



Vorarberger Suizidbericht 2009

von

Albert Lingg

Isabel Bitriol-Dittrich

Reinhard Haller

Korrespondenzanschrift:

Chefarzt Prim. Dr. Albert Lingg
Landeskrankenhaus Rankweil
6830 Rankweil
albert.lingg@lkh.at

Univ.-Prof. Dr. Reinhard Haller
Krankenhaus Stiftung Maria Ebene
6820 Frastanz
reinhard.haller@mariaebene.at

Suizidbericht 2009

aks Arbeitskreis für Vorsorge-
und Sozialmedizin gGmbH
Rheinstraße 61
6900 Bregenz
T 055 74 / 202 - 0
office@aks.or.at
www.aks.or.at

Inhaltsverzeichnis:

- I. Einleitung
- II. Die nationale und internationale Suizidsituation
- III. Vorarlberger Zahlen für 2009
- IV. Schwerpunktthema: „Männliche Suizidalität“
- V. Geplante und vorgeschlagene Maßnahmen der Suizidprävention

*„Denn die einen sind im Dunkeln
und die anderen sind im Licht.
Und man sieht die im Lichte
die im Dunkeln sieht man nicht
(aus „Dreigroschenoper“ v. Bertolt Brecht)*

I. Einleitung

Der „Tod durch eigene Hand“ gehört zu den bedrückendsten Ereignissen der menschlichen Gesellschaft und bedeutet sowohl für die Betroffenen als auch die Angehörigen und das weitere Umfeld eine Tragödie ersten Ranges. Weltweit sterben täglich über 4.000 Menschen durch Suizid, d.h., dass sich jede Minute zwei bis drei Suizid Todesfälle ereignen. Österreich ist in den internationalen Suizidstatistiken im oberen Mittelfeld platziert und auch in Vorarlberg gehört der Suizid, besonders in den jüngeren Altersgruppen, zu den wichtigsten Todesursachen. Keine Form des Sterbens löst soviel Betroffenheit aus und stellt eine so große Belastung für Angehörige und Bekannte dar wie jene der Selbsttötung. Die Befassung mit Suiziden, Suizidumständen und Suizidprävention gehört deswegen zu den wichtigsten humanen und gesellschaftspolitischen Aufgaben. Das Suizidthema ist zu wichtig, um es nicht zu behandeln und erweist sich als zu aktuell, um es zu tabuisieren.

In unserem Bundesland, in welchem viele direkte und indirekte antisuizidale Aktivitäten stattfinden, wird durch den jährlich erscheinenden „aks-Suizidbericht Vorarlberg“ eine Bilanzierung vorgenommen, die sich einerseits mit der Entwicklung der Suizidzahlen und epidemiologischen Daten aus dem Suizidregister beschäftigt, andererseits konkrete Maßnahmen zur Suizidprävention beschreibt und vorschlägt und zum Dritten jeweils ein Schwerpunktthema aus dem Bereich der Suizidologie behandelt.

Im Suizidbericht 2009 liegt der Schwerpunkt auf dem Thema „Männliche Suizide“. Damit wird den Tatsachen Rechnung getragen, dass Männersuizide immer noch viel häufiger sind als solche von Frauen, dass die männliche Depression als Hauptursache der Selbsttötungen zuwenig bekannt ist und oft – wenn überhaupt – unzureichend behandelt wird und das Thema „gender“ in allen Bereichen der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit in den letzten Jahren großes Interesse gefunden hat.

Den Abschluss des Berichtes bilden geplante Aktivitäten im Bereich der Suizidprävention und Vorschläge für mögliche Projekte, die im Jahr 2011 umgesetzt werden könnten.

II. Die nationale und internationale Suizidsituation

Weltweit sind jährlich mehr als 1,5 Mio. Suizidopfer zu beklagen, 30 Mio. Menschen unternehmen Suizidversuche und etwa 10,2 Mio. Menschen müssen wegen suizidaler Krise professionell betreut werden. Jeder Suizid löst bei mindestens sechs Personen seelisches und körperliches Leid aus. Damit sterben durch Suizid weit mehr Menschen als durch Infektionskrankheiten. Die Dimension des Problems wird einem vielleicht bewusst, wenn man bedenkt, dass der Suizid mehr Menschenleben fordert als Straßenverkehr, Mord, Totschlag, Drogenmissbrauch und Aids zusammen.

Diese Zahlen fallen noch mehr ins Gewicht, wenn man das bei Suiziden und Suizidversuchen sehr hohe Dunkelfeld in Rechnung stellt.

