

Soziale Bedingungen von Selbsttötungen in Österreich. Eine Übersicht zu Risiko- und Schutzfaktoren

Carlos Watzka

Eingegangen: 26. Juli 2012 / Angenommen: 9. August 2012 / Online publiziert: 29. September 2012
© Springer-Verlag Wien 2012

Social conditions of suicides in Austria. An overview on risk and protective factors

Summary Referring to the ‘biopsychosocial’ model of health first, the article deals with the relevance of social factors in lethal suicidality, giving an overview upon recent research findings specific for the Austrian society. In the beginning, the sociodemographic ‘basic variables’ of gender, age, marital status, partnership and parenthood are treated: Older men must be seen as a high risk population for suicide here, and married persons still have the lowest relative suicide risks. Regarding social status a study for the region of Styria shows an U-shaped-pattern, the highest suicide rates being situated at the lower end of the occupational prestige scale, amongst factory and unskilled workers, but also within the category of farmers, which is rather heterogeneous in terms of the economic status of its members. Moreover, people without occupation show much higher suicide rates—compared to those, who were economically active, the risk of committing suicide was more than five times higher in the years 2000–2004. After these topics, the suicide-protective consequences of the extension of the supply systems regarding medicine, psychiatry, psy-

chotherapy and psychosocial support, taking place since the late twentieth century, are discussed. Likewise long-term changes in town-village-differences of suicide rates in the context of ‘postmodernisation’ and the theme of multiple psychosocial problem situations as triggers for suicide are addressed.

Keywords: Suicide, Sociology, Austria, Stratification, Social problems, Supply system

Zusammenfassung Der Beitrag behandelt, ausgehend vom Anspruch des ‘biopsychosozialen’ Gesundheitsmodells, die Relevanz sozialer Faktoren für letale Suizidalität in Form einer Übersicht über aktuelle, spezifisch auf die österreichische Gesellschaft bezogene Forschungsergebnisse. Zunächst werden die soziodemographischen ‘Basisvariablen’ Geschlecht, Alter, Familienstand sowie Partnerschaft und Elternschaft behandelt: Ältere Männer sind hierzulande eine Hochrisikopopulation für Selbsttötungen, und Verheiratete haben immer noch die geringsten relativen Suizidrisiken. Hinsichtlich des sozialen Status zeigt eine Untersuchung für die Steiermark einen U-förmigen-Zusammenhang mit den höchsten Suizidraten am unteren Ende der beruflichen Prestigerangordnung, bei Fabrik- und Hilfsarbeitern, aber auch in der – hinsichtlich ihrer ökonomischen Lage durchaus heterogenen – Kategorie der Land- und Forstwirte. Analog dazu weist auch die Gruppe der Beschäftigungslosen eklatant erhöhte Suizidraten auf – ihr Suizidrisiko war gegenüber dem der aktiv Erwerbstätigen in den Jahren 2000 bis 2004 um mehr als das Fünffache erhöht. Behandelt werden im Weiteren auch die mittlerweile deutlich absehbare, suizidprotektive Wirkung des Ausbaus des medizinisch-psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgungssystems seit dem späten 20. Jh., langfristige Veränderungen in der Bedeutung von Stadt-Land-Differenzen für die Häufigkeit sui-

Der vorliegende Artikel stellt eine gekürzte, überarbeitete und aktualisierte Fassung eines Beitrags des Verfassers zur (unpublizierten) Erstfassung des SUPRA (Suizidpräventionsplan Austria) dar [1], in dessen Endversion nur ein stark gekürzter Teil erscheinen wird. Andere Teile dieses ursprünglichen Textes wurden, gleichfalls überarbeitet, bereits publiziert in: [2].

Prof. Dr. C. Watzka (✉)
Lehrstuhl für Soziologie und Empirische Sozialforschung,
Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt,
Ostenstraße 24, 85072 Eichstätt, Deutschland
E-Mail: carlos.watzka@ku.de; carlos.watzka@uni-graz.at

zidalen Verhaltens im Zusammenhang mit der ‚Postmodernisierung‘ sowie das Thema multipler psychosozialer Problemlagen als suizidfördernder Konstellationen.

Schlüsselwörter: Suizid, Soziologie, Österreich, Schichtung, Soziale Probleme, Versorgungssystem

Einleitung

Das biopsychosoziale Modell von Gesundheit und Krankheit erfreut sich auf theoretischer Ebene zunehmender Anerkennung [3]; eine konsequente Umsetzung in der Praxis ist bislang aber weder im medizinischen noch im „psychosozialen“ Feld erreicht, dies betrifft auch den Bereich der Suizidforschung. Dies ist teilweise auch auf ungerechtfertigte Absolutheitsansprüche mancher soziologischer Ansätze der 1960er und 70er Jahre zurückzuführen [4, 5]. Eine realitätsadäquate Einbeziehung der Wechselbeziehungen zwischen ökologischen, sozialen, psychischen und somatischen Zuständen wäre aber zweifellos von hoher Bedeutung für den Erkenntnisfortschritt. Rezente Handbücher zur Suizidforschung suchen dieser ‚Pluridimensionalität‘ bereits Rechnung zu tragen, wenn auch die unterschiedlichen disziplinären Ansätze meist noch eher unverbunden nebeneinander stehen [7, 8]. Im Zusammenhang damit wäre v. a. eine stärkere Miteinbeziehung der Frage nach sozialen Ressourcen – des kulturellen, des (im engeren Sinn) sozialen und des ökonomischen Kapitals [6] – in der Suizidforschung, aber auch in der suizidpräventiven Praxis, von großem Wert.

