

Kapitel 5: Quantitative Untersuchungen

5.1 Material und Methoden

Die verwendeten Daten stammen aus amtlichen Statistiken. Verwendete Begriffe „alte Bundesländer“ und „neue Bundesländer“ verstehen sich dabei jeweils unter Einschluss der Regionen Berlin-West bzw. Berlin-Ost.

Den Berechnungen der verwendeten Indikatoren zur Beschreibung der Mortalität liegen die Gestorbenenzahlen und die durchschnittlichen Bevölkerungszahlen (zum Teil geschätzt) in 5-Jahres-Altersgruppen zugrunde. Hinsichtlich näherer Beschreibungen und Erläuterungen zu den Datenquellen sei auf E. BERGMANN (1992): „Entwicklung der Mortalität in Deutschland 1955-1989“, dort im Abschnitt „Material und Methoden“, verwiesen. Das Hauptmerkmal der in dieser Arbeit betrachteten „Suizidmortalitätsraten“ ist der Bezug auf definierte Bevölkerungen. Wegen der Abhängigkeit der gesundheitsstatistischen Daten von immanenten demografischen Trends (WELZ, 1995; S.48) müssen spezifische Daten mit geeigneten Standardisierungen berechnet werden.

Die den Berechnungen der Parameter Mortalitätsrate, altersspezifische Mortalitätsrate (auch u. a. als Suizidrate oder -ziffer bezeichnet) zugrunde liegenden Beziehungen sind folgende:

Mortalitätsrate (**MOR**) bzw. Suizidrate oder -ziffer

Die rohe Sterberate bzw. Mortalitätsrate MOR beschreibt die auf jeweils einhunderttausend Einwohner bezogene Anzahl von Suiziden bestimmter Einwohnergruppen und wird nach folgender Beziehung ermittelt:

$$MOR_{gl} = \frac{100000 \cdot T_{gl}}{B_{gl}}$$

T_{gl} = Gestorbene des Geschlechts g und des Landes l

B_{gl} = Bevölkerung des Geschlechts g und des Landes l

Altersspezifische Mortalitätsrate (**AMR**)

Die altersspezifischen Mortalitätsraten werden in Analogie zur Mortalitätsrate MOR ermittelt, mit dem Unterschied, dass die Suizidfälle und Einwohnergruppen altersklassifiziert werden und somit Zähler und Nenner nur ausgewählte Altersbereiche erfassen.

$$AMR_{gla} = \frac{100000 \cdot T_{gla}}{B_{gla}}$$

T_{gla} = Gestorbene des Geschlechts g und des Landes l und des Alters a

B_{gla} = Bevölkerung des Geschlechts g und des Landes l und des Alters a

Mittleres Sterbealter (*MSA*)

Für das mittlere Sterbealter gilt folgende Definition:

$$MSA_{gl} = \frac{\sum_a T_{gla} \cdot a_m}{\sum_a T_{gla}}$$

T_{gla} = Gestorbene des Geschlechts g und des Landes l und des Alters a

a_m = Mittelwert der Altersklasse a ($\frac{a_u + a_o}{2}$) bzw. 92 für die Altersklasse 85 und älter

5.2 Möglichkeiten und die Grenzen der Statistik

Die Auswertung und Interpretation der in der Suizidstatistik enthaltenen Daten erfordern eine verlässliche Qualität des vorliegenden Datenmaterials. Anders als z. B. bei den standesamtlichen Erhebungen von Geburten oder bei der Zählung von Todesfällen, bei denen ein breiter Konsens über das Vorliegen oder nicht Vorliegen des zu erfassenden Ereignisses besteht, ist die Erfassung von Suiziden und Suizidversuchen mit vielfachen Unsicherheiten und Fehlerquellen verknüpft¹. Die Vollständigkeit der Suizidstatistik und die Richtigkeit der in ihr erhaltenen Daten wird von der Tabuisierung des Phänomens „Selbstmord“ in der Gesellschaft und den damit beispielsweise verbundenen Versuchungen beeinträchtigt, Selbsttötungen nicht als solche zu benennen.

VAN WISSEN (1994) nennt folgende Beispiele für die Ursachen von vermutlich erheblichen Dunkelziffern bei jugendlichen Suiziden:

- Suizide bei Verkehrsunfällen bleiben unerkannt,
- Selbsttötungen werden durch die betroffenen Familien tabuisiert und vertuscht,
- eine erhebliche Anzahl der Drogentoten sind Selbsttötungsfälle, viele Aspekte von Suizidalität treffen hier zusammen.

Oft ist es unklar, wie der Zusammenhang zwischen Suizidalität und Sucht zu interpretieren ist (MICHALIZIK; BARTSCH; WEGENER, 2001).

Zu Grenzfällen, deren letaler Ausgang weder eindeutig dem Bereich Unfalltod noch dem Suizid zuzuordnen ist, gehören z. B. unvorsichtiges oder grob fahrlässiges Verhalten im Straßenverkehr bei Kindern oder bei älteren Jugendlichen das sogenannte S-Bahn-Surfen oder Crashfahrten mit Autos (VAN WISSEN, 1994).

Die statistische Erfassung eines Suizides erfordert die Erkennung und Einordnung eines vorliegenden Ereignisses als Suizidhandlung. In den alten Bundesländern codierten geschulte Laien die gemeldeten Fälle für die Todesursachenstatistik auf der Grundlage ärztlicher Angaben, während

¹ Vgl. dazu SCHMIDTKE (1988a, S.73 ff.) und SCHMIDTKE und HÄFNER (1984, S.13ff. und 1986b, S.27ff.)

dieses in der ehemaligen DDR bis 1990 durch den Leichen schauenden Arzt erfolgte (KISS et al., 1995).

Unter einem Suizid wird die selbst zugefügte, beabsichtigte Beendigung des Lebens verstanden (s. Kap. 1, S. 8). Dieser beabsichtigte Vorgang muss möglichst eindeutig vom Unfall als unbeabsichtigtes Ereignis unterschieden werden¹. In der amtlichen Statistik wird die Unterscheidung durch die Bescheinigung des Arztes getroffen². Ein vorliegender „Abschiedsbrief“ des bzw. der Verstorbenen erleichtert die Einordnung als Suizid (MABUSE 92/1994).

Hinsichtlich der Erfassung von vollendeten Suiziden macht LINDNER-BRAUN (1990) auf das Anzeigeverhalten beteiligter Personen, z. B. Angehörige und Ärzte, aufmerksam: *„Zu den wichtigsten Faktoren gehören negative und positive Anreize und deren eingeschätzte Realisierungschancen, die eine Anzeige und deren Weiterleitung beeinflussen können. Je früher eine informelle Sanktion zu erwarten sei, desto geringer ist die Realisierungschance. Die Genauigkeit der Registrierung steht in Abhängigkeit des Instrumentariums zur Todesursachenfeststellung³“*. Die Definition des Suizides als selbst zugefügte und absichtliche Beendigung des Lebens beinhaltet das Problem der Erkennung der selbstbestimmten Handlung des Verstorbenen und damit den Ausschluss möglicher akzidentieller Ursachen. *„Eine weitere Schwierigkeit der Definition ist, dass in der amtlichen Statistik, sofern nicht eindeutige Indizien wie Abschiedsbriefe und Suizidankündigungen vorlagen, drei Kategorien von Selbsttötungen nicht erfasst werden können:*

- Suizid/Tod durch Herbeiführung eines tödlichen Unfalles,
- Suizid/Tod durch Absetzen lebensnotwendiger Medikamente,
- Suizid/Tod durch Nahrungsverweigerung.