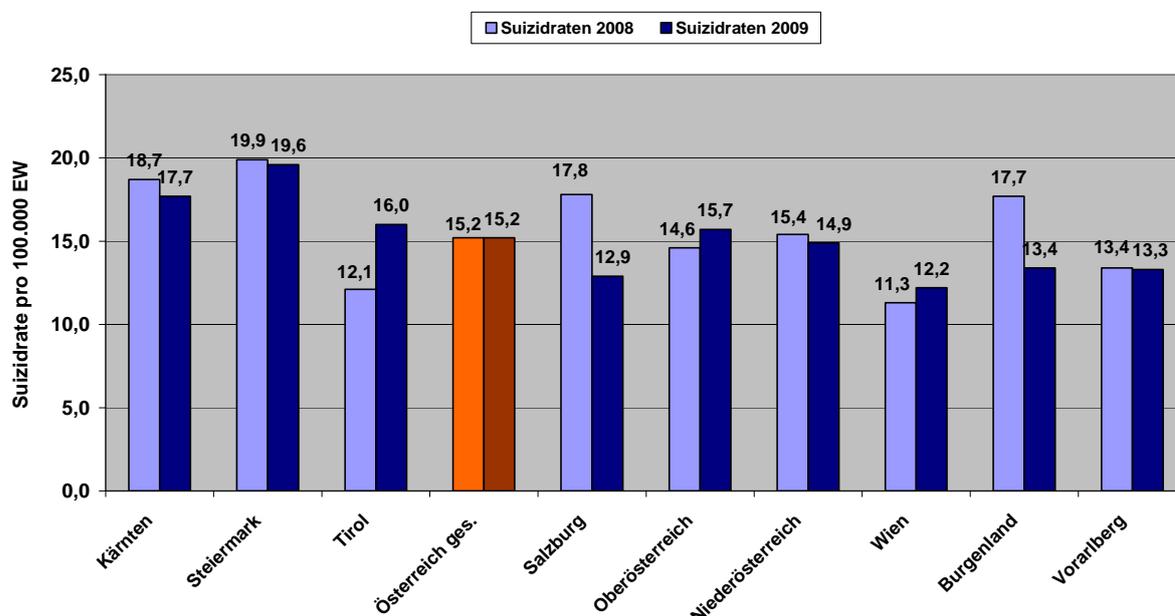
In Deutschland, wo im Jahr 2009 mit 9.402 Fällen zum 2. Mal in Folge die Zahl von 10.000 unterschritten worden ist, kann ein Absinken der Suizidopfer festgestellt werden. Die Suizidzahl ist aber immer noch mehr als doppelt so hoch wie jene der Verkehrstoten (4.050 im Jahr 2009). Der drastische Rückgang der Opfer im Straßenverkehr zeigt, dass trotz immensen Anstiegs des Verkehrs bei umfassenden Sicherheits- und Präventionsmaßnahmen ein Rückgang erzielt werden kann.

In Österreich sind die Verhältnisse nahezu ident. In der Gruppe der jungen Erwachsenen ist Suizid in Österreich die zweithäufigste Todesursache. Jährlich sterben in Österreich 150 Personen aus dieser Altersgruppe an Suizid.

Während es in der Zwischenkriegszeit in Österreich von 1919 bis 1939 noch zwischen 30 und 40 Suizide pro 100tausend Einwohner ergab und die Suizidraten zwischen 1945 und Ende des Jahrtausends zwischen 20 und 30 Suiziden pro 100tausend Einwohner pendelten, ist seither ein Rückgang zu beobachten. Gegenwärtig liegt die Suizidziffer in Österreich knapp oberhalb der von der WHO als vorläufiges Ziel avisierten Grenze von 15,0. Sowohl in den Jahren 2008 als auch 2009 wurde dieser Wert mit Raten von 15,2 Suiziden pro 100.000 Einwohnern nur knapp verfehlt.

Grafik 1:

Suizidraten für die einzelnen Bundesländer 2008 und 2009 im Vergleich
(Quelle: Statistik Austria)



Innerhalb der österreichischen Bundesländer war nach den aktuellen Zahlen die günstigste Situation überraschenderweise in der Bundeshauptstadt gegeben. Dort konnte im Jahr 2008 mit einem Wert von 11,3 ein absolut positiver Rekord erreicht werden, welcher im Jahr 2009 mit 12,2 nur gering verfehlt wurde. Dies ist umso bemerkenswerter, als dass in Großstädten bzw. Ballungszentren normalerweise sehr hohe Selbstmordraten zu beobachten sind. Möglicherweise spiegeln die Wiener Zahlen die Verhältnisse nicht ganz real wider, weil dort wegen der bekannten Probleme in der Gerichtsmedizin (niedrige Obduktionsraten bei unklaren Todesfällen) die Dunkelziffer sehr hoch liegen dürfte.

Die schlechtesten Werte zeigten sich im Jahr 2009 in der Steiermark (19,6) und Kärnten (17,7), während im Burgenland, welches traditionell eine hohe Suizidziffer aufweist, ein erfreulicher Rückgang auf 13,4 zu berichten ist. Offensichtlich ist dies ein Erfolg der in diesem Burgenland verstärkt durchgeführten suizidpräventiven Maßnahmen (s. Grafik 1).

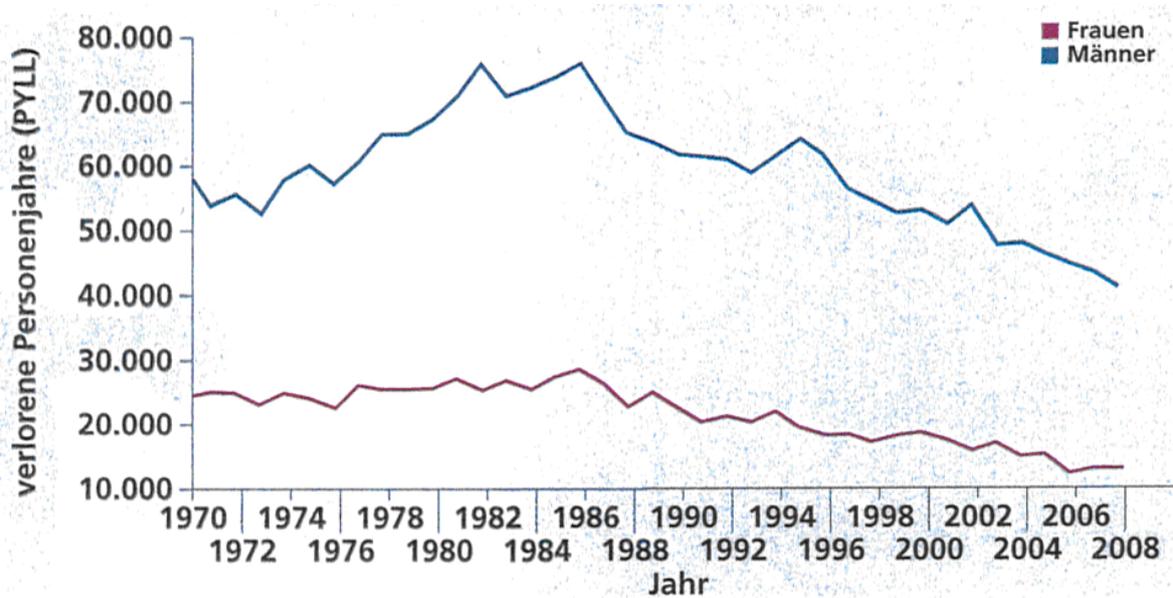
Vorarlberg liegt mit einer **Suizidziffer von 13,3** deutlich unterhalb des österreichischen Durchschnitts (15,2) und hat somit auch im Jahr 2009 das WHO Ziel erfüllt. Allerdings darf diese nüchterne Zahl nicht über die Beunruhigung der Bevölkerung und die Belastung für das Umfeld, welche jeder einzelne Fall gerade in einem kleinen Bundesland auslöst, hinwegtäuschen. Günstigere Werte, als in Vorarlberg, sind neben der Bundeshauptstadt, nur in Salzburg (12,9) zu erheben.