Im Folgenden werden zentrale soziale und demographische Faktoren in ihrer Bedeutung für das individuelle Suizidrisiko übersichtsartig erörtert, wobei primär Ergebnisse rezenter Studien referiert werden, die sich spezifisch mit den österreichischen Gegebenheiten auseinandersetzen. Dies auch, da gerade im sozialwissenschaftlichen Bereich Forschungsergebnisse, die in spezifischen gesellschaftlich-kulturellen Kontexten gewonnen wurden, nur bedingt auf andere Kontexte übertragbar sind.

Geschlecht und Alter, Familienstand, Partnerschaft und Elternschaft in ihrem Verhältnis zum Suizid

Nicht ohne Grund stehen die beiden Parameter Geschlecht und Alter meist im Zentrum epidemiologischer Studien, zeigen sich hier doch markante Differenzen zwischen im Allgemeinen eindeutig abgrenzbaren Personenkategorien, freilich sind diese nicht nur, wie dies immer noch öfter geschieht, als ‚biologische‘, sondern ebenso als ‚soziale‘ Kategorien aufzufassen. Konkret impliziert diese Perspektive etwa, dass nicht umstandslos von bestimmten, für eine gewisse Altersklasse ‚typischen‘

Suizidrisiken, unabhängig vom jeweiligen gesellschaftlichen Kontext, ausgegangen werden sollte, wie dies etwa die in der Epidemiologie gebräuchliche Methode der ‚Altersstandardisierung‘ implizit voraussetzt [9], welche aus diesem Grund hier keine Anwendung findet.

Für den Bereich der letalen Suizidalität in Österreich erweisen sich folgende Faktoren als grundlegende Ergebnisse aktueller Forschungen [9–15]: Seit langem liegt die Suizidhäufigkeit von Männern weitaus höher als jene von Frauen. Für das Jahrzehnt 2001–2010 stehen bei insgesamt 13.678 in der Todesursachenstatistik der Statistik Austria verzeichneten Selbsttötungen in Österreich 10.314 Suizide von Männern 3.364 Suizidfällen bei Frauen gegenüber, was einen Genderratio von 3,1 ergibt (Daten: Statistik Austria).

Hinsichtlich des Lebensalters weisen in der österreichischen Gegenwartsgesellschaft generell Menschen im Seniorenalter, insbesondere aber Männer im Alter über 70, drastisch erhöhte Suizidrisiken auf [9, 14, 16]. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang aber, dass die Mehrzahl der Todesfälle durch Suizid dennoch im mittleren Erwachsenenalter geschieht, und hinsichtlich des prozentualen Anteils der Selbsttötungen an der Gesamtheit der altersspezifischen Todesfälle, dem sogenannten ‚Suizidratio‘, sogar Jugendliche und junge Erwachsene am stärksten betroffen sind. Diese auf den ersten Blick paradox anmutenden Verhältnisse haben ihre Ursache in sehr unterschiedlich großen absoluten Umfängen der Alterskohorten einerseits, und der deutlich zunehmenden Bedeutung somatischer Todesursachen, insbesondere degenerativer Erkrankungen im höheren Alter andererseits [17] (Abb. 1).

Neben Alter und Geschlecht erfasst die amtliche Todesursachenstatistik – in Österreich wie andernorts – auch die Variable ‚Familienstand‘, dementsprechend gut die diesbezüglich auch die epidemiologische Forschungslage: Verheiratete haben – wie dies schon Durkheim in seiner Studie im späten 19. Jh. feststellte [28] –, wenn die unterschiedliche Alterszusammensetzung der verschiedenen Kategorien berücksichtigt wird, vergleichsweise das geringste Suizidrisiko, gefolgt von Ledigen, Verwitweten und Geschiedenen, wobei die Rangordnung je nach betrachteter Alterskohorte schwankt; das mit Werten von über 2,0 höchste relative Risiko gegenüber Verheirateten haben jedoch geschiedene Personen jüngeren und mittleren Alters. Weniger gut ist die Datenlage hierzulande für den Faktor des ‚Partnerschaftsstatus‘ als solchen, da diesbezüglich keine verlässlichen Vergleichsdaten für die Gesamtbevölkerung vorliegen [9]. Dass bestehende Partnerschaften tendenziell suizidprotektiv wirken, Partnertrennungen dagegen häufig wesentlich an suizidalen Dynamiken beteiligt sind, ist aber unzweifelhaft. Auch gilt, dass das Elternschaft, v. a. das Vorhandensein von betreuungsbedürftigen Kindern, das Suizidrisiko mindert [21, 22, 28].