Infolge dessen stellen auch die offiziellen Suizidstatistiken nur eine Annäherung an die wirkliche Zahl dar“ (WELZ ,1991, S.224).

Überall dort, wo eine selbstbestimmte Handlung des Verstorbenen nicht sofort eindeutig erkennbar ist, wird zunächst der scheinbar wahrscheinlichere Fall, ein Unfall, angenommen. Je wahrscheinlicher ein Unfall ist, weil z. B. für eine bestimmte Personengruppe der Unfalltod die häufigste Todesursache ist, desto größer ist die Versuchung, einen Unfalltod und nicht z. B. andere Ursachen zu vermuten. Bei Alleinunfällen junger Männer im Straßenverkehr, z. B. Zusammenstoß mit einem Straßenbaum samstagsnachts in der Nähe einer Diskothek wird fast immer „überhöhte Geschwindigkeit“ als Unfallursache angegeben, der scheinbare Hergang und die Beschädigungen am Fahrzeug bestätigen oft diese These. Nicht erkennbar ist jedoch, ob der Verunfallte fahrlässig oder absichtlich zu schnell gefahren ist, ob der Tote beispielsweise das Opfer einer Kurzschlusshandlung nach einer soeben erfolgten Trennung von der Freundin wurde. Unfallexperten schätzen, dass von allen tödlichen Verkehrsunfällen in der Bundesrepublik Deutschland jeder 20. ein maskierter Suizid ist (GILL, 1999).

„Die Anteile der Unfallsterbefälle an allen Sterbefällen der einzelnen Altersgruppen zeigen, insbesondere bei jüngeren Personen, die Bedeutung

¹ Siehe dazu auch DOTZAUER; BERGHAUS (1982, S.69ff.)

² Siehe dazu BRATZKE (2005, S.99ff.)

³ Vgl. dazu BRINKMANN et al. (1997, S.65ff.) und BRINKMANN; DU CHESNE; VENNEMANN (2002, S.791ff.)

der Unfälle im Mortalitätsgeschehen. Bis etwa zum 30. Lebensjahr sind Unfälle bei männlichen und weiblichen Personen die häufigste Todesursache“ (CASPER, 1995). URECH (1996a) interpretiert die Häufung von Unfällen als ein mögliches Zeichen, dass jemand über seine Verhältnisse lebt und vielleicht ein autoaggressiv besetztes Hintergrundproblem¹ vorliegt. Regionale Unterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern bestehen in dem Anteil bestimmter Arten von tödlichen Unfällen. CASPER (1995b) berichtet im Zusammenhang mit Unfällen im Rahmen von Mortalität und Todesursachen, alte und neue Bundesländer berücksichtigend, von sehr großen altersspezifischen Mortalitätsraten bei akzidentiellen Vergiftungen. Auch hier werden absichtlich herbeigeführte Selbstvergiftungen aufgrund der für die Ärzte nicht erkennbaren Absicht als Unfälle deklariert und somit der Suizidstatistik entzogen. *„Suizid und Suizidversuche von Kindern werden in vielen Fällen als Unfälle eingeordnet, weil Kinder, insbesondere kleinere Kinder keinen Abschiedsbrief hinterlassen und weil sie Todesarten wählen, die etwas Zufälliges haben, wie Verkehrsunfälle, Stürze aus großer Höhe oder Ertrinken“* (ORBACH, 1990). Eine genaue Quantifizierung einer Dunkelziffer von nicht erkannten Suiziden bei Kindern und Jugendlichen, die die Erscheinungsform von Unfällen haben, ist nicht möglich. Im Kreis Aachen untersuchte HASSELKUS (1988) die Todesursachen junger Menschen und stellte hingegen bei abnehmenden Todesfällen im Straßenverkehr zunehmende Suizidzahlen fest. Hier wird der These, dass Verkehrsunfälle vergleichsweise oft versteckte Suizide sind, indirekt widersprochen.

Insgesamt ist davon auszugehen, dass die Zahl der statistisch erfassten Suizide kleiner ist als die tatsächliche Zahl der Suizide. Entsprechend sehen etliche Autoren, u. a. WOLTER, D. K. (1983); MAIER, E. (1985); BREITMAIER et al. (1986); LÜCKMANN (1991); MÖSLER (1992), statistische Erhebungen von Suiziden durch hohe Dunkelziffern belastet. Der Suizid wird vielfach aus religiösen bzw. moralischen Gründen verschwiegen oder als Unglücksfall, Unfalltod oder natürlicher Tod interpretiert bzw. deklariert.

Ein weiteres Problem der statistischen Beschreibung des Suizidgeschehens ist die Erfassung von versuchten Suiziden. Auch hier beginnt die Problematik mit der Einordnung einer Handlung als Suizidversuch. Vielfach ist bei einem Verunfallten nicht eindeutig erkennbar, dass die Verletzungen die Folge eines Suizidversuches sind. Weiterhin kann bei den „Rettern“, z. B. Eltern und Geschwister, ein Interesse an einer „Vertuschung“ des suizidalen Geschehens mit der Folge unvollständiger bzw. unrichtiger Angaben vorliegen. Weiterhin kann auch bei vielen Geretteten angenommen werden, dass sie aus einer Vielzahl von Motiven heraus, z. B. Angst vor Sanktionen, ein Interesse haben, die Handlung als Unfall darzustellen. Nahezu vollständig bleiben auch die versuchten Suizide der Statistik verborgen, die zu keinerlei gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Betroffenen führen und

¹ *„Die Provokation des Ermordetwerdens steht...auch in engem Zusammenhang mit der Selbsttötung durch 'Unfälle', in denen unbewusst gegen das eigene Selbst gerichtete destruktive Aggression Gegenstände, zumeist Maschinen und Autos, als Medium benutzt“* (AMMON, 1974, S.11).

WIESNER (1995) gelangt zum Ergebnis, dass bei Psychischkranken die genaue Bestimmung der Selbsttötungen sowohl bei tödlichen Unfällen allgemein als auch insbesondere bei den Verkehrsunfällen ein ungeklärtes Problem darstellt.

deshalb nicht in ärztliche Obhut gelangen. AMMINGER und FRIEDRICH (1995, S.28) berichten über die widersprüchlich diskutierte Häufigkeit von Suizidversuchen. Diesbezüglich existieren kaum internationale Statistiken bzw. Erhebungskriterien. So reichen daher die Schätzungen der verschiedenen Studien für das Verhältnis von Suizidversuch zum vollendetem Suizid vom 8- bis 10-fachen bis zum 120-fachen der vollendeten Suizide (vgl. Tabelle 1, S.57).