Die Zahl der ernstesten **Suizidversuche** wird in Österreich auf 10.000 bis 20.000 pro Jahr geschätzt. Konkrete Erhebungen wurden bislang nur an einzelnen Krankenhäusern durchgeführt, sodass keine Gesamtstatistik existiert.

Mehr als 60.000 Menschen leiden in unserem Land an den langfristigen Folgen der Selbsttötung, die das eigene Leben weitaus stärker in Frage stellt als jede andere Todesart. Werden diese von einer Forschungsgruppe der Universität Wien erhobenen Zahlen auf unser Bundesland umgerechnet, würde dies bedeuten, dass die Zahl der Personen, welche Suizidversuche unternehmen, zwischen 500 und 1.000 beträgt und etwa 2.500 bis 3.000 Hinterbliebene unter erheblichen Folgen durch die suizidale Traumatisierung zu leiden haben.

Neben dem individuellen Leid sind auch die **wirtschaftlichen Folgen** des Suizidproblems beachtlich. Eine Schweizer Studie besagt, dass bei 67.000 Versuchen (bei welchen im Gegensatz zu den österreichischen Erhebungen auch die leichteren Formen miteinbezogen wurden) und 1.350 erfolgreichen Suiziden pro Jahr der Schweizer Volkswirtschaft Auslagen in der Höhe von 1,8 Milliarden CHF entstehen. Besonders eindrucksvoll sind Berechnungen der durch Suizid verlorenen Lebensjahre, wobei es immer problematisch ist, den Wert eines menschlichen Lebensjahres in finanziellen Dimensionen darzustellen (s. Grafik 2).

Grafik 2: Durch Suizid verlorene Lebensjahre bei Männern und Frauen in Österreich

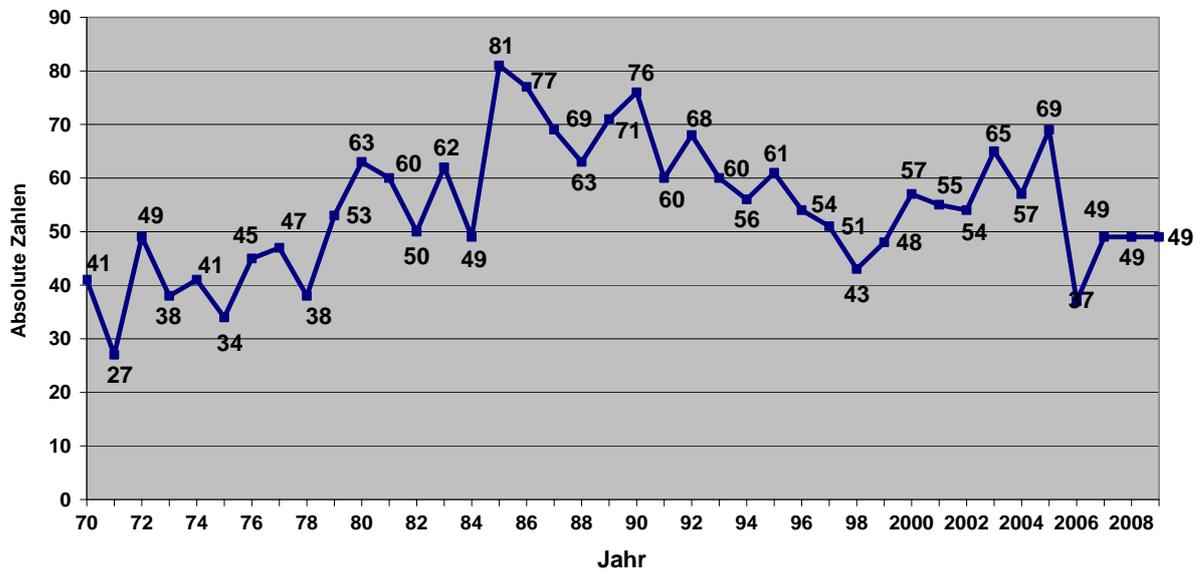


III. Vorarlberger Zahlen für 2009

Die langfristige, bis 1970 zurückzufolgende Darstellung der absoluten Suizidzahlen in unserem Bundesland zeigt seit 2006 eine Stabilisierung auf relativ niedrigem Niveau. Bei einer Einwohnerzahl von ca. 370.000 Einwohnern wurden laut den Erhebungen des Amtes für Statistik sowohl 2007 und 2008 als auch 2009 jeweils 49 Suizid-Todesfälle festgestellt, was einer Suizidziffer von 13,3 entspricht. Niedrigere Werte waren in den letzten 30 Jahren nur in den Jahren 1998 (43) und 1999 (48) zu beobachten, während die Höchstzahlen aus der Mitte der 1980er Jahre im „Rekordjahr“ 1985 waren 81 Suizid-tote zu beklagen – glücklicherweise bei weitem unterschritten wurden. Die hohe Suizidziffer von 69 im Jahr 2005 kann retrospektiv als statistischer Ausreißer qualifiziert werden (s. Grafik 3).

