalität sowie Verwitung wurden durch eine Variable Geschlecht berücksichtigt, die den Wert 1 annimmt, wenn es sich um eine Frau handelt und ansonsten bei einem Mann den Wert 0 erhält.

Familienstand: Es wurden die Angaben zum Familienstand verwendet, die etwa zum Zeitpunkt des erstmaligen Auftretens von Suizidalität vorlagen. Da es sich um eine Angabe handelt, die nicht relevant ist für Beiträge oder Leistungen der GKV, ergeben sich notgedrungen gewisse Unschärfen. Insgesamt wird unterschieden zwischen verheiratet (Wert 1) und nicht-verheiratet (ledig, geschieden und verwitwet = Wert 0).

Bildungsniveau: Die Angaben zur schulischen und beruflichen Ausbildung erlauben nur eine geringe Differenzierung. Eine Betrachtung dieser Angaben im Zeitverlauf weist bereits auf erhebliche Inkonsistenzen hin. Darüber hinaus ist bei einem Teil der untersuchten älteren Versicherten die Ausbildung unbekannt. Für Analysen wurde daher eine grobe Differenzierung zwischen Hauptschule mit Berufsabschluss, Realschule mit Berufsabschluss sowie Abitur und höher vorgenommen.

Früheres Beschäftigungsverhältnis: Die Zuordnung der Versicherten zu der Kategorie Arbeiter beziehungsweise Angestellter wurde abgeleitet aus dem Rentenversicherungszweig, an den Pflichtbeiträge entrichtet wurden. Das mag nicht ganz unproblematisch sein, wurde doch verschiedentlich darauf hingewiesen, dass es »Wanderungen« der Versicherten zwischen den Rentenversicherungsträgern gibt. Allerdings erfolgen sie zumeist eher von der Arbeiterrentenversicherung zur Angestelltenrentenversicherung als umgekehrt. Von daher ist der Indikator Rentenversicherungsträger an den Beiträgen entrichtet wurden nur eine Approximation an das frühere Beschäftigungsverhältnis. Es wurde zwischen Arbeitern, Angestellten und Selbstständigen unterschieden.

Multimorbidität: Als Indikator für die Erkrankungsintensität wird das gleichzeitige Vorliegen mehrerer Krankheiten angesehen. Da Erkrankungen häufig nicht eindeutig voneinander zu trennen sind und als Folge- oder Begleiterkrankung einer Grundkrankung auftreten, wurden hier die Einzeldiagnosen zu Krankheitshauptgruppen nach dem ICD-10 zusammengefasst. Das gleichzeitige Auftreten von Leiden unter mehreren Hauptkrankheitsgruppen zwei Jahre von dem erstmaligen Auftreten von Suizidalität wurde als hartes Kriterium für Multimorbidität angesehen. Da Multimorbidität mit zunehmendem Alter vermehrt auftritt, erweist sie sich als eine potenzielle Einflussgröße auf Suizidalität.

Periodeneffekt: Der Einfluss der unterschiedlichen Verwendung der Diagnosen mit Selbstbeschädigung im Beobachtungszeitraum wurde durch die einzelnen Jahre (metrisch) gemessen.

4. Ergebnisse empirischer Analysen zur Suizidalität

4.1 Deskriptive Ergebnisse

Gegenüber dem Suizidrisiko ist das Risiko für erstmaliges Auftreten einer Suizidneigung bei den Frauen unter den 60 bis 74-jährigen achtmal und unter den über 75-jährigen fünfmal so hoch (Tab. 1). Bei den Männern ist der Unterschied zwischen Suizid und Suizidalität nur eineinhalbmal so hoch.

Der Anstieg der Suizidalität mit dem Lebensalter wird zumeist auf die Zunahme von kritischen Lebensereignissen und den damit einhergehenden Stress zurückgeführt. Zu den Ereignissen, die eine suizidale Handlung auslösen können, zählen Verlust des Partners, Auseinandersetzungen in der Familie, Umzug in ein Altenheim. Daher weisen Nicht-Verheiratete eine etwas höhere Suizidneigung auf als Verheiratete.