Bei den vollendeten Suiziden bestehen hingegen im Kindes- und Jugendalter eindeutig quantifizierbare geschlechtsspezifische Unterschiede. Die Suizidraten der männlichen Jugendlichen liegen deutlich über denen der weiblichen Jugendlichen (vgl. Abbildung 10, S.91; Abbildung 12, S.94; Tabelle 5, S.94). Das Verhältnis der Suizidraten von männlichen zu weiblichen Jugendlichen liegt bei ca. 3 : 1, d.h. bei den vollendeten Fällen überwiegen die Jungen. Umgekehrt ist die Situation bei den versuchten Suiziden. *„Unumstritten ist das Überwiegen (etwa 4:1) des weiblichen Geschlechts bei der Häufigkeit von Suizidversuchen gegenüber dem männlichen“* (FRIEDRICH und AMMINGER, 1995, S.28). Bei der Unsicherheit der Zählung von Suizidversuchen allgemein erscheint es jedoch fragwürdig, hier ein bestimmtes Verhältnis anzugeben. Zählbar sind nur die Versuchsfälle, die in irgendeiner Weise erfasst worden sind.

Die Faktoren, die die Unvollständigkeit der Suizidstatistik begünstigen bzw. herbeiführen, unterliegen keinen kurzfristigen Schwankungen. Es ist daher zu vermuten, dass plötzliche Anstiege oder Rückgänge in der Zahl der erfassten Suizide im Allgemeinen nicht auf Veränderungen in der Erfassungsqualität zurückzuführen sind. Insbesondere bei dem Faktor „Tabuisierung“ sind kaum Veränderungen in den Versuchen von Familien, Suizidhandlungen gegenüber Ärzten und Rettungsdiensten als Unfälle darzustellen, zu erwarten. Von der Annahme ausgehend, dass die offiziellen Statistiken gleich bleibenden Einflüssen unterliegen, geht WELZ (1991) von einer Eignung dieser Zahlen zur Beschreibung epidemiologischer Grundmuster aus. Mangels Registrierungspflicht von Suizidversuchen (vgl. S.57) ist die Suizidprävalenz bzw. entsprechende Inzidenz nur in räumlich oder zeitlich begrenzten Studien abschätzbar. Die Schätzungen reichen um so näher an die wirklichen Zahlen, desto mehr regionale Einrichtungen in die Erhebung einbezogen werden.

5.3 Ergebnisse

Die quantitative Untersuchung des Suizidgeschehens erfolgt mittels der in Kapitel 5.1 (S.79ff.) genannten statistischen Parameter:

- Mortalitätsrate/ Suizidrate/-ziffer (MOR),
- mittlere Sterberate/ mittlere Suizidmortalitätsrate (MSA),
- altersspezifische Mortalitätsrate/ Suizidrate (AMR),

die jeweils nach Geschlecht unterteilt und regionspezifisch zugeordnet sind.

Die Mortalitätsrate MOR und AMR sind statistische Kenngrößen, die sich als Zahlenwert immer auf 100000 Einwohner (Personen des Landes, des Geschlechtes, bzw. des Alters) beziehen. Statistisch zählt zur früheren Bundesrepublik/den alten Bundesländern (ABL) Berlin-West bzw. zum Gebiet der DDR/den neuen Bundesländern (NBL) Berlin-Ost. Diese regionale Unterteilung gilt für den Zeitraum von 1961 bis 2000. Ab dem Jahr 2001 änderte sich die statistische Datenerfassung. Im Zuge einer durch das Berliner Abgeordnetenhaus beschlossenen bezirklichen Reform, bei der die

Anzahl der Stadtbezirke von 20 auf 12 verkleinert und ehemalige Ost- und Westbezirke zusammengelegt wurden, wird Berlin wie die anderen Bundesländer auch, statistisch insgesamt erfasst. Dieses hat zur Folge, dass das bisherige Untersuchungsschema ABL/NBL nur noch eingeschränkt fortgesetzt werden kann. Methodisch wurde das Problem der modifizierten Datenerfassung so gelöst, dass bewusst das Bundesland Berlin aus dem Datenpool herausgenommen und dadurch eine zwar eingeschränkte Fortsetzung des bisherigen Untersuchungsschemas der Unterteilung in ABL und NBL ermöglicht wird. Unter der Annahme einer für Berlin-West und Berlin-Ost zutreffenden quantitativ gleichen Verteilung der Suizidzahlen ist mathematisch ein sogenannter statistischer Fehler gleicher Art einkalkuliert, der zu einer relativen Schwächung der quantitativen Güte führt. Da für den Zeitraum ab 2001 nur Trendaussagen beschrieben werden sollen, ist die methodisch intendierte, relative quantitative Beeinträchtigung, ähnlich wie bei Hochrechnungsergebnissen, als Aussage mathematisch vertretbar.

5.3.1 Untersuchung des Suizidgeschehens von 1961-1989

Suizide von Männer aller Altersstufen in der früheren Bundesrepublik/DDR

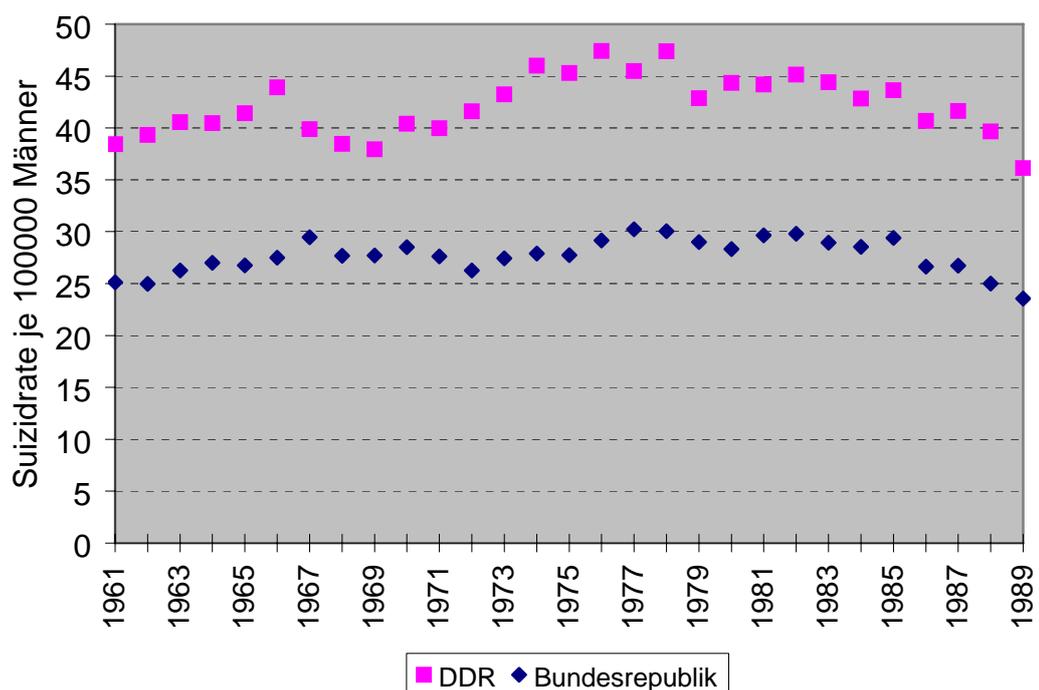


Abbildung 6: Suizidraten bei Männern aller Altersgruppen und in der Bundesrepublik und in der DDR

In der alten Bundesrepublik beträgt das Niveau der Gesamtsuizidraten der Männer nur etwa 66% der Werte der Vergleichsgruppe in der DDR. Abgesehen von kurzen divergierenden Entwicklungsphasen gegen Ende der 60er Jahre scheinen sich die Trendverläufe des Suizidgeschehens bei den Männern in beiden Untersuchungsgebieten relativ ähnlich zu entwickeln (Abbildung 6). Ab 1961 steigen die Suizidziffern zunächst bis 1967 an. Nach einer sich anschließenden Trendveränderung bis 1972 entwickelt sich erneut

ein Zuwachs der Suizidraten, der 1977 sein Maximum erreicht. In den 80er Jahren zeichnet sich zunächst eine schwache, anschließend deutlicher werdende Tendenz zu Abnahme der Suizidraten mit Unterschreitung der Anfangswerte von 1961 gegen Ende des Beobachtungszeitraumes ab.