Grafik 3:

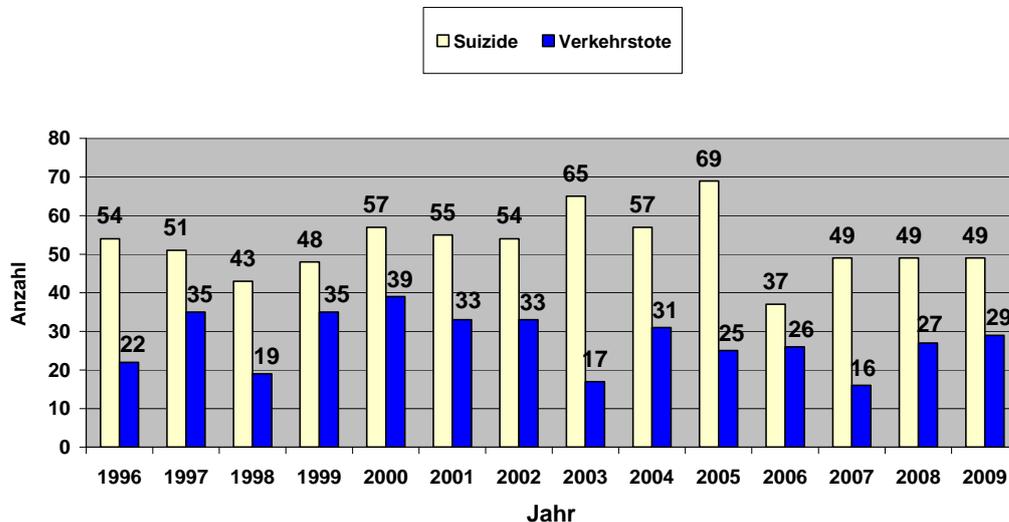
Absolute Suizidzahlen für Vorarlberg 1970-2009
(Quelle: Statistik Austria)



Eindrücklich stellt sich nach wie vor der **Vergleich zwischen Suizid – und Straßenverkehrstoten** dar. Während der kontinuierlich steigende Straßenverkehr in unserem Bundesland nach wie vor weniger als 30 Opfer pro Jahr fordert, liegen die Zahlen der Suizidtoten fast auf dem doppelten Niveau (s. Grafik 4). Diese signifikante Diskrepanz fällt noch eindrucksvoller aus, wenn man bedenkt, dass sich hinter dem einen oder anderen Verkehrstodesfall ein maskierter Suizid verstecken dürfte. Tote im Straßenverkehr wurden nur dann in die Suizidstatistik aufgenommen, wenn die Umstände eindeutig waren bzw. eine Abschiedsbotschaft hinterlassen wurde.

Grafik 4:

Suizide und Verkehrstote in Vorarlberg 1996-2009
(Quelle: Statistik Austria)



Bei der Analyse der **Altersverteilung** der Vorarlberger Suizidopfer fällt zunächst die erfreuliche Tatsache auf, dass unter den Opfern keine Kinder zu beklagen sind (s. Tab. 1). Bedrückend ist allerdings die hohe Betroffenheit der Gruppe der jungen Erwachsenen, der Menschen im mittleren Lebensalter und – diesmal herausragend – der über 75jährigen. Für den Gipfel in der mittleren Altersgruppe sind nach unseren Daten die Männersuizide hauptverantwortlich. Die möglichen Ursachen werden im diesjährigen Themenschwerpunkt des Suizidberichts näher analysiert.

Die starke Betroffenheit der alten Mitbürger gibt einen gesellschaftlichen Trend in einer älter werdenden Gesellschaft mit den Problemen von Isolation und Vereinsamung, von Altersdepressivität und Sinnlosigkeitsgefühl, von zunehmenden Erkrankungsraten und vermehrtem Auftreten von suizidgefährdenden Krankheiten wieder.

Die gesamtösterreichischen Verhältnisse der Altersverteilung stellen sich ähnlich wie in Vorarlberg dar. Allerdings sind bundesweit die beiden Extremgruppen, also die Kinder und die sehr alten Menschen, signifikant stärker betroffen. Die Zahlen lehren, dass sich die Suizidprävention neben der speziellen Befassung mit der weiblichen Suizidalität vor allem an junge Menschen, an Männer im mittleren Lebensalter und an alte Mitbürger wenden sollte.

Tab. 1

Altersverteilung Vorarlberg 2009 (n = 49)

Quelle: Statistik Austria

Altersverteilung	Anzahl
bis 14	0
15-24	6
25-34	3
35-44	9
45-54	7
55-64	9
65-74	5
75-84	8
85 und älter	2

49

Die Betrachtung der **Geschlechtsverteilung** zeigt das bekannte Überwiegen der Männer (s. Tab. 2). Dieses ist in Vorarlberg mit einem Verhältnis von Frauen zu Männern von 1:5,1 besonders signifikant ausgeprägt und liegt weit über dem österreichischen Schnitt (1:3,2). Da sich auch im Bundesland Salzburg ähnliche Verhältnisse ergeben liegt der Verdacht nahe, dass hier eine Verbindung zu Beruf und Arbeit bestehen dürfte. Hohes berufliches Engagement, starke Belastung durch die Arbeit und hoher Stellenwert der Berufstätigkeit bieten nicht nur Schutz, sondern beinhalten auch Risiken, etwa bezüglich der Burnout-Gefährdung oder des Verlustes von Selbstwert und Ansehen im Falle von Problemen in diesem Bereich.