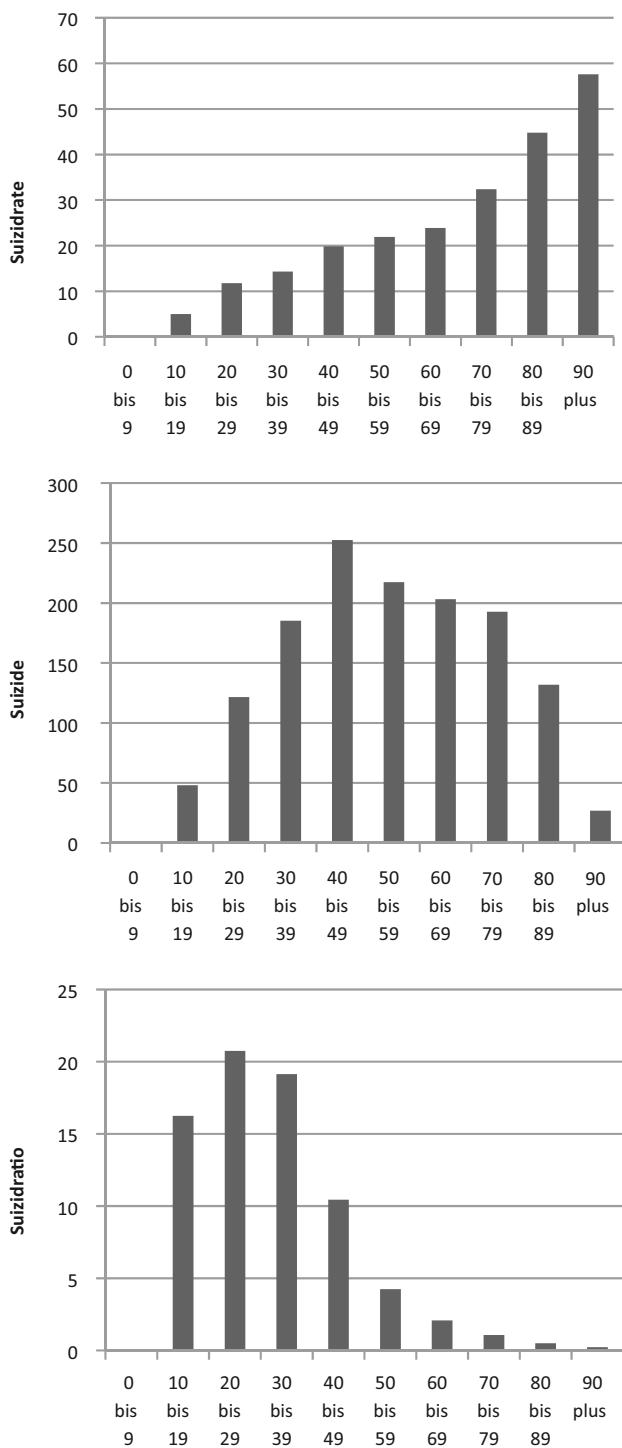


Abb. 1 Rohe Suizidrate, absolute Suizidzahl und Suizidratio nach Altersklassen in Österreich – Durchschnitt der Jahre 2001–2009. (Daten: Statistik Austria; Darstellung des Verfassers)

Der Zusammenhang von sozialem Status und Suizid

Das individuelle Risiko einer Person, an Suizid zu versterben, hängt natürlich noch von zahlreichen anderen Faktoren ab; dass hierzu allen voran psychische

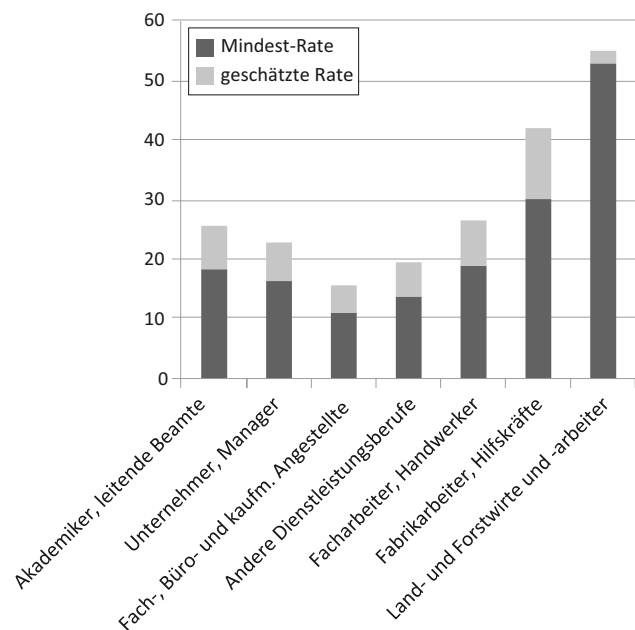


Abb. 2 Schichtspezifische Suizidraten – Männer. (Steiermark 2000–2004)

und somatische Krankheiten bzw. Beeinträchtigungen, einschließlich Abhängigkeits-Erkrankungen, zählen, ist natürlich seit langem bekannt [18] – wenn auch im Gesundheitssystem bei der Behandlung von körperlich schwer kranken Menschen oftmals immer noch unzureichend berücksichtigt. Nicht beachtet wird aber häufig auch, dass die Auftretenswahrscheinlichkeit vieler psychischer und somatischer Erkrankungen ihrerseits sehr deutlich mit sozialen Parametern assoziiert ist. Starke soziale Differenzen hinsichtlich Inzidenz, aber auch Krankheitsverläufen zeigen sich nicht zuletzt hinsichtlich des sozialen Status und der zu dessen Bestimmung herangezogenen Variablen Beruf, Bildung und Einkommen [19, 20]. In der Suizidforschung im Speziellen sind aber – auch international gesehen – epidemiologische Studien bis heute ziemlich selten, welche auch nur diese soziologischen Basisdaten erheben und berücksichtigen würden [7–9, 19, 20].

Für die österreichischen Verhältnisse konnte, was epidemiologische Studien betrifft, 2008 in einer Untersuchung des Verfassers [9] der soziale Status von Suizidenten erhoben und analysiert werden (Vollerhebung zu den Suizidfällen in der Steiermark anhand von Akten der Sicherheitsbehörden, 2000–2004, $N=1240$, und Daten der Sozialversicherungsanstalten, 2002–2004, $N=755$), mit dem zentralen Ergebnis eines U- bzw. J-förmigen Zusammenhangs. Dieser tritt wegen der unterschiedlichen Geschlechterzusammensetzung der verschiedenen Berufsgruppen bei geschlechterdifferenter Betrachtung besonders deutlich zutage (Abb. 2)¹:

¹ Darstellung des Verfassers. Für Frauen ergibt sich ein ähnliches, aber wegen der geringeren Fallzahlen lückenhafteres,

Personen mit hoher Bildung und/oder in besonders anspruchsvollen und gut bezahlten Berufspositionen – Unternehmer, Manager, Wissenschaftler, Ärzte u. ä. – haben demgemäß ein deutlich höheres Risiko, durch Selbsttötung zu versterben, als Personen mit mittleren Bildungsabschlüssen und Berufsqualifikationen, insbesondere im Dienstleistungsbereich; die Suizidrisiken von Personen mit geringem Bildungsniveau bzw. in wenig qualifizierten und meist schlecht bezahlten Berufen sind aber höher als die aller anderen Gruppen. Eine Sonderstellung mit exzessiv hoher Suizidalität nehmen schließlich die in Land- und Forstwirtschaft Berufstätigen ein, ungeachtet ihrer im Hinblick auf die Vermögenssituation teilweise guten Situierung.