Zu Beginn des Betrachtungszeitraums im Jahr 1961 betrug in der DDR die Gesamtmortalitätsrate der männlichen Bevölkerung 38,43 Suizide je 100000 Einwohner. In den Folgejahren steigt die Suizidrate kontinuierlich an und erreicht 1966 ein erstes Maximum mit 43,91 Suiziden pro 100000 männlichen Einwohnern, im Vergleich zu 1961 ist die Suizidrate bei den Männern in der DDR in den fünf Jahren bis 1966 um fast 15% angestiegen. Von 1966 bis 1969 ist eine Abnahme der Suizidrate auf 38,46 Suizide zu beobachten¹. Die Behauptung, dass 1966 ein signifikantes, nichtzufälliges Maximum der Suizidmortalität vorlag, ist folglich nicht mit hoher statistischer Sicherheit möglich. Beschränkt man den Beobachtungszeitraum auf die Jahre 1961 bis 1969, so liegt im Jahr 1966 tatsächlich ein relatives Maximum im Suizidgeschehen der Männer in allen Altersklassen vor. Wie später gezeigt wird, erreicht in diesem Jahr auch die Suizidrate der Frauen in der DDR ein relatives Maximum. Die Untersuchung der altersspezifischen Mortalitätsraten bei der männlichen Bevölkerung in der DDR zeigt, wie später beschrieben wird, dass z. B. die Suizidrate der jungen Männer (Altersgruppe 20-<25 Jahre) im Jahr 1966 deutlich größer ist als der Durchschnitt in allen Altersgruppen (Abbildung 11, S.92). Diese Altersgruppe hat 1966 ihre höchste Suizidrate im gesamten Betrachtungszeitraum 1961–1989. Die in diesem Jahr sehr hohen Suizidraten der 20-<25-jährigen jungen Männer, verbunden mit der kriegsbedingten Dezimierung der mittleren Altersgruppen der männlichen Bevölkerung führen zu einer überproportionalen Berücksichtigung des Suizidverhaltens dieser Altersgruppe am Gesamtgeschehen.

In den siebziger Jahren kommt es zu einem kontinuierlichen Anstieg der Suizidrate bei den Männern in der DDR, die in der zweiten Hälfte der siebziger Jahre ihr Maximum von 47,4 Suiziden erreicht.

Ab 1979 setzt ein mit der Zeit dynamisierender Rückgang der Suizidraten ein. Im Jahr 1989 unterschreitet die Gesamtmortalitätsrate mit 36,12 Suiziden je 100000 Männern erstmals den zu Beginn des Betrachtungszeitraums im Jahr 1961 bei Männern vorliegenden Wert von 38,43 Suiziden.

Neben der Mortalitätsrate ist das durchschnittliche Alter der durch Suizid Verstorbenen eine charakteristische Kenngröße für das Suizidgeschehen in einer Population. Im Gegensatz zu der Fallzahl, die letztlich nur Aussagen über Häufigkeiten (wie viele sterben?) zulässt, geben das mittlere Sterbealter und besonders seine zeitliche Variation, zugegeben grobe, Hinweise zu den stärker betroffenen Personengruppen (wer stirbt?). Natürlich ist ein singulär mitgeteiltes mittleres Sterbealter für sich wenig aussagekräftig, da mit der Mittelwertbildung Informationen über die Spannweite und Streuung der gemittelten Daten verloren gehen. Wesentlich interessanter sind die zeitlichen Veränderungen des mittleren Sterbealters, die im Kontext mit dem Verlauf der Mortalitätsrate erste Rückschlüsse auf die Verlagerung des Suizidgeschehens z. B. in Richtung erhöhter bzw. verminderter Jugend- bzw.

¹ Die Standardabweichung der Suizidraten für den Zeitraum 1961–1989 beträgt 3 Suizide je 100000 männliche Einwohner.

Alterssuizidalität in einer Population erlaubt, insbesondere für den Betrachtungszeitraum von 1961 bis 1989.

Bei den Männern in der DDR ist die Entwicklung des Suizidsterbealters durch mittelfristige periodische Veränderungen geprägt. Hinsichtlich der Periodizität in den Veränderungen des mittleren Sterbealters sind Bundesrepublik und DDR vergleichbar (Abbildung 7). Es fällt auf, dass während des gesamten Betrachtungszeitraumes von 1961 bis 1989 das mittlere Suizidsterbealter der Männer in der DDR konstant höher war. In den ersten fünf Jahren (1961 bis 1966) des Beobachtungszeitraumes lag das durchschnittliche Suizidsterbealter bei 52 Jahren und 10 Monaten.

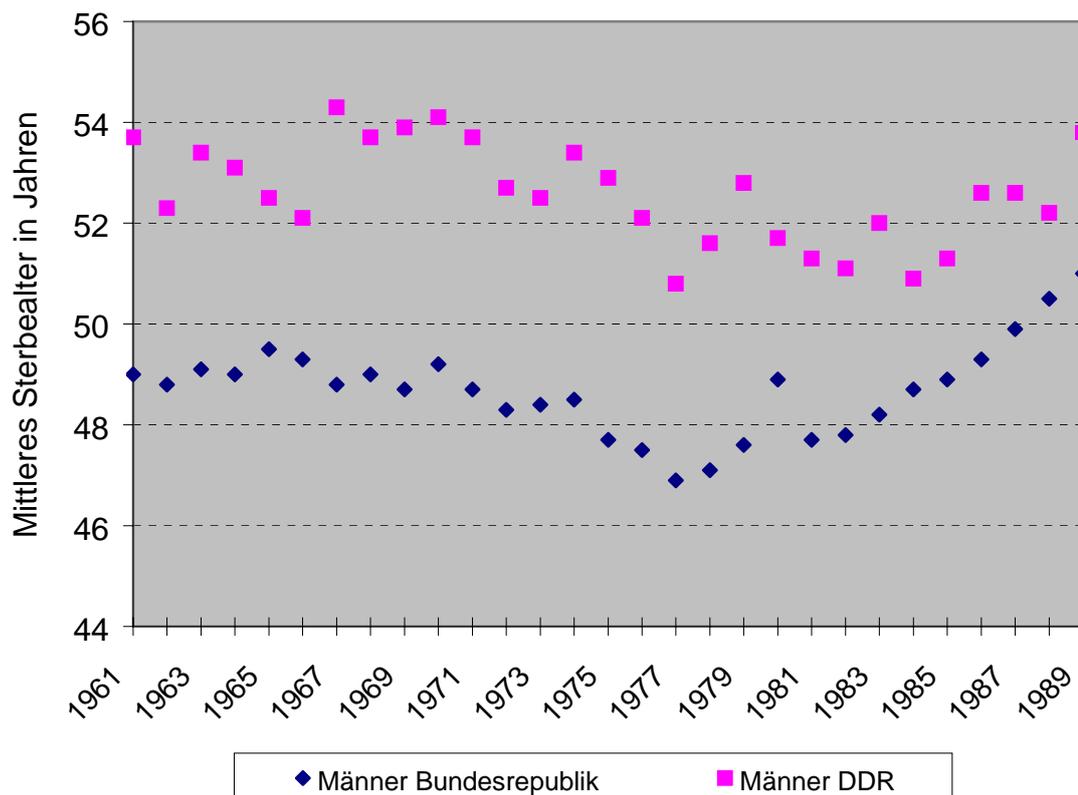


Abbildung 7: Mittleres Suizidsterbealter bei Männern aller Altersgruppen in der früheren Bundesrepublik und DDR