Tab. 2

Geschlechtsverteilung nach den einzelnen Bundesländer 2009 (n = 1.273)

Quelle: Statistik Austria

Bundesland	weiblich	männlich	Geschlechterverhältnis
BGL	9	29	1:3,2
KTN	27	72	1:2,7
NÖ	56	184	1:3,3
OÖ	60	162	1:2,7
SBG	10	58	1:5,8
STMK	52	185	1:3,6
TIROL	23	90	1:3,9
VLBG	8	41	1:5,1
WIEN	60	147	1:2,5
Österr. Ges.	305	968	1:3,2

Aus den früheren Zahlen des Vorarlberger Suizidregisters, welches damals noch eine spezifischere Erfassung von Daten in den Bereichen Suizidmotivation und -auslöser, Abschiedsbriefe, Suizidmethoden und Vorliegen psychischer Erkrankungen ermöglichte, konnte u.a. abgeleitet werden, dass bei den **Suizidmotiven** der Männer berufliche Probleme, bei jenen der Frauen psychische Störungen im Vordergrund standen. Soweit dies die beschränkt vorliegenden Subdaten zulassen, kann dieser Schluss auch für das Jahr 2009 gezogen werden.

IV. Schwerpunktthema: „Männliche Suizidalität“

Nachdem die Schwerpunktthemen „jugendlicher Suizid“, „weiblicher Suizid“ und „Alterssuizid“ bereits in früheren Jahresberichten abgehandelt wurden, liegt der Fokus – wie erwähnt - diesmal auf dem Thema „Männersuizid“.

Die Suizidstrategien bei Männern und Frauen sind unterschiedlich. Männer bevorzugen sogenannte „harte“ Methoden wie Erhängen, Erschießen oder Erstechen, die meist mit tödlichem Ausgang verbunden sind, während Frauen viel eher den Suizid durch „weiche“ Methoden z.B. Medikamenteneinnahme, Zufügen von Schnittverletzungen, Gang ins Wasser wählen.

Vollendete Suizide kommen bei Männern im Vergleich zu Frauen häufiger vor, während Suizidversuche von Mädchen und Frauen öfters verübt werden (Verhältnis 3:1,5). Ca. 80% der Suizidversuche werden vorher angekündigt. Bei ca. 25% wird ein Suizidversuch innerhalb von zwei Jahren wiederholt.

Für das Überwiegen des männlichen Geschlechts bei Selbsttötungen existieren zahlreiche Erklärungsansätze, welche von genetischer Disposition bis zu rollenspezifischen Einflüssen, von hormonellen Voraussetzungen bis zu sozialisationsbedingten Prägungen reichen (s. Tab. 3).

Tab. 3

Mögliche Erklärungsansätze für das Überwiegen von Männern beim Suizid

- Hoher Todeswunsch; wenig appellativ-intentionale, kommunikative Suizidalität
- Kombination aus Isolation, körperlicher Krankheit, Depressivität und Sucht bei alten Männern
- Eventuell geschlechtsspezifische Ausprägung des Serotonin-Systems
Im ZNS (z.B. einige 5-HT-Rezeptoren tragen auch Östrogen-Rezeptoren, vermutlich Verstärkung der impulsmodulierenden ZNS-5-HT-Funktion)

- Überwiegen von Männern bei gewalttätiger Auto- und Fremdaggressivität; dabei zerebraler Serotoninmangel (5-HIAA-Defizit im Liquor)
- Gestörte bzw. verzögerte Anpassungsleistung in psychophysiologischen Habituationsexperimenten bei Männern
- Eher innenorientierte Konfliktlösungsstrategien bei Männern; Depressivität von Männern bei Arbeits- und Beziehungsverlust; bei Frauen Suizidalität überwiegend beziehungsorientiert

Besonders gefährdet erscheinen sogenannte „erfolgreiche“ Männer. Erinnert sei an prominente Beispiele wie jenes des Politikers Jürgen Möllemann, des Unternehmers Alfred Merckle oder des Fußballtorwarts Robert Enke, aber auch an die vielen Manager-Suizide in Japan und in den USA. Als Gründe dafür gelten der Verlust des Ansehens in der Öffentlichkeit, die Nichterfüllung von eigenen oder fremden Erwartungen, die hohen Ansprüche an sich selbst und die Annahme, dass Andere diese Erwartung an einen haben. Aber auch die bei Männern häufig auftretenden narzisstischen Krisen (Scheitern am Ich-Ideal), Sinnlosigkeits- und Leeregefühle, Schuld- und Schamempfinden und existenzielle Bedrohtheit spielen eine bedeutende Rolle.

Ein besonders wichtiger Faktor in der Suizidgenese sind depressive Verstimmungszustände. Depressionen werden wie viele körperliche und psychische Erkrankungen durch das Geschlecht und über die gesellschaftliche Rolle von Weiblichkeit und Männlichkeit (gender) mitbestimmt. Während das weibliche Geschlechtsstereotyp mit Eigenschaften wie emotional, ängstlich, abhängig, nachgiebig und angepasst schon länger als Risikofaktor für Depressionen bekannt ist, hat die Forschung erst in den letzten Jahren die Auswirkung des männlichen Rollenstereotyps mit Eigenschaften wie rational, zielorientiert, durchsetzungsfähig, entscheidungsfreudig und aggressiv mit Depressionen in Verbindung gebracht. Gerade aber das Paradoxon, dass Männer eine hohe Suizidrate bei angeblich niedriger Depressionsrate aufweisen, lässt Zweifel am geringeren Depressionsrisiko des männlichen Geschlechts aufkommen. Tatsächlich weisen Männer eine höhere Stressvulnerabilität als Frauen auf, leiden häufiger unter leistungsbezogenen Stressoren und reagieren auf Stress mit dem charakteristischen „Fight – or flight“ Muster, welches mit einem hohen Selbst- und Fremdschädigungsrisiko verbunden ist.