Diese Relationen auf Individualebene haben eine Korrespondenz auch auf Aggregatebene, wenn Bezirke innerhalb Österreichs verglichen werden: In einem multivariaten, linearen Regressionsmodell korrespondieren u. a. hohes durchschnittliches Bildungsniveau in einer Region, hohes durchschnittliches Einkommen und Vorwiegen des Dienstleistungssektors mit niedrigen Suizidraten [9].

Beschäftigte in Land- und Forstwirtschaft als Hochrisikogruppe für Suizide in Österreich

Spezifische und systematische Studien zu den Ursachen des erwähnten, besonders hohen Suizidrisikos der bäuerlichen Bevölkerung in Österreich stehen noch aus; es können aber immerhin auf Basis des allgemeinen Forschungsstandes [23–26] an dieser Stelle einige plausible Hypothesen formuliert werden: Die psychische Gesundheit vieler, v. a. männlicher Land- und Forstwirte dürfte negativ beeinträchtigt werden 1. durch im Vergleich zur Situation vieler anderen Berufsgruppen schlechte Arbeitsbedingungen (ungünstige Arbeitszeiten, hohe körperliche Belastungen, hohe Verletzungsrisiken), verbunden mit einer in der Wohnsituation fußenden, mangelnden Abgrenzbarkeit von ‚Arbeit‘ und ‚Freizeit‘, 2. durch berufliche Doppelbelastungen vieler Bauern aufgrund der finanziellen Angewiesenheit auf zusätzliche Einkommen aus unselbstständiger Lohnarbeit, 3. durch eine vergleichsweise geringe Durchdringung mit tendenziell suizid-protektiven, ‚postmodernen‘ Werthaltungen, wie etwa einer Relativierung des ‚traditionell-modernen‘ Leistungsethos, 4. durch gesellschaftliche Marginalisierung bäuerlicher Lebensformen bis hin zur Stigmatisierung von praktischer landwirtschaftlicher

hier nicht wiedergegebenes Bild. Datenbasis für die Darstellung sind alle hinsichtlich der Berufstätigkeit zuordenbaren, noch erwerbstätig gewesenen, männlichen Suizidenten in der Steiermark 2000–2004 ($N=324$); es handelt sich um eine Vollerhebung; jedoch waren für 12 % aller überhaupt bekannten Suizide die Daten zur Berufstätigkeit nicht erhebbar. Daraus resultiert auch die in der Graphik ausgewiesene Differenz zwischen eindeutig feststellbarer Mindest-Suizidrate und proportional geschätzter, schichtspezifischer Suizidrate.

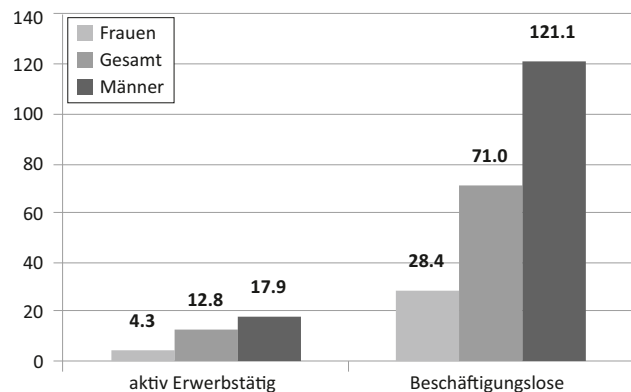


Abb. 3 Suizidraten für Erwerbsfähige im Alter von 15 bis 65 nach Erwerbsstatus, Steiermark 2000–2004. (Darstellung des Verfassers)

Arbeit (hier spielt der prominente Hygienediskurs zweifellos eine bedeutende Rolle), und, hieraus resultierend, 5. durch einen erheblichen Mangel insbesondere an jüngeren Frauen, die bereit wären, durch Heirat (Stichwort: „Bauer sucht Frau“) oder auch Erbantritt als Bäuerinnen tätig zu werden.

Betont sei hierzu abschließend, dass nicht nur selbstständige Land- und Forstwirte, sondern auch andere im primären Sektor tätige Berufsgruppen, wie land- und forstwirtschaftliche Hilfsarbeiter, überproportional häufig von Suiziden betroffen sind [9].

Soziale Desintegration und Beschäftigungslosigkeit als Hochrisikofaktoren für Suizid

Noch mehr als die Art der Erwerbstätigkeit hat aber deren Vorhandensein respektive Nichtvorhandensein eine zentrale Bedeutung für das individuelle Suizidrisiko. Es handelt es sich um einen durch zahlreiche Studien abgesicherten Befund der sozialwissenschaftlichen Forschung, dass Arbeits- bzw. Beschäftigungslose im erwerbsfähigen Alter in europäischen Gesellschaften² ein deutlich erhöhtes Suizidrisiko aufweisen [20, 27]. Für die Steiermark ermittelte der Verfasser eine Suizidrate von Beschäftigungslosen im erwerbsfähigen Alter von 71 gegenüber einem Durchschnittswert bei den aktiv Erwerbstätigen von 13; das relative Suizidrisiko der Beschäftigungslosen lag demnach bei mehr als dem Fünffachen (!) [9].