Im Folgejahr 1967 erreichte es ein Maximum von 54,3 Jahren, dieser Wert liegt mit 5,5 Jahren deutlich über dem Niveau der Vergleichsgruppe in der früheren Bundesrepublik. Ein vergleichbar hohes Niveau des mittleren Sterbealters bei Männern wird erst wieder nach der Wende im Jahr 1990 (53,9 Jahre) erreicht. Das relativ hohe mittlere Suizidsterbealter in dieser Periode lässt die Vermutung einer erhöhten Suizidrate Älterer zu.

Im Jahr 1977 liegt das geringste Sterbealter als singulärer Beobachtungswert mit 50,8 Jahren vor. Die Regression zeigt im Trend ein relativ geringes Sterbealter für das Gebiet der ehemaligen DDR zu Beginn der 80er Jahre. Im Jahr 1977 wird auch in der alten Bundesrepublik ein sehr niedriges Sterbealter von 46,9 Jahren notiert, dort liegt das minimale Sterbealter des gesamten Zeitraumes von 1961 bis 1989. Sowohl in der früheren Bundesrepublik als auch in der DDR haben sich zu dieser Zeit ungewöhnlich

viele Männer suizidiert. Zwischen 1976 und 1978 liegt in der DDR das Maximum der Zahl der insgesamt gestorbenen Männer (ca. 3700 Fälle, Durchschnittswert im Zeitraum 1974-1981: 3171 Suizide).

Das niedrige mittlere Suizidsterbealter bei den Männern in beiden Gebieten lässt offensichtlich vermuten, dass in diesem Zeitraum vergleichsweise viele jüngere Männer sich suizidiert haben. Gegen Ende des Beobachtungszeitraums nähern sich die mittleren Suizidsterbealter in der alten Bundesrepublik durch Zunahme, die der DDR durch Abnahme auf einem Niveau knapp unterhalb von 52 Jahren an.

Ob der Rückgang des mittleren Sterbealters primär eine Folge erhöhter Jugend- oder verminderter Altersmortalität ist, wird im Zusammenhang mit der altersspezifischen Suizidmortalität diskutiert.

Suizide von Frauen aller Altersstufen in der früheren Bundesrepublik/DDR

Die Gesamtsuizidrate der Frauen in der früheren Bundesrepublik liegt während des Betrachtungszeitraumes von 1961 bis 1989 mit einem rechnerischen Mittelwert von 13 Suiziden deutlich unter dem vergleichbaren Mittelwert der Vergleichspopulation von Männern auf dem Gebiet mit ca. 30 Suiziden je 100000 Personen. Das Niveau der Suizidrate aller Frauen in der DDR liegt durchschnittlich mit ca. 21 Suiziden je 100000 Frauen um 64% höher als bei der Vergleichsgruppe in der früheren Bundesrepublik mit ca. 13 Suiziden (Abbildung 8, S.88).

Vergleicht man die Periodizität der Veränderungen bei der Gesamtsuizidrate mit denen der Männer in der alten Bundesrepublik, ergibt sich durchaus ein ähnlicher Entwicklungsverlauf (Abbildung 6, S.84).

Lässt man einen kleinen, fast singulären Rückgang der Gesamtsuizidmortalitätsrate zwischen 1961 und 1962 außer Betracht, so steigt diese bis 1970 kontinuierlich an. Dem ersten vorläufigen Maximum im Jahr 1970 folgt eine Phase kontinuierlicher Zunahme der Gesamtsuizidrate bei den Frauen. Der Maximalwert des Beobachtungszeitraumes zwischen 1961 und 1989 wird 1977 mit 16,02 Suiziden erreicht. Danach setzt eine Trendwende ein. Die degressive Tendenz hält auch über das Wendejahr 1989 an und unterschreitet im Jahr 1989 das Niveau von 1961 mit ca. 10 Suiziden.

Als bemerkenswert zu bezeichnen ist der fast lineare Anstieg ab 1969 bis 1975 mit rund 28 Suiziden je 100000 Personen. Dieses entspricht einer 33%igen Zunahme in einem Zeitrahmen von 7 Jahren und ist mit der Entwicklung der Gesamtsuizidrate bei den Männern in der DDR in dem Zeitraum vergleichbar (s. Abbildung 6, S.84). Da dieses Phänomen nicht in dem Vergleichsgebiet auftritt, kann hier eine regionspezifische Besonderheit angenommen werden.

