

Die vorsätzliche Selbsttötung ist nicht nur Ausdruck eines persönlichen Zusammenbruchs, sondern auch einer Verschlechterung des sozialen Umfelds, in dem die betreffenden Personen leben. Die Entscheidung, dem eigenen Leben ein Ende zu setzen, kann die Folge einer Reihe unterschiedlicher Faktoren sein. Der Suizid erfolgt häufiger in persönlichen Krisenphasen, bei Scheidungen, Alkohol- und Drogenmissbrauch oder Arbeitslosigkeit sowie in Fällen klinischer Depression oder bei sonstigen Formen psychischer Erkrankungen. Daher wird der Suizid häufig als Proxyindikator des psychischen Gesundheitszustands einer Bevölkerung herangezogen. Allerdings wird die Suizidzahl in einigen Ländern möglicherweise zu niedrig ausgewiesen, da der Suizid dort noch immer mit einem Stigma behaftet ist oder weil Datenprobleme im Zusammenhang mit den Berichterstattungskriterien bestehen (vgl. „Definition und Abweichungen“).

Der Suizid ist in vielen Ländern eine bedeutende Todesursache, auf die 2006 über 140 000 Todesfälle zurückzuführen waren. Im Jahr 2006 waren die Suizidraten in südeuropäischen Ländern (Griechenland, Italien und Spanien) wie auch in Mexiko und im Vereinigten Königreich mit weniger als sieben Todesfällen je 100 000 Einwohner am niedrigsten (Abbildung 1.7.1). Am höchsten waren sie mit 18 oder mehr Todesfällen je 100 000 Einwohner in Korea, Ungarn, Japan und Finnland. Die Differenz zwischen Griechenland und Korea, den Ländern mit der niedrigsten und der höchsten Suizidrate, beträgt mehr als das Siebenfache.

Seit 1990 haben die Suizidraten in vielen OECD-Ländern abgenommen, mit ausgeprägten Rückgängen um mindestens 40% in Dänemark, Luxemburg und Ungarn (Abbildung 1.7.3). Trotz dieser Verbesserung weist Ungarn nach wie vor eine der höchsten Raten unter den OECD-Ländern auf. Am stärksten gestiegen sind die Suizidraten seit 1990 in Korea, Mexiko und Japan, verharren aber in Mexiko weiter auf niedrigem Niveau. In Korea und Japan liegen die Suizidraten nunmehr weit über dem OECD-Durchschnitt (Abbildung 1.7.4). Die Suizidrate der Männer stieg in Korea nahezu um das Dreifache von 12 je 100 000 männliche Einwohner im Jahr 1990 auf 32 im Jahr 2006, und die der Frauen ist mit 13 je 100 000 weibliche Einwohner die höchste unter den OECD-Ländern. Der Konjunkturabschwung, die sich verringernde soziale Integration wie auch die Erosion der traditionellen Familienstruktur, in der ältere Menschen noch mehr Unterstützung fanden, sind alles Faktoren, die für den in letzter Zeit in Korea beobachteten Anstieg der Suizidraten verantwortlich sind (Kwon et al., 2009).

Generell sind die suizidbedingten Sterberaten in den OECD-Ländern für Männer drei- bis viermal so hoch wie für Frauen (Abbildung 1.7.2), und diese Geschlechterdifferenz ist im Zeitverlauf recht stabil geblieben. Geringer sind die Geschlechterunterschiede bei den Selbstmordversuchen, worin sich die Tatsache widerspiegelt, dass Frauen in der Regel Methoden wählen, die weniger häufig zu einem tödlichen Ausgang führen.

Die Suizidhäufigkeit hängt auch vom Alter ab, wobei jüngere Menschen – unter 25 Jahren – und ältere Menschen besonders gefährdet sind. Während die Suizidraten unter älteren Menschen in den vergangenen zwanzig Jahren im Allgemeinen gesunken sind, wurden bei den jüngeren Kohorten kaum Verbesserungen verzeichnet.

Da Suizide in der überwiegenden Zahl der Fälle mit Depression oder Missbrauch von Alkohol und anderen Substanzen in Zusammenhang stehen, muss die Früherkennung derartiger psycho-sozialer Probleme in Risikogruppen durch die Familien, Sozialarbeiter und Gesundheitsfachkräfte fester Bestandteil von Suizidpräventionskampagnen sein, was auch für die Bereitstellung effektiver Unterstützung und Therapiemöglichkeiten gilt. Da dem Problem des Suizids weltweit verstärktes Interesse zukommt, bemühen sich zurzeit viele Länder um die Förderung der psychischen Gesundheit und die Konzipierung nationaler, besonders auf Risikogruppen ausgerichteter Präventionsstrategien (Hawton und van Heeringen, 2009). In Finnland und Island basieren Suizidpräventionsprogramme auf Anstrengungen zur Förderung einer intensiven multisektoralen Zusammenarbeit und Vernetzung (NOMESCO, 2007).