Auch scheint es für Männer viel schwerer zu sein, Hilfe zu suchen und sich einer Therapie zu unterziehen, sodass depressive Erkrankungen bei Männern mit einem höheren Suizidrisiko einhergehen als bei Frauen. Manche Forscher meinen, dass der Suizid den Männern als letztes Mittel erscheine, um den Selbstwert zu retten und die Illusion von Selbstbestimmung aufrecht zu erhalten, ganz nach dem Prinzip „Frauen suchen Hilfe – Männer sterben“. Neben verschiedenen genetisch-biologischen bzw. hormonellen, sozialen bzw. sozioökonomischen Gegebenheiten erweist sich bei Männern insbesondere die Berufsrolle als dominierende „Depressionsquelle“: Männer haben die gefährlicheren Berufe, die ungünstigeren psychosozialen Arbeitsbedingungen (Gratifikationskrisen), leiden noch stärker unter (drohender) Arbeitslosigkeit, werden mit Trennungen schwerer fertig und erleben die erfolgreiche Emanzipation der Frauen als Stressfaktor (s. Tab. 4).

Tab. 4

Psychosoziale Risikofaktoren für Depressionen bei Frauen und Männern

Risikofaktoren für Frauen	Risikofaktoren für Männer
Niedriger sozioökonomischer Status	Niedriger sozioökonomischer Status
Niedriges Bildungsniveau	Alleinlebend
Hausfrau	Scheidung / Trennung
Ehefrau	Arbeitslosigkeit
Mutter	Berufliche Gratifikationskrisen
Alleinerziehende Mutter	Pensionierung
Geringe soziale Unterstützung	Chronische Erkrankung
Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger	Homosexualität
Sexueller Missbrauch in der Kindheit	

Schon Émile Durkheim interpretierte in seinem klassischen Buch „Le suicide“ die wesentlich selteneren Selbsttötungen bei verheirateten Frauen mit der „Lebenstüchtigkeit“, die diese durch die Mutterschaft erwerben. Diese Überlegung wurde durch eine aktuelle Untersuchung von Chun-Yuh Yang et.al von der medizinischen Universität Taiwan bestätigt (In: Canadian Medical Association Journal: Association between parity and rescue of three side among parous women“). Die Forscher untersuchten die Daten von 1,3 Mio. taiwanesischen Frauen, welche von 1978 bis 1987 ihr erstes Kind geboren hatten, und verfolgten diese bis Dezember 2007 weiter. Dabei zeigte sich die klare Tendenz, dass die Selbstmordrate mit der Anzahl der Kinder fällt. Besonders deutlich zeigte sich dieser Zusammenhang ab dem 2. Kind, mit einem um 39% verringerten Risiko. Bei drei oder mehr Kindern sank dies sogar um 60%. Erklärt wird dies u.a. damit, dass die Sorge um den Nachwuchs auch die mütterliche Sorge um sich selbst erhöhen könnte, dass der Selbstwert von Müttern vor Suizid schütze und dass gerade Kinder den Müttern emotionalen Rückhalt geben, wenn sie in Krisen geraten. Zudem ist das Muttersein in der Gesellschaft positiv besetzt und bietet die Möglichkeit für zahlreiche Sozialkontakte.

Unter den depressionsauslösenden Lebensereignissen ragen bei Männern jene hervor, die sie selbst, ihre Gesundheit und ihre Leistungsfähigkeit betreffen und die mit dem Verlust des Ansehens in der Öffentlichkeit verbunden sind, während Frauen besonders durch Krankheiten und Unfälle ihrer Kinder und Partner belastet werden.

Tab. 5

Männerdepression - Unterschied zur Frauendepression

1. Depressive Herabgestimmtheit mit erhöhter Reizbarkeit
2. In der Depression hohes Ausmaß an Hoffnungslosigkeit und Suizidgefährdung
3. Unzureichende Impuls- und Ärgerkontrolle in der Depression
4. Eher Vorhalt an andere als Täter, selbst eher Opfer, weniger Selbstanklage
5. Hohe narzisstische Kränkbarkeit, anhaltende Gekränktheit, „narzisstische Wut“ nach Henseler

6. Stresstoleranz eingeschränkt
7. Eher schlechte Compliance, Schwierigkeiten mit Krankheits- und Therapiekonzept
8. Neigung zu selbstschädigendem Verhalten wie Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch oder Suizidalität
9. Unfähigkeit, sich an neue Situationen anzupassen
10. Neigung zu strengen Normen und Selbstverurteilung, psychodynamisches Scheitern an Über-Ich-Normen (Schuldgefühl) bzw. am Ich-Ideal (Schamgefühl) („Über-Ich-Depression“ nach Benedetti)

Die Symptomatik der Depression äußert sich bei Männern anders als bei Frauen, da bis zuletzt versucht wird, eine „starke Fassade“ aufrecht zu erhalten (s. Tab. 6). Sie berichten viel weniger über Trauer, Schuldgefühle oder Müdigkeit, sondern vielmehr über Gereiztheit, Irritabilität, Ärgerattacken, Aggressivität, antisoziales Verhalten und Alkoholprobleme. Diese nicht typische Symptomatik führt dazu, dass männliche Depressionen oft nicht erkannt oder falsch diagnostiziert werden. Eine geschlechtersensible Diagnostik und Therapie der Depression ist deswegen Voraussetzung zur Reduktion männlicher Suizide.

Ein besonderes Charakteristikum der männlichen Depression ist die Ärgerattacke. Man versteht darunter plötzlich auftretende Zustände mit Zittern, Schwitzen, Gesichtsrötung, beschleunigtem Puls, Schwindel, heftiger Atmung usw. und dem Gefühl des „Explodierens“. Solche Attacken kommen bei 75% der depressiven Männer, aber nur bei etwa 20% der depressiven Frauen vor. Basierend auf diesem Spezifikum wurde ein eigenes „männliches, depressives Syndrom“ beschrieben, in welchem Aggressivität, geringe Stresstoleranz, Neigung zu grenzwertigem Verhalten und Alkoholmissbrauch herausragen (s. Tab. 6).