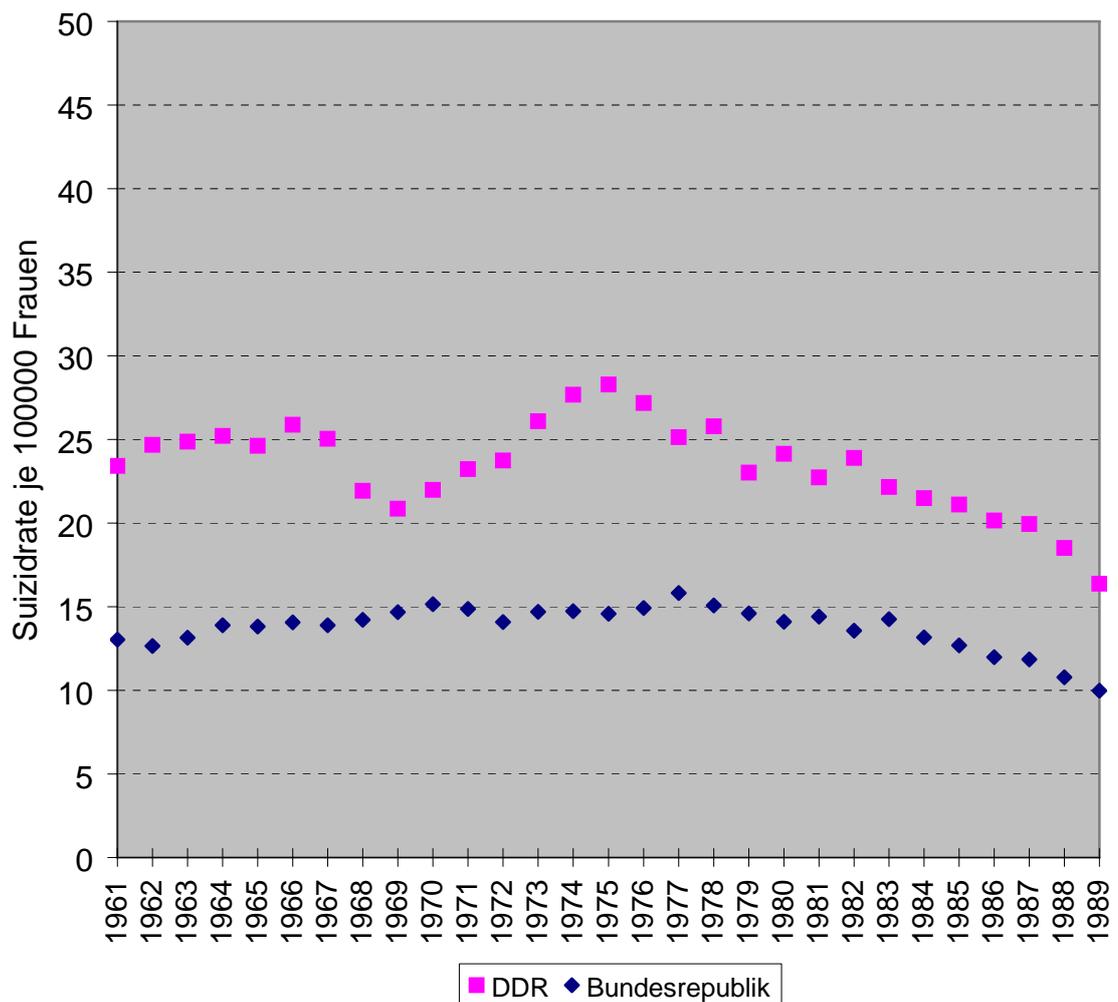


Abbildung 8: Suizidraten bei Frauen aller Altersgruppen in der früheren Bundesrepublik und in der DDR

Ausgehend von einem erheblich höheren Suizidmortalitätsniveau in der DDR wird dort das Maximum 1975 mit fast 28 Suiziden je 100000 Frauen erreicht, während zeitversetzt ein ähnliches Ereignis bei den Frauen im Vergleichsgebiet mit fast 16 Suiziden je 100000 Frauen eintritt. Der in der 2.Hälfte der 70er Jahre einsetzende abnehmende Trend, der auch über das Jahr 1989 hinaus anhält, verläuft im Vergleich zu dem in der früheren Bundesrepublik ähnlichen Entwicklungsprozess der Gesamtsuizidrate in der DDR wesentlich dynamischer.

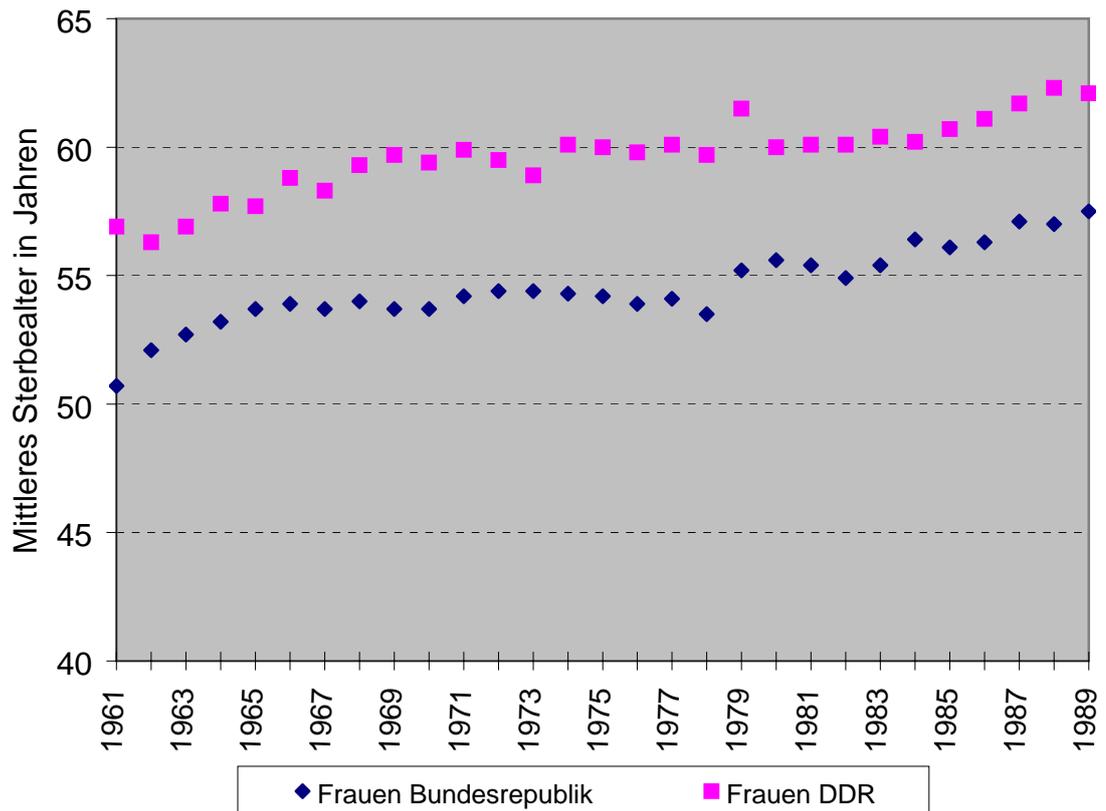


Abbildung 9: Mittleres Sterbealter bei Frauen in der früheren Bundesrepublik und in der DDR

Im Gegensatz zu den Männern (Abbildung 7, S.86) mit einem eher uneinheitlichen Verlauf des mittleren Suizidsterbealters ist bei den Frauen im Untersuchungszeitraum von 1961 bis 1989 eine eindeutige Tendenz zu einem steigenden mittleren Sterbealter erkennbar (Abbildung 9). Die jährlichen Veränderungen des mittleren Sterbealters zeigen bei den Frauen in der ersten Hälfte des Beobachtungszeitraumes einen in der Tendenz ausgeglichenen Verlauf. Die Veränderungen des mittleren Suizidsterbealters bei Frauen in der DDR (Abbildung 9) ähneln den Veränderungen bei den Frauen im Vergleichsgebiet als einer nahezu parallel verlaufenden Entwicklung. Das Niveau des mittleren Suizidsterbealters ist bei den Frauen in der DDR während des Beobachtungszeitraumes von 1961 bis 1989 ca. 5 Jahre höher.

Beginnend bei einem mittleren Sterbealter von 50,7 Jahren im Jahre 1961 steigt dieses bis 1966 schnell auf ca. 54 Jahre. In der anschließenden Dekade bis 1977 pendelt sich das mittlere Suizidsterbealter auf einen durchschnittlichen Wert von 54 Jahren (Standardabweichung: 0,27 Jahre) ein.

Von 1978 bis über das Wendejahr 1989 hinaus kommt es mit leichten Schwankungen zur weiteren Zunahme des Suizidmortalitätsalters (1989: rund 58 Jahren). Analog der Entwicklung bei den Männern kommt es in den Jahren 1978 bis 1980 zu einem größeren Sprung; hier nimmt das mittlere Suizidsterbealter innerhalb von nur 2 Jahren um 2 Jahre zu.

Die Zunahme des mittleren Suizidsterbealters ist im Kontext geringerer Mortalität bei Frauen auf eine mögliche geringere Suizidbereitschaft der jüngeren Altersgruppen zurückzuführen.

Von 1961 bis ca. 1970 erfolgt eine Zunahme der mittleren Suizidmortalität um ca. 3 Jahre und verbleibt, mit Ausnahme des Jahres 1979, in den folgenden Jahren relativ konstant bei ca. 60 Jahren. Ab der 2.Hälfte der 80er Jahre steigt die mittlere Suizidsterblichkeit weiter kontinuierlich über das Wendejahr 1989 hinaus (1989: ca. 62 Jahre) an.