Die Bewältigung von kritischen Lebensereignissen, die Suizidalität begünstigen, variiert zwischen Personen und ihren Ressourcen. Ältere mit höherer Bildung verfügen vermutlich eher über Voraussetzungen, die das subjektive Wohlbefinden stabilisieren und weniger Suizidgedanken aufkommen lassen. Bei Männern nimmt die Suizidalität eher mit dem Bildungsniveau ab. Ein umgekehrter Effekt zeigt sich bei den Frauen. Frauen mit einem niedrigen Bildungsniveau weisen eher Tendenzen zur Suizidalität auf.

Tätigkeiten im Verwaltungsbereich, die in der Regel von Beschäftigten im Angestelltenverhältnis ausgeübt werden, verlangen andere Problemlösungsstrategien als Tätigkeiten von Arbeitern im Produktionsbereich. Von daher müssten sich deutliche Unterschiede in der Suizidalität zwischen Arbeitern und Angestellten zeigen. Bei den Männern ist die Suizidneigung früherer Arbeiter nur geringfügig höher als die der früheren Angestellten, während bei den Frauen die früheren Angestellten ein deutlich höheres Suizidalität.

Merkmal	Geschlecht ^a			
	Männer		Frauen	
	60-74 Jahre	75+ Jahre	60-74 Jahre	75+ Jahre
Suizid (StBA)	28	59	10	18
Suizidalität (GEK)	46	71	79	102
Familienstand				
<i>Verheiratet</i>	38	45	53	74
<i>nicht-verheiratet</i>	50	87	95	163
Bildungsniveau				
<i>Hauptschule mit Berufsabschluss</i>	45	71	80	102
<i>Realschule mit Berufsabschluss</i>	47	123	56	--
<i>Abitur und höher</i>	79	--	31	--
früheres Beschäftigungsverhältnis				
<i>Arbeiter</i>	49	72	77	87
<i>Angestellte</i>	42	65	89	136
Multimorbidität				
<i>kein Hauptleiden</i>	26	36	42	52
<i>ein Hauptleiden</i>	67	90	117	124
<i>zwei Hauptleiden</i>	119	134	251	174
<i>drei und mehr Hauptleiden</i>	243	170	501	414

Erläuterungen: Suizidalität je 100.000 Personen gleichen Alters

Tabelle 1: Prävalenz von Suizidalität nach Geschlecht und ausgewählten sozialen Merkmalen

(Quelle: Statistisches Bundesamt, Todesursachenstatistik 2003, GEK-Krankenkassendaten 2000–2005)

Bei schweren Krankheiten mit geringer oder fehlender Heilungsaussicht oder chronischen Schmerzen treten, um einen unabwendbaren langen Leidensweg abzukürzen, vermehrt Suizidgedanken auf. Unter den an Versicherten, die von mehreren Hauptleiden betroffen sind, ist die Suizidneigung deutlich größer als bei denen, die in den zwei Jahren vor dem erstmaligen Auftreten von Suizidalität kein Hauptleiden aufweisen. Die Hauptleiden vermindern nicht nur die psychosoziale Belastbarkeit, sondern schränken auch die Möglichkeiten der Kompensation ein. Von daher ist Suizidalität erwartungsgemäß am Größten bei den Älteren mit psychiatrischen Krankheiten.

4.2 Multivariate Ergebnisse

Durch die Betrachtung von Teilgruppen lassen sich schon unterschiedliche Typen mit Suizidneigung identifizieren. Dennoch kann nicht ausgeschlossen werden, dass

ein Teil dieser Unterschiede zwischen den Gruppen durch weitere Faktoren beeinflusst wird. Um eine kausale Beziehung erkennen zu können, die durch einseitige oder gegenseitige Abhängigkeit der erklärenden Variablen verdeckt sein kann, werden multivariate Verfahren benötigt. Ziel der nachfolgenden Analyse ist es, die Wahrscheinlichkeit für das erstmalige Auftreten von Suizidalität bei Vorliegen bestimmter Einflussgrößen zu berechnen.

Um die Vorgehensweise für eine multivariate Analyse mittels eines Logit-Modells zu verdeutlichen, soll von einer Zielvariablen Y ausgegangen werden, die den Zustand beschreibt, ob Personen Merkmale von Suizidalität aufweisen. Dabei soll $Y=1$ dafür stehen, dass Suizidalität erstmalig auftreten ist, während $Y=0$ anzeigt, dass bisher keine Anzeichen für Suizidalität festgestellt wurden und dieser Zustand noch andauert. Das Modell lässt sich formal beschreiben als

$$P(Y) = \exp(b_0 + b_1x_1 + b_2x_2 \dots b_kx_k) / 1 + \exp(b_0 + b_1x_1 + b_2x_2 \dots b_kx_k)$$

Dabei ist b_0 der Koeffizient der Konstanten (Intercept) und b_1 bis b_k sind die Koeffizienten der ersten bis zu k -ten Variablen x_1 bis x_k .