Eine weiterführende, geschlechterspezifische Betrachtung zeigt zudem, dass die Relation zwischen den Suizidraten von aktiv Erwerbstätigen einerseits und Beschäftigungslosen andererseits bei Männern noch ausgeprägter ist, als bei Frauen (6,8 vs. 6,6), v. a. aber ist

² Es wurde aber mit Recht darauf hingewiesen [19], dass das Fehlen einer offiziellen Erwerbsarbeit für große Bevölkerungsteile in sogenannten „Entwicklungsländern“ keineswegs mit deutlich erhöhten Suizidraten assoziiert ist. „Arbeitslosigkeit“ hat hier völlig andere soziokulturelle Auswirkungen.

die Betragsdifferenz der Suizidraten zwischen beschäftigungslosen und aktiv erwerbstätigen Männern mit 103 weitaus höher, als jene von 24 zwischen beschäftigungslosen und aktiv erwerbstätigen Frauen (Abb. 3).

Mangelnde Einbettung in soziale Gruppen, insbesondere Primärgruppen, ist – hierin kann Durkheims Entwurf des Typus des 'egoistischen Suizids' aus dem Jahr 1897 durchaus heute noch gefolgt werden [28] – generell als bedeutsame Risikokonstellation anzusehen. Das deutlich erhöhte Suizidrisiko nach dem Verlust von (Ehe-)Partnern, sei es durch Trennung oder Tod, in modernen Gesellschaften ist, neben den allgemein-anthropologischen Risikopotenzial solcher Erfahrungen, zweifelsohne auch auf die für unseren Gesellschaftstypus charakteristische Beschränkung enger emotionaler Bindungen auf die 'Kleinfamilie' zurückzuführen [6, 29].

Suizidprotektive Wirkungen des Ausbaus des medizinisch-psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgungssystems

Mittlerweile sind suizidpräventive Folgen des Ausbaus des psychotherapeutisch-psychosozialen Versorgungssystems sehr deutlich erkennbar: So weisen Regionen mit hohem Ausbaugrad innerhalb Österreichs niedrigere Suizidraten auf, als unterversorgte Bezirke [9, 30, 31]; zudem sind auch im longitudinalen Vergleich in Österreich Dichte der psychotherapeutischen Versorgung und Suizidrate negativ assoziiert [32]. Jedoch ist in diesem Zusammenhang bemerkenswert, dass ein erheblicher Teil der durch Suizid Verstorbenen auch gegenwärtig aus Personen besteht, die nie psychotherapeutische oder psychiatrische Hilfe zur Bewältigung ihrer Probleme gesucht hatten: So musste für die Steiermark festgestellt werden, dass lediglich 13 % der Suizidenten der Jahre 2002–2004 in ihrem letzten Lebensjahr in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen waren; und nur für etwa die Hälfte aller Suizidopfer eruierten die Sicherheitsbehörden retrospektiv im unmittelbaren sozialen Umfeld überhaupt eine Bekanntheit einer psychischen Störung. [9] Dennoch sind in den letzten Jahrzehnten die Suizidzahlen in Österreich aber, wie in den meisten west- und mitteleuropäischen Staaten, rückläufig [10, 32], und dies dürfte nicht zuletzt dem intensiven Ausbau gerade der niederschweligen Angebote im psychosozialen und medizinischen Bereich zu verdanken sein.

Nicht nur sind extramurale Einrichtungen wie psychosoziale Zentren und Kriseninterventionszentren erst im Gefolge der Psychiatriereform der 1970er und 80er Jahre entstanden, auch im niedergelassenen Bereich hat durch die Etablierung von mittlerweile etwa 7.000 psychotherapeutischen Praxen im österreichischen Bundesgebiet (laut Psychotherapeutenregister des Bundesministeriums für Gesundheit) eine wahre Revolution stattgefunden [33]. Zudem kommen bekanntlich v. a. seit den 90er Jahren neuere, nebenwirkungsärmere Psychopharmaka in riesigem Umfang zur Anwendung: Die

Gesamtzahl verordneter Packungen lag in Österreich im Jahr 2007 bereits bei ca. 9.400.000, wovon ziemlich genau die Hälfte auf Antidepressiva entfiel, der Rest auf Antipsychotika (19 %), Hypnotika/Sedativa (13 %), Anxiolytika (11 %) und sonstige psychotrope Arzneimittel (7 %) [34]. Berechnungen eines Autorenteam der Wiener Werkstätte für Suizidforschung zufolge entsprach schon im Jahr 2003 die damals noch deutlich geringere Menge allein der verschriebenen Antidepressiva einer ständigen diesbezüglichen Medikation von 4 % der Bevölkerung [32].