Im Jahr 1979 fällt die Zunahme des mittleren Sterbealters mit einem Rückgang der Zahl der insgesamt gestorbenen Frauen in der DDR zusammen.

Offensichtlich suizidierten sich im Jahr 1979 deutlich weniger jüngere Frauen. Eine vergleichbare Situation zeichnet sich auch bei den Frauen in der früheren Bundesrepublik ab (vgl. Abbildung 9, S.89).

Entwicklung des Suizidgeschehens bei der jungen Bevölkerung

Langfristige Entwicklung im Zeitraum 1961 - 1989

Die Betrachtung des Suizidgeschehens in den Jahren nach der Wende (1989 bis 2005) erfolgt vergleichend zu den Entwicklungen vergangener Dekaden. Bevor eine nähere Betrachtung der Postwendezeit ab 1989 durchgeführt werden kann, sollen zunächst langfristige Trends sowie auch größere Veränderungen im Suizidverhalten von Jugendlichen in den Altersgruppen 10 bis unter 15 Jahre, 15 bis unter 20 Jahre sowie 20 bis unter 25 Jahre auch im Vergleich zum Gesamtsuizidgeschehen aller Altersgruppen dargestellt werden.

Männliche Jugendliche und junge Männer in der früheren Bundesrepublik

Der Hauptanteil von Suiziden bei Männern insgesamt wird nicht von den Jugendlichen und jungen Männern verursacht. Trotzdem haben Jugendliche einen Anteil am Gesamtsuizidgeschehen, insbesondere wirken sich größere Trendveränderungen im Suizidverhalten, wie z. B. gegen Ende der 70er Jahre bei Jugendlichen, auch auf die Gesamtsituation aus (Abbildung 10, S.91; vgl. Abbildung 6, S.84).

Im Vergleich zur gesamten Suizidmortalitätsrate der Männer aller Altersgruppen liegen die altersspezifischen Mortalitätsraten von männlichen Jugendlichen während des gesamten Beobachtungszeitraumes von 1961 bis 1989 mit einer einzigen Ausnahme (Altersklasse 20 bis <25 Jahre im Jahr 1977) permanent deutlich niedriger (Abbildung 10). Aufgrund relativ kleiner absoluter Fallzahlen bei den sehr jungen Suizidenten (Altersgruppe 10 bis <15 Jahre) müssen starke Veränderungen im Beobachtungszeitraum aufgrund kleinerer Fallgrößen vorsichtig interpretiert werden.

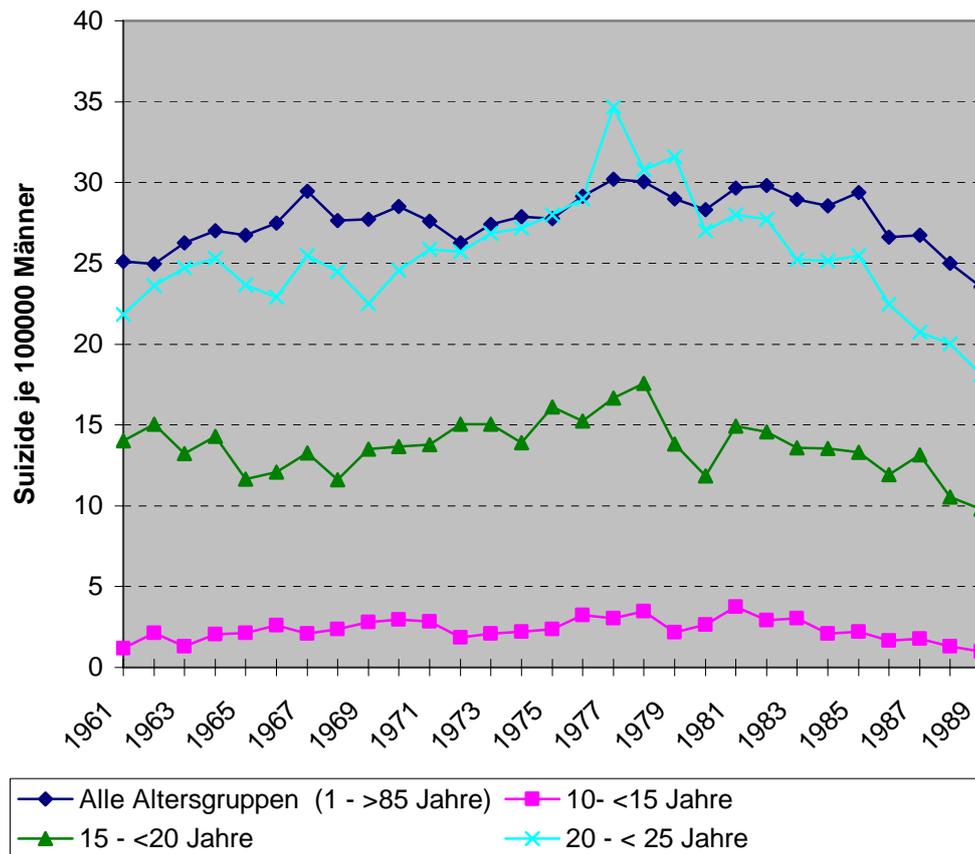


Abbildung 10: Altersspezifische Suizidraten von jungen Männern sowie von Männern aller Altersgruppen in der Bundesrepublik

Bei der Gesamtbetrachtung über den Beobachtungszeitraum fällt die bei der Altersgruppe 20 bis <25 Jahre viel stärker ausgeprägte Suizidfrequenz von 1969 bis 1977 auf. In dieser Altersgruppe ist auch der Rückgang der Suizidhäufigkeit bis zum Zeitpunkt der Wende von einem höheren Niveau ausgehend stärker ausgeprägt, ein Effekt, der sich bei der Rückkehr zu vergleichbaren Rahmenbedingungen, zwangsläufig ergibt.

Altersgruppe:	10- <15 Jahre	15- <20 Jahre	20- <25 Jahre	Alle Männer
Mittelwert	2,32	13,68	24,47	27,68
Standardabw.	0,67	1,71	3,43	1,66
rel. Standardabw.	29 %	1,25 %	13,5 %	6 %

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass in den 70er Jahren mehr junge Männer der Altersgruppe 20 bis <25 Jahre in die Suizidstatistik eingingen als die Trendentwicklung sowohl der jüngeren als auch der älteren Männer erwarten ließ. Das Suizidverhalten männlicher Jugendlicher im Alter von 10 bis <20 Jahren entspricht im Trend dem der Gesamtpopulation (Tabelle 2). Von 1961 bis Mitte der 70er Jahre nehmen die Suizidmortalitätsraten im Trend zu und fallen danach bis über das Jahr der Wende 1989 bis in die 90er Jahre sehr deutlich ab und erreichen dabei niedrigere Niveaus als zu Beginn des Betrachtungszeitraumes.

Männliche Jugendliche und junge Männer in der DDR

In der DDR ergibt sich ein im Vergleich zu der alten Bundesrepublik sehr differenziertes Bild.