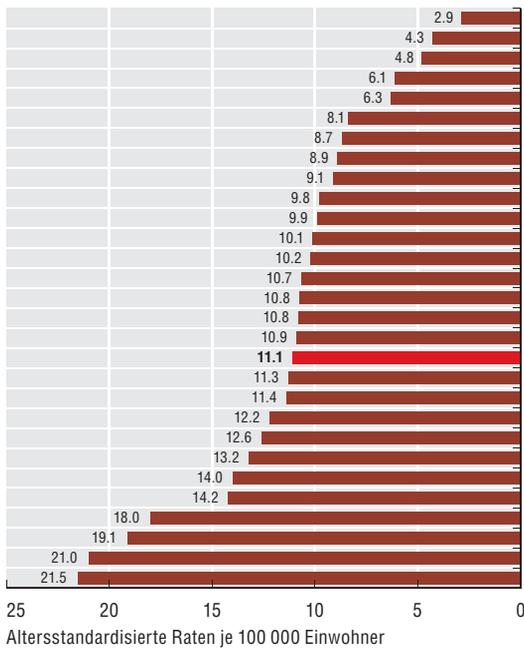
Definition und Abweichungen

Die Weltgesundheitsorganisation definiert „Suizid“ als eine Handlung, die eine Person in voller Kenntnis und in Erwartung des tödlichen Ausgangs selbst plant und ausführt.

Die Sterberaten basieren auf Rohdaten zur Anzahl der Todesfälle nach ausgewählten Todesursachen, die der Mortalitätsdatenbank der WHO entnommen sind. Mathers et al. (2005) haben eine generelle Bewertung des Erfassungsgrads, der Vollständigkeit und Verlässlichkeit der WHO-Daten zu verschiedenen Todesursachen vorgenommen. Die Sterberaten wurden entsprechend der Bevölkerungsstruktur der OECD-Länder von 1980 altersstandardisiert, um Differenzen auf Grund von Unterschieden beim Altersaufbau auszuschalten, die zwischen den Ländern und im Zeitverlauf innerhalb eines Landes gegeben sein können.

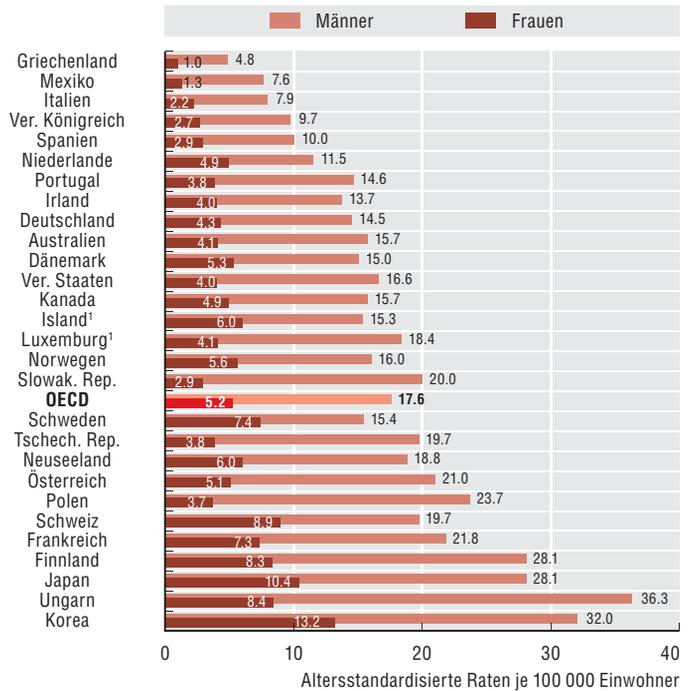
Die internationale Vergleichbarkeit der Suiziddaten wird durch eine Reihe von Berichterstattungskriterien, darunter die Art und Weise, wie die Tötungsabsicht einer Person festgestellt wird, wer für die Ausstellung der Sterbeurkunde verantwortlich ist und ob eine gerichtsmedizinische Untersuchung stattgefunden hat, sowie die Bestimmungen hinsichtlich der Schweigepflicht in Bezug auf die Todesursache beeinflusst. Bei der Interpretation der Unterschiede zwischen den Ländern ist daher Vorsicht geboten.