Merkmal	Alle	Männer	Frauen
Frau	0,414***		
Alter 50–59	-0,110***	0,023	-0,244***
Alter 60–69	-0,532***	-0,560***	-0,543***
Alter 70–79	-0,487***	-0,495***	-0,555***
Alter 80+	-0,344***	-0,163	-0,516***
Verheiratet	-0,591***	-0,505***	-0,687***
Realschule mit	-0,535***	-0,688***	-0,385***
Berufsabschluss			
Abitur und mehr	-0,416***	-0,550***	-0,344***
Jahr (seit 2000, metrisch)	0,169***	0,176***	0,162***

Erläuterungen: Referenzgruppen: Mann, Alter 40–49, nicht-verheiratet, Hauptschule mit Berufsabschluss und geringer, selbstständig/ k.A., kein Hauptleiden zwei Jahre vor Auftreten von Suizidalität, *** $p \leq 0,01$, ** $p \leq 0,05$

Tabelle 2: Determinanten der Suizidalität – soziale Merkmale

Die Logit-Schätzung (Tab. 2) verdeutlicht, dass Frauen eher als Männer Anzeichen von Suizidalität aufweisen. Gegenüber den 40 bis 49-Jährigen findet sich bei den höheren Altersgruppen eine geringere Suizidneigung. Der Familienstand verheiratet entfaltet auch bei Kontrolle anderer Faktoren seinen protektiven Einfluss und vermindert das Auftreten von Suizidgedanken. Personen mit einem gehobenen oder höheren Bildungsniveau zeigen gegenüber jenen mit Hauptschule und Berufsab-

schluss geringere Tendenzen zur Suizidalität. Der Einfluss der Einführung der DRGs und der DIMDI-Klassifikationshilfen, metrisch gemessen über Jahre nach 2000, erhöht deutlich den Einsatz von den zur Bestimmung von Suizidalität herangezogenen Diagnosen. Bei einer Differenzierung nach dem Geschlecht, zeigt sich bei den Frauen ein ähnlicher Effekt der Einflussfaktoren. Bei den Männern vermindert ein gehobenes oder höheres Bildungsniveau noch deutlicher die Suizidneigung. Dagegen unterscheidet sich das Suizidalitätsrisiko der 50 bis 59-Jährigen und der über 80-Jährigen nicht von dem der 40 bis 49-Jährigen. Daraus könnte man ableiten, dass es tendenziell im größeren Umfang Suizidalität unter den Hochbetagten gibt.

Merkmal	Alle	Männer	Frauen
Frau	0,432***		
Alter 50–59	-0,259***	-0,152***	-0,365***
Alter 60–69	-0,807***	-0,813***	-0,810***
Alter 70–79	-0,969***	-0,931***	-1,028***
Alter 80+	-1,005***	-0,775***	-1,120***
Verheiratet	-0,432***	-0,464***	-0,573***
Realschule mit Berufsabschluss	-0,516***	-0,596***	-0,452***
Abitur und mehr	-0,343***	-0,334***	-0,367***
früher Arbeiter	-0,656***	-0,466***	-0,698***
früher Angestellter	-0,637***	-0,344***	-0,735***
ein Hauptleiden	1,238***	1,253***	1,212***
zwei Hauptleiden	1,889***	1,900***	1,864***
drei und mehr	2,568***	2,389***	2,694***
Jahr (seit 2000, metrisch)	0,166***	0,174***	0,158***

Erläuterungen: vgl. Tabelle 2

Tabelle 3: Determinanten der Suizidalität – nach Geschlecht

Kontrolliert man das Ausmaß an Multimorbidität zwei Jahre vor dem erstmaligen Auftreten von Suizidalität, steigt die Suizidneigung mit der Anzahl der Hauptleiden (Tab. 3). Berücksichtigt man weiterhin noch das frühere Beschäftigungsverhältnis, weisen frühere Arbeiter und Angestellte gegenüber den (kleinen) Selbstständigen in der GEK eine geringe Tendenz zur Suizidalität auf. Das Beschäftigungsverhältnis sowie die Erkrankungsintensität verringern den Einfluss des Lebensalters auf Suizidalität. Von daher ist es angebracht, die Altersgruppen getrennt zu betrachten.