Charakteristika des „Male Depressive Syndrome“

- Irritabilität und Dysphorie
- Aggressivität
- Ärgerattacken
- Feindseligkeit gegenüber Anderen
- Neigung zu Vorwürfen bzw. Nachträglichkeit
- Geringe Stresstoleranz
- Gesteigertes Risikoverhalten
- Verhalten an der Grenze zur sozialen oder gesetzlichen Norm
- Substanzabusus (v.a. Alkohol)
- Allgemeine Unzufriedenheit mit sich und dem eigenen Verhalten
- Erhöhte Suizidgefahr

Neben der durch biologische Faktoren bedingten unterschiedlichen Häufigkeit, der Depressionen bei Männern, der Verdrängung depressiver Störungen durch die Betroffenen scheint die unrichtige Einschätzung der Dimension maskuliner Depressivität auch durch selektive Wahrnehmung und falsche Erwartungshaltung auf Seiten der Diagnostizierenden geprägt. Bei Männern wird offensichtlich viel weniger an das Vorliegen einer Depression gedacht und viel seltener hinter maskierten bzw. somatisierten Symptomen eine Gemütsstörung vermutet als bei Frauen. Männliche Depressionen werden also - mit einem Wort – zu wenig diagnostiziert. In Tabelle 7 werden deswegen – ganz im Sinne der Sekundärprävention – die möglichen Kriterien zur Diagnose einer männlichen Depression aufgelistet.

Tab. 7

Mögliche diagnostische Kriterien der männlichen Depression.

- Vermehrter sozialer Rückzug, der oft verneint wird
- Burn-out: Berufliches Überengagement, das mit Klagen über Stress markiert wird
- Abstreiten von Kummer und Traurigkeit
- Zunehmend rigide Forderungen nach Autonomie (in Ruhe gelassen werden)
- Hilfe von Anderen nicht annehmen: Das „Ich kann das schon allein“ – Syndrom
- Ab- oder zunehmendes sexuelles Interesse
- Zunehmende Intensität oder Häufigkeit von Ärgerattacken
- Impulsivität
- Vermehrter bis exzessiver Alkohol- und/oder Nikotinkonsum (süchtig nach TV, Sport etc.)
- Ausgeprägte Selbstkritik, bezogen auf vermeintliches Versagen
- Versagensängste
- Andere für eigene Probleme verantwortlich machen
- Verdeckte oder offene Feindseligkeit
- Unruhe und Agitiertheit
- Konzentrations-, Schlaf- und Gewichtsprobleme

V. Geplante und vorgeschlagene Maßnahmen der Suizidprävention

Die Suizidvorbeugung teilt sich – wie alle prophylaktischen Aktionen – in primär-, sekundär- und tertiär-präventive Maßnahmen auf. An dieser Richtlinie haben sich auch die zahlreichen Präventionsbemühungen in unserem Bundesland, welche von öffentlichen Tagungen bis zu konkreten Schulungsmaßnahmen, von medialen Berichten bis zur Telefonseelsorge und von spezifischer Krisenintervention bis zur Instruktion von Schlüsselpersonen reichten, orientiert. Vor allem konnte eine Sensibilisierung der beratend, therapeutisch und rehabilitativ tätigen Personen und Institutionen erreicht werden, welche nun durch neuerliche Bewusstmachung der Problematik aufrecht erhalten werden soll. Die Medien haben sich in unserem Land des Themas in vorbildlicher Weise angenommen, in dem sie die Suizidproblematik nicht tabuisiert, aber auch nicht in schreierischer Aufmachung präsentiert haben. Die durchwegs gegebene sachlich zurückhaltende Berichterstattung entspricht jenen Richtlinien, welcher der deutsche Presserat 1997 zur Vermeidung von Nachahmungstaten veröffentlicht hat.

Die **Primärprävention** könnte durch Orientierung an erfolgreichen ausländischen Modellen weiter entwickelt werden. So wird in verschiedenen Kampagnen der im Jahr 2003 von der WHO ausgerufene Welt-Suizid-Präventionstag am 10. September für spezielle Aktionen genutzt. An diesem jährlichen Aktionstag soll in der Öffentlichkeit vermehrt auf dieses Tabuthema, das auch nach Auffassung der WHO eines der größten Gesundheitsprobleme unserer Zeit betrifft, aufmerksam gemacht werden. In den USA hat sich daraus das Projekt „5 Minuten/Schritte um Leben zu retten“ entwickelt (www.take5tosavelives.com). Mit dieser im Monat September über die ganze Nation veranstalteten Kampagne wird die gesamte Bevölkerung mittels traditioneller und moderner Medien aufgerufen, Suizidsignale rechtzeitig zu erkennen, und dann angeleitet, konkrete Hilsschritte zu unternehmen. Jeder US-Bürger soll sich 5 Minuten Zeit für dieses große Problem nehmen und sich in 5 wesentlichen Punkten (Learn the Signs, Join the Movements, Spread the Word, Support a Friend, Reach Out) über Internet, Facebook, Twitter usw. informieren. Nach den bisher vorliegenden Ergebnissen ist diese Kampagne, welche von zahlreichen zusätzlichen Aktivitäten begleitet wird, sehr erfolgreich.

Das „Nürnberger Bündnis gegen Depressionen“ stellte sich zum Ziel durch Aufklärungs- und Fortbildungskampagnen über die Depressionen suizidale Handlungen zu verhindern. Auf vier sich ergänzenden Ebenen wurden Multiplikatoren geschult und Informationsmaterialien für Betroffene und Angehörige zur Verfügung gestellt. Nach zwei Jahren der Intervention gingen Suizide und Suizidversuche um 24% zurück.