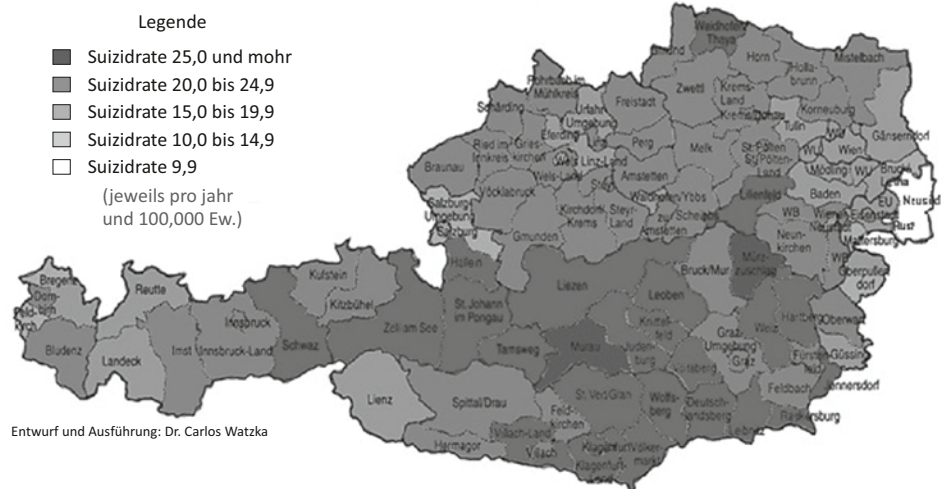
Urbanitätsgrad und Lebensstil als Einflussfaktoren auf Suizidhäufigkeiten

Diese Ausdehnung psychotherapeutischer, psychosozialer und psychiatrischer Behandlungsangebote bei psychischen Krankheiten und Krisen rund um die Jahrtausendwende hat zweifellos auch zu einer gewissen Enttabuisierung psychischen Leidens und psychischer Störungen in der österreichischen Bevölkerung und damit auch zu verstärkter Inanspruchnahme der bestehenden Angebote beigetragen, durchaus auch im Sinne einander wechselseitig verstärkender Prozesse von Angebot und Nachfrage. Der besonders tabuisierte Bereich der Suizidalität hinkt hinsichtlich der Entstigmatisierungsprozesse freilich sichtlich hinterher. Insbesondere sind hierzu erhebliche Disparitäten zwischen unterschiedlichen sozialen Milieus feststellbar:

Während es bei Angehörigen der jüngeren Alterskohorten, zumal der urbanen Mittel- und Oberschichten in Österreich, gegenwärtig nicht mehr verpönt ist, über psychische Belastungen, Krisen und Erkrankungen, allenfalls auch die Inanspruchnahme professioneller Hilfe, zu sprechen, stellt ein derartiges Verhalten in der Generation der heute über 50-Jährigen tendenziell noch eine Ausnahme dar. Auch dürften in ländlichen Räumen und bildungsfernen sozialen Gruppen auch in jüngeren noch häufiger Abwehr-, Verdrängungs- und Stigmatisierungshaltungen vorherrschen, als in urbanen Räumen und bei den Bildungseliten. Diese hier zunächst nur postulierten, noch einer Überprüfung durch standardisierte Befragung zu unterziehenden Einstellungsunterschiede könnten jedenfalls einen Teil der Erklärung für bereits bekannte Differenzen in den Entwicklungen der Suizidraten in ländlichen und urbanen Räumen liefern:

Waren in der Zeit zwischen ca. 1850 und 1950 die Städte die Zentren nicht nur des ökonomischen und kulturellen „Fortschritts“, sondern auch des Massenelends und der sozialen Desintegration, und damit Brennpunkte der Suizidalität [20, 28, 35, 36], während in den ländlichen Kommunen – bei allen sonst damit verbundenen Problemen – noch die protektiven Faktoren der traditionellen, engen sozialen Bande wirksam waren [37], und die Suizidraten im Allgemeinen vergleichsweise niedrig, hat sich das Verhältnis im Laufe des 20. Jahrhunderts nahezu umgekehrt: Die Großstadt Wien, lange an erster Stelle der Suizidhöhen im Bundesländer-

Abb. 4 Regionale Suizidraten in Österreich – Durchschnitte 2001–2009 nach Bezirken. (Daten: Todesursachenstatistik der Statistik Austria)



vergleich, nimmt mittlerweile einen der untersten Ränge ein, und periphere, ländliche Bezirke zeigen stärker steigende Suizidraten als urbane [38]. Eine mittlerweile auch dort fortgeschrittene ‚Modernisierung‘ von Lebensauffassungen und Sozialverhalten scheint nun auch dort vermehrte Suizidalität zu begünstigen, während zugleich die Antidote der ‚Postmoderne‘ – im therapeutischen Bereich ebenso wie im Bereich der Lebensstile insgesamt – offensichtlich vielfach noch nicht ‚angekommen‘ sind [26, 39, 40] (Abb. 4).

Wenig beachtete Ursachen für Suizid – multiple psychosoziale Problemlagen

Am Ende dieser Übersicht, die auf zentrale Parameter sozialer und demographischer Differenz fokussierte, sei noch darauf hingewiesen, dass „psychosoziale Autopsien“, aber auch sekundäre Auswertungen prozessgenerierter Daten, etwa von Sicherheitsbehörden und Sozialversicherungsinstitutionen noch viel detaillierte Einsichten in Hochrisiko-Konstellationen für Suizidalität geben können, insbesondere, wenn die einzelnen Merkmale nicht isoliert, sondern in Kombination miteinander betrachtet werden.

So zeigte eine Clusteranalyse im Rahmen der steirischen Studie für die Jahre 2000–2004 für die Altersgruppen der Senioren bekannte Depressionen und körperlichen Erkrankungen, Verlust des Partners und soziale Isolation als häufige Bedingungen, unter welchen Suizid verübt wurde [9]. Bei Personen mittleren Alters sticht dagegen – neben der Hochrisikopopulation der Menschen beiderlei Geschlechts mit bekannten, schwerwiegenden und chronischen psychischen Störungen – schon in ihrer quantitativen Bedeutsamkeit insbesondere eine Gruppe hervor, die sich so charakterisieren lässt: meist männliches Geschlecht, keine im sozialen Umfeld bekannte Depression, keine fachärztliche Behandlung, aber multiple psychosoziale Problemlagen – sehr häufig problematische Partnerschaft,

häufig Alkoholabhängigkeit (bekannt für jeden 5. in diese Gruppe einbezogenen Fall), teils auch somatische Erkrankungen, vielfach ökonomische Probleme und Schwierigkeiten im Beruf bzw. Arbeitslosigkeit, weiters oft sozial problematische Aggressivität. Diesem Cluster war in der erwähnten Untersuchung einer von sechs Suizidfällen zuzurechnen! [9].