Merkmal	Altersgruppen		
	40–54	55–69	70+
Frau	0,463***	0,477***	0,453***
Verheiratet	-0,632***	-0,456***	-0,123
Realschule mit Berufsabschluss	-0,532***	-0,260***	0,584
Abitur und mehr	-0,371***	0,107	14,698
früher Arbeiter	-0,760***	-0,354**	0,015
früher Angestellter	-0,726***	-0,276**	0,163
ein Hauptleiden	1,404***	0,916***	0,842***
zwei Hauptleiden	2,152***	1,531***	1,252***
drei und mehr Hauptleiden	2,694***	2,908***	1,842***
Jahr (seit 2000, metrisch)	0,158***	0,173***	0,156***

Erläuterungen: vgl. Tabelle 2.

Tabelle 4: Determinanten der Suizidalität – nach Altersgruppen

Bei allen Altersgruppen erhöht vor allem das Leiden unter mehreren gleichzeitig auftretenden und eindeutig differenten Krankheiten die Suizidneigung (Tab. 4). Verglichen mit den 40 bis 59-Jährigen beziehungsweise den 55 bis 69-Jährigen ist dieser Effekt bei der über 70-Jährigen wesentlich geringer. Dies ist allerdings nicht auf einen größeren Einfluss sozialer Faktoren zurückzuführen. Diese vermindern nur bei den beiden jüngeren Altersgruppen die Tendenzen zur Suizidalität.

5. Fazit

Die Todesursachenstatistik zeigt, dass vor allem hochbetagte Männer ein hohes Suizidrisiko aufweisen. Dies steigt insbesondere, wenn sie vor kurzem noch den Verlust der Partnerin zu bewältigen hatten. Der Einfluss weiterer sozialen Determinanten ist jedoch kaum auszumachen. Von daher eröffnen Analysen auf dieser Datenbasis auch kaum Ansatzpunkte für eine angemessene Suizidprävention. Analysen auf der Grundlage der GEK-Daten bieten einen besseren Ansatzpunkt. Die Ergebnisse zu den sozialen Unterschieden bei Suizidalität zeigen deutlich, dass das Lebensalter bei Kontrolle anderer Determinanten an Bedeutung verliert. Dabei haben Frauen durchwegs eine größere Tendenz zur Suizidalität. Der Familienstand verheiratet hat auch hier eine protektive Funktion. Höhere Schulbildung und frühere nicht-selbstständige Erwerbstätigkeit vermindern Suizidalität. Mehrere gleichzeitig auftretende Hauptleiden erhöhen deutlich die Suizidneigung. Insgesamt ver-

ringert sich der Einfluss sozialer Faktoren, wenn Funktionseinbußen, Krankheitsgeschehen und Krankheitsintensität im Zeitverlauf vor dem suizidalen Ereignis berücksichtigt werden. Die Ergebnisse verweisen darauf, dass Suizidprävention am Leiden unter Krankheiten und an den Folgen von Krankheiten ansetzen.

Literatur

- Durkheim, Emile (1897/1983), *Der Selbstmord*, Frankfurt a.M.
- Farberow, Norman L./Sheidman, Edwin S. (1961), *The Cry for Help*, New York.
- Pohlmeier, Hermann (1983), *Selbstmord und Selbstmordverhütung*, München.
- Schmidtke, Armin (1991), »Reliabilität und Validität von Suizid- und Suizidversuchsdaten als Indikatoren für »psychische Gesundheit. Probleme der zuverlässigen Erfassung«, *Psycho*, Jg. 17, o.J., S. 234–247.
- Schmidtke, Armin u.a. (1998), *Epidemiologie von Suiziden und Suizidversuchen in Deutschland. Suizidprophylaxe*, Sonderheft, S. 37–49.
- Schmidtke, Armin u.a. (2002), »Suizidprävention im Alter: Internationale Perspektiven«, in: Hirsch, Rolf D. u.a. (Hg.), *Suizidalität im Alter*, Stuttgart, S. 59–79.
- Voges, Wolfgang (2007), *Soziologie des höheren Lebensalters. Ein Studienbuch zur Gerontologie*, Augsburg.