Entsprechend dem heurigen Schwerpunktthema des Suizidberichts könnten im präventiven Bereich besondere Maßnahmen, die sich einer besonderen Risikogruppe – jener der Männer – widmen, geplant werden. Ein Beispiel für die erfolgreiche Reduktion der Suizidraten der Männer ist das „Regensburger Bündnis gegen Depressionen“. Dieses umfasste den im Modellprojekt Nürnberg entwickelten 4-Ebenen-Ansatz.

1. Kooperation mit den Hausärzten durch Lehr- und Patientenvideos, Informationsbroschüren, Fortbildungen usw.
2. Aufklärung der Öffentlichkeit durch Spots, Plakate, Flyer, Infobroschüren usw. sowie einen jährlich stattfindenden „Aktionstag Depression“.
3. Schulungen von Multiplikatoren wie Pädagogen, Pflegekräfte, Apotheker, Ärzte, Polizisten, Rettungs- und Feuerwehrleute usw.
4. Einrichtung von Selbsthilfegruppen von Betroffenen und psychoedukativen Gruppen für Angehörige.

Damit konnte eine signifikante Abnahme der Suizidraten, die allerdings bei Frauen stärker ausgeprägt war, erreicht werden.

Ein weiteres erfolgreiches Beispiel liefert Schweden. Auf der Insel Gotland wurde in den 1980er Jahren ein großes Suizidpräventionsprogramm durchgeführt, mit welchem die Suizidrate depressiver Frauen um bis zu 90% gesenkt werden konnte, während jene der Männer erstaunlicherweise unverändert blieb. Erst als mit Hilfe der eigens entwickelten „Gotland Scale of Male Depression“ die spezifische Symptomatik erfasst und dadurch vielmehr männliche Depressionen erkannt werden konnten, gelang es auch, die Suizide bei den Männer stark zu reduzieren.

Auf gesellschaftlicher Ebene ließe sich die männliche Gesundheit durch wechselseitige Toleranz und Kommunikation zwischen den Geschlechtern, durch Berücksichtigung der Unfähigkeit von Männern, Schwäche und Hilfsbedürfnis zu signalisieren und eigene Depressionen zu erkennen, ferner durch Einbau männlicher Bedürfnisse (Stolz, Status, Würde) in psychotherapeutische Konzepte, aber auch durch aufsuchende Strategien (auf Arbeitsplätzen, in Familien, Vereinen und Gewerkschaften) verbessern. Notwendig ist eine Steigerung des Problembewusstseins der Professionalisten und der politischen Entscheidungsträger.

Die **Sekundärprävention** zielt auf frühe Erfassung von suizidgefährdeten Personen ab. Da suizidale Zeichen und Verhaltensweisen meist nur im unmittelbaren Umfeld manifest werden, gilt es, nicht nur Schlüsselpersonen, sondern alle „Mitmenschen“ (im wahrsten Sinne des Wortes) mit Warnsignalen vertraut zu machen. Größtmögliche Breitenwirkung ließe sich mit kombinierten primär- und sekundärpräventiven Aktionen erzielen. Suizide werden in bis zu 80% vorher angekündigt, oft finden solche Warnzeichen aber kein Gehör. Meist finden Menschen mit Suizidabsichten niemanden, mit dem sie über ihre Empfindungen und Gedanken sprechen können. Deshalb besteht ein zentraler Punkt jeglicher Prophylaxe darin, solche Warnzeichen wahrzunehmen und zu erkennen, die Betroffenen anzusprechen und ihnen zu helfen, über ihre Probleme zu sprechen. Aus diesen Überlegungen heraus entstand in den 50er Jahren die Telefonseelsorge. Konkret müssten somit die in Vorarlberg durchgeführten Schulungsmaßnahmen für spezielle Berufsgruppen und Schlüsselpersonen zusätzlich auf eine breitere Basis gestellt werden. Im Wesentlichen müssten jene Inhalte vermittelt werden, welche im erweiterten Modell des „Präsuizidalensyndroms“ nach Ringel“ enthalten sind (s. Tab. 8).

Tab. 8

Präsuizidales Syndrom: Motivationale Inhalte

- Nicht- (-mehr) Aushalten-Können einer subjektiv „unerträglichen“ Belastung und/oder Kränkung
- Subjektiv unerträglicher psychischer Schmerz
- Glaube, Überzeugung, keine Freiheitsgrade mehr zu haben
- Rigides Denken, Einengung im Denken
- Schwer kontrollierbar erscheinende aggressive (selbst- und fremdaggressive) Impulse
- Gefühle von Zorn, Wut und „Rache“ einerseits, andererseits vor allem Schamgefühle, eventuell Schuldgefühle
- Gefühle von Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit

In diesem Sinne wäre es nach 25 Jahren Suizidprävention in Vorarlberg an der Zeit, eine öffentliche Kampagne im Sinne einer „Nationalen antisuizidalen Bewegung“ zu initiieren, d.h., es sollte bundesweit durch ein Bündel von Maßnahmen das öffentliche Bewusstsein für das Suizidproblem geschärft und konkrete Hilfsmaßnahmen vermittelt werden. Vorbild könnte das in den USA bewährte, oben beschriebene Projekt „5 Minuten/Schritte, um Leben zu retten“ sein.

In der **Tertiärprävention** zwingen aktuelle Entwicklungen zur Überlegung, inwieweit einzelne Suizidorte, welche sich in unserem Land gebildet und im Bewusstsein der Bevölkerung eingeschränkt haben, entschärft und gesichert werden könnten. Dies ist sicherlich kein leichtes Unterfangen, da mit der Gefahr der unvermeidlichen Kennzeichnung und „Antiwerbung“ auch ein ungewollter Anziehungseffekt verbunden sein könnte. Solche Maßnahmen haben jedenfalls nur Aussicht auf Erfolg, wenn sie von einer breiten Mehrheit getragen, gut geplant und mit großem psychologischem Geschick durchgeführt werden. Konkrete Gespräche von engagierten Politikern, Pädagogen, Sicherheitskräften und Seelsorgern sind avisiert.