Generell wirken massive und zugleich unfreiwillige Veränderungen der persönlichen Lebenssituation stark krisenauslösend und suizidogen; für in der Gesamtbevölkerung häufige Problemlagen wie Tod von Angehörigen, Partnertrennung, Arbeitsplatzverlust u. ä. ist dies für Suizidforschung und -prävention wohl etabliertes Wissen [21, 22]; in Forschung wie suizidpräventiver Praxis weniger beachtet wurden bislang aber – vergleichsweise – seltener vorkommende und primär sozioökonomisch unterprivilegierte Menschen betreffende ‚Schicksalsschläge‘, wie Delogierungen, Wegweisungen, Gefängnisstrafen oder Führerscheinaufhebungen, obwohl die genannten Faktoren doch in jeweils mindestens 1–2 % aller Suizide als akute Handlungsbedingungen eine Rolle spielten [9]. Grundsätzlich bekannt, aber bislang vielfach unterschätzt [36] erscheint weiters die Rolle finanzieller Notlagen, also von Überschuldung bzw. dauerhaft deutlich zu geringen finanziellen Ressourcen, welche den Betroffenen eine als lebenswert empfundene Lebensführung nicht ermöglichen. Für die Steiermark der Jahre 2000–2004 gaben die ermittelnden Polizeibeamten solche ‚finanziellen Probleme‘ in mehr als 10 % aller Suizidfälle als einen suizidauslösenden Faktor an; eine nicht unbeträchtliche Dunkelziffer wäre wohl noch hinzuzurechnen.

Ähnlich wenig beachtet war lange die erhebliche Rolle, welche die sexuelle Orientierung als Risikofaktor spielt. Erhöhte Suizidalität bei nicht bzw. nicht ausschließlich heterosexuell ausgerichteten Menschen, wie sie mittlerweile von Salzburger Suizidologen klar festgestellt werden konnten, ist nicht zuletzt auf soziale Diskriminierungs- und Stigmatisierungserfahrungen zurückzuführen [41–43].

Abschließend sei an dieser Stelle auch noch an den Faktor der Religiosität erinnert, der gleichfalls eine stark soziale Komponente aufweist, da er unter anderem über soziale Bindungen als positive Ressource wirksam wird. Hatte schon Durkheim diesen grundlegenden Zusammenhang postuliert, zeigen neuere klinische Forschungen auch für die österreichische Gegenwartsgesellschaft, dass hier tatsächlich weniger abstrakte Glaubensinhalte oder formale Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft, als reale soziale Integration in einer religiösen Gemeinde sowie spirituell vermittelte mentale Ressourcen von positiver Relevanz sind [44, 45]. Fehlen bei einer Person nicht nur religiös geprägte Bindungen, sondern auch funktionale Äquivalente in Form anderwärtig fundierter, enger und emotional positiv besetzter sozialer Beziehungen, lebt diese also in (relativer) sozialer Isolation, stellt dies umgekehrt einen Risikofaktor auch für Suizidalität dar.

Schlussbemerkung

Es ist zu hoffen, dass die hier nur summarisch und notgedrungen selektiv dargestellten sozialepidemiologischen Erkenntnisse künftig vermehrt in die suizidpräventive Praxis Eingang finden. Trotz gerade in den letzten beiden Jahrzehnten intensivierten Forschungen zur Suizidalität auch in Österreich und langsam, aber doch sinkenden Suizidraten, bleibt der Suizidforschung selbst noch vieles zu tun, gerade in ihren sozialwissenschaftlichen Bezügen. ■

Interessenkonflikt

Es besteht kein Interessenkonflikt.