1.7.1 Suizid, Sterberaten, Gesamtbevölkerung, 2006 (oder letztes verfügbares Jahr)

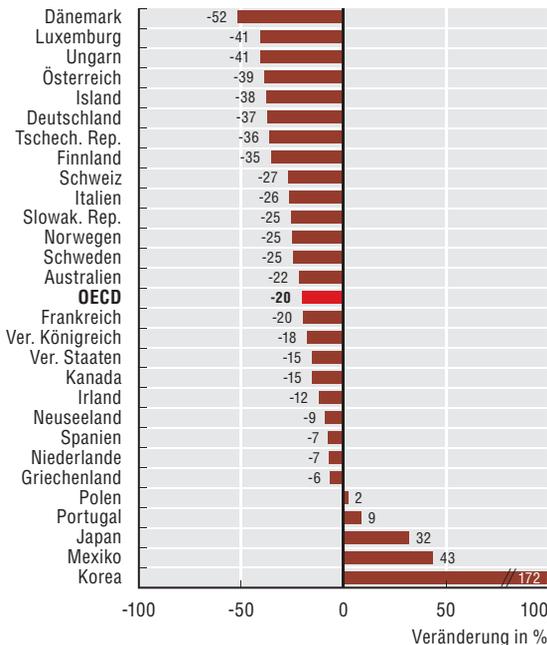


1. Dreijahresdurchschnitt.

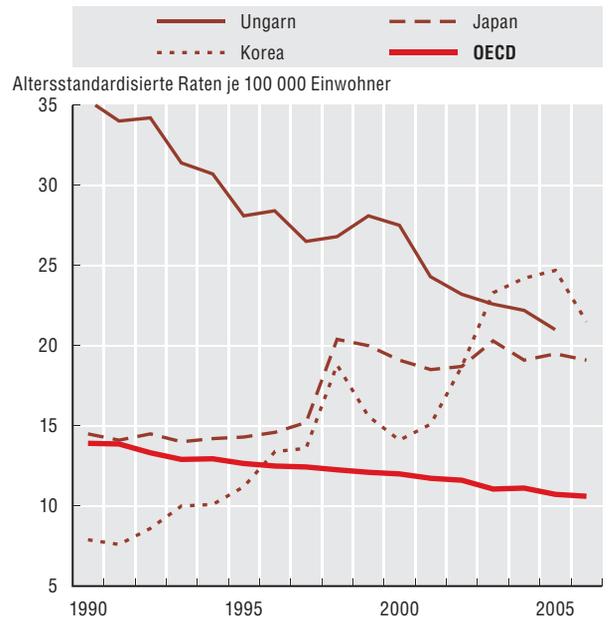
1.7.2 Suizid, Sterberaten, Männer und Frauen, 2006 (oder letztes verfügbares Jahr)



1.7.3 Veränderung der Suizidraten, 1990-2006 (oder nächstgelegenes Jahr)



1.7.4 Trendentwicklung der Suizidraten, ausgewählte OECD-Länder, 1990-2006



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009. Die Rohdaten zur Mortalität sind der Mortalitätsdatenbank der WHO entnommen und entsprechend der OECD-Bevölkerung von 1980 altersstandardisiert.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/803034582434>



From:
Health at a Glance 2009
OECD Indicators

Access the complete publication at:
https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-en

Please cite this chapter as:

OECD (2010), "Suizid", in *Health at a Glance 2009: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/soc_glance-2009-9-de

Das vorliegende Dokument wird unter der Verantwortung des Generalsekretärs der OECD veröffentlicht. Die darin zum Ausdruck gebrachten Meinungen und Argumente spiegeln nicht zwangsläufig die offizielle Einstellung der OECD-Mitgliedstaaten wider.

This document and any map included herein are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.

You can copy, download or print OECD content for your own use, and you can include excerpts from OECD publications, databases and multimedia products in your own documents, presentations, blogs, websites and teaching materials, provided that suitable acknowledgment of OECD as source and copyright owner is given. All requests for public or commercial use and translation rights should be submitted to rights@oecd.org. Requests for permission to photocopy portions of this material for public or commercial use shall be addressed directly to the Copyright Clearance Center (CCC) at info@copyright.com or the Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) at contact@cfcopies.com.