Literatur

- Haring C et al. SUPRA – Suizidprävention Austria. Wien: Bundesministerium für Gesundheit (im Erscheinen).
- Watzka C. Eine Frage der Erreichbarkeit. Soziologische Befunde zu Ausbaugrad und Angebotsstrukturen von Suizidprävention und Krisenintervention in Österreich. Suizidprophylaxe 2012;39(2):69–76.
- Egger J. Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. Psychol Med. 2005;16(2):3–12.
- Scheff T. Being Mental Ill. A sociological theory. New York: Aldine; 1966.
- Ahrens J. Selbstmord als Disziplin. Emile Durkheim und die Erfindung der Soziologie. In: Ines Kappert, Benigna Gerisch, Georg Fiedler, Herausgeber. Ein Denken, das zum Sterben führt. Selbsttötung – das Tabu und seine Brüche. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2004. 19–37.
- Bourdieu P. Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: Kreckel R Herausgeber. Soziale Ungleichheiten. Göttingen: Schwartz; 1983. 183–98.
- Wasserman D, Wasserman C, editor. Oxford textbook of suicidology and suicide prevention. A global perspective. Oxford: Oxford University Press; 2009.
- Hawton K, van Heeringen K. The international handbook of suicide and attempted suicide. Chichester: Wiley; 2000.
- Watzka C. Sozialstruktur und Suizid. Ergebnisse einer epidemiologischen Studie für das Land Steiermark. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2008.
- Sonneck G, Stein C, Voracek M. Suizide von Männern in Österreich. Statistisch-epidemiologische Untersuchung. Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit; 2002.
- Kapusta N, Sonneck G. Suicides of men in Austria. an epidemiological analysis over a 30-year period. J Men's Health Gend. 2001;1(2–3):197–202.
- Kapusta N. Aktuelle Daten und Fakten zur Zahl der Suizide in Österreich 2010. Wien: Wiener Werkstätte für Suizidforschung; 2011. Abrufbar unter: www.suizidforschung.at/statistik_suizide_oesterreich_2010.pdf.
- Watzka C. Zur Suizidstatistik für Österreich 2000–2009. Kurzberichte des Instituts für Suizid-Prävention und -Forschung. 2010;2(1):1–8.
- Etzersdorfer E, Voracek M, Kapusta N, Sonneck G. Epidemiology of suicide in Austria 1990–2000: General decrease, but increased suicide risk for old men. Wien Klinische Wochenschr. 2005;117(1–2):31–5.
- Deisenhammer E, Weiss E, Kemmler G, Hinterhuber H. Geschlechtsspezifische Aspekte des Suizids – Daten aus dem Tiroler Suizidregister 1995–2002. Neuropsychiatr. 2003;17(3/4):161–5.
- Kapusta N, Etzersdorfer E, Sonneck G. Trends in suicide rates of the elderly in Austria, 1970–2004. An analysis of changes in terms of age groups, suicide methods and gender. International J Geriatric Psychiatry. 2007;22(5):438–44.
- Watzka C. Zum Suizidgeschehen in Österreich 2001–2008. Kurzberichte des Instituts für Suizid-Prävention und -Forschung. 2009;1(1):1–8.
- Ringel E. Der Selbstmord. Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung. Wien: Maudrich; 1953.
- Siegrist J: Medizinische Soziologie. München: Urban & Fischer; 2005.
- Baudelot C, Establet R: Suicide. The Hidden Side of Modernity. Cambridge, Malden: Polity Press; 2008.
- Sonneck G. Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien: Facultas; 2000.
- Bronisch T. Der Suizid. Ursachen – Warnsignale – Prävention. München: C.H. Beck; 2002.
- Bourdieu P. Jungesellenball. Studien zum Niedergang der bäuerlichen Gesellschaft. Konstanz: UVK; 2008.
- Planck U, Ziche J. Land- und Agrarsoziologie. Stuttgart: Eugen Ullmer; 1979.
- Richter R. Österreichische Lebensstile. Wien: Lit; 2006.
- Inglehart R. Modernisierung und Postmodernisierung. Kultureller, wirtschaftlicher und politischer Wandel in 43 Gesellschaften. Frankfurt a. M.: Campus; 1998.
- Platt St, Hawton K. Behaviour and the Labour Market. In: Hawton K, van Heeringen, K. The international handbook of suicide and attempted suicide. Chichester: Wiley; 2000. 309–84.
- Durkheim E. Der Selbstmord. Frankfurt a. M.: suhrkamp; 1983.
- Gestrich A, Kraise J, Mitterauer M. Geschichte der Familie. Stuttgart: Kröner; 2003.
- Kapusta N, Posch M, Niederkrotenthaler T, Fischer-Kern M, Etzersdorfer E, Sonneck G: Availability of mental health service providers and suicide rates in Austria: A nationwide study. Psychiatr Serv. 2010;61(12):1198–203.
- Kapusta N, Zormann A, Etzersdorfer E, Ponocny-Seliger E, Jandl-Jäger E, Sonneck G: Rural-urban differences in Austrian suicides. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2008;43:311–8.

32. Kapusta N, Niederkrotenthaler T, Etzersdorfer E, Voracek M, Dervic K, Jandl-Jager E, Sonneck G: Influence of Psychotherapist Density and Antidepressant Sales on Suicide Rates. *Acta Psychiatr Scand.* 2009;119:236–42.
33. Hagleitner J, Willinger M. Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie. Berufsgruppen 1991–2007. Wien: Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) – ÖBIG; 2008.
34. Hagleitner J, Eggerth A. Versorgung mit Psychotherapie und Psychopharmaka. Wien: Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) – ÖBIG; 2009.
35. Masaryk T. Der Selbstmord als soziale Massenerscheinung der modernen Civilisation. Wien: Philosophia-Verlag; 1982.
36. Ortmayr N. Selbstmord in Österreich 1819–1988. *Zeitschichte* 1990;17(5):209–25.
37. Tönnies F. Gemeinschaft und Gesellschaft. Grundbegriffe der reinen Soziologie. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft; 2005.
38. Kapusta N, Zormann A, Etzersdorfer E, Ponocny-Seliger E, Jandl-Jager E, Sonneck G. Rural-urban differences in Austrian suicides. *Social Psychiatry und Psychiatric Epidemiology.* 2008;43:311–8.
39. Ehrenberg A. Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt a. M.: Campus; 2004.
40. Watzka C. Modernisierung und Suizid in Österreich. *Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin.* 2008;7:147–67.
41. Plöderl M, Fartacek R. Suicidality and associated risk factors among lesbian, gay, and bisexual compared to heterosexual Austrian adults. *Suicide Life Threaten Behav.* 2005;35:661–70.
42. Plöderl M. Sexuelle Orientierung, Suizidalität und psychische Gesundheit. Weinheim: Beltz; 2005.
43. Plöderl M, Kralovec K, Fartacek C, Fartacek R. Homosexualität als Risikofaktor für Depression und Suizidalität bei Männern. *Blickpunkt der Mann.* 2009;7(4):28–37.
44. Kralovec K, Plöderl M, Yazdi K, Fartacek R. Die Rolle von Religion und Religiosität in der Suizidologie. *Psychiatrie und Psychotherapie.* 2009;5(1):17–20.
45. Unterrainer H. Seelenfinsternis? Struktur und Inhalt der Gottesbeziehung im klinisch-psychiatrischen Feld. Münster: Waxmann; 2010.