Tabelle 3: Durchschnittliche altersspezifische Mortalitätsraten bei Männern in der DDR von 1961 - 1989				
Altersgruppe:	10- <15 Jahre	15- <20 Jahre	20- <25 Jahre	Alle Männer
Mittelwert	4,90	16,35	31,21	42,16
Standardabw.	1,59	3,38	6,03	2,87
rel. Standardabw.	32,5 %	20,7 %	19,3 %	6,8%

Bei den untersuchten männlichen Altersgruppen in der DDR sind die durchschnittlichen altersspezifischen Suizidraten höher als bei den Vergleichsgruppen im alten Bundesgebiet (Tabelle 3, vgl. dazu Tabelle 2, S.91).

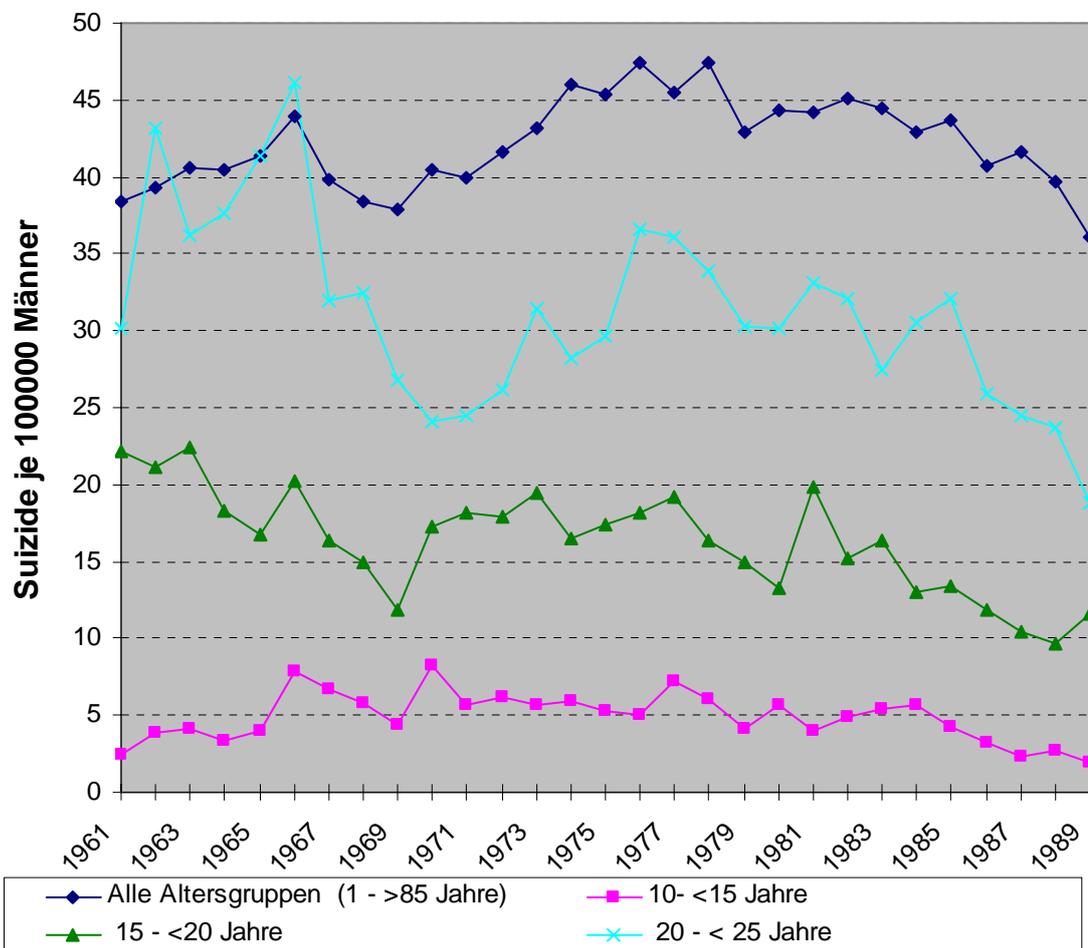


Abbildung 11: Altersspezifische Mortalitätsraten von Männern in der DDR

Die Veränderungen der Suizidraten Jugendlicher und junger Männer während des gesamten Beobachtungszeitraumes (Abbildung 11) unterscheiden sich in der ehemaligen DDR viel stärker vom allgemeinen Trend der Mortalitätsraten aller Altersstufen der Männer als im Vergleichsgebiet. In der Altersgruppe 10 bis <15 Jahre steigt die altersspezifische Mortalitätsrate in der Zeit von 1961 bis 1966 sprunghaft auf

einen Wert von 7,9 Suiziden je 100000 Jungen an. Eine Unterschreitung des Minimalwertes von 1969 tritt erst 10 Jahre später, nach einem geringfügigen Anstieg bis Mitte der 80er Jahre, wieder ein. Seit 1984 zeichnet sich bei der Suizidmortalitätsrate in der Altersgruppe 10-<15 Jahre in der DDR kontinuierlich ein Abwärtstrend, auch über das Wendejahr 1989 hinaus (bis ca. 1992), ab.

Gegenläufig zum allgemeinen Trend nimmt die Suizidmortalität in der Altersgruppe 15 bis <20 Jahre in den ersten acht Jahren des Beobachtungszeitraumes zunächst ab. Im Jahr 1969 erreicht sie ein Minimum in einer Größenordnung, die erst wieder Mitte der 80er Jahre im die Zuge der allgemein abnehmenden Suizidzahlen erreicht bzw. danach unterschritten wird.

In der männlichen Altersgruppe 20 bis <25 Jahre weisen die Suizidraten wesentlich stärkere Veränderungen auf. Sie steigen zunächst von 1961 bis 1962 sprunghaft an und erfahren nach einem Rückgang im Jahre 1963 weiterhin bis 1966 eine deutliche Zunahme. In diesen Jahren liegt nicht nur im Vergleich zur früheren Bundesrepublik, sondern auch im langjährigen Trend innerhalb der DDR, eine ungewöhnlich hohe Suizidfrequenz der zur Zeit des 2. Weltkrieges geborenen Altersgruppe in der DDR vor. Im Jahr 1966 erreicht diese Entwicklung ihren Höhepunkt und übersteigt die Gesamtsuizidrate aller männlicher Altersgruppen. Es liegt die Vermutung nahe, dass ein Zusammenhang von Ereignissen in der DDR und dieser Entwicklung besteht. In dieser Altersgruppe entspannt sich erst zum Ende der 60er Jahre das Suizidgeschehen. Wie auch bei den anderen männlichen Jugendlichen der jüngeren Altersgruppen vollzieht sich in den 80er Jahren ein abnehmender Trend im Suizidverhalten, der am Ende des Betrachtungszeitraumes das Niveau von 1961 unterschreitet.

Weibliche Jugendliche und junge Frauen in der früheren Bundesrepublik

Wie beim männlichen Geschlecht liegen die altersspezifischen Suizidraten der Mädchen und jungen Frauen in den drei untersuchten Altersgruppen bis <25 Jahre deutlich unterhalb der Suizidrate für die Gesamtpopulation Frauen.

Tabelle 4: Durchschnittliche altersspezifische Mortalitätsraten bei Frauen in den früheren Bundesrepublik von 1961 - 1989				
Altersgruppe:	10- <15 Jahre	15- <20 Jahre	20- <25 Jahre	Alle Frauen
Mittelwert	0,63	4,93	7,98	13,75
Standardabw.	0,23	1,07	1,68	1,31
rel. Standardabw.	36,8%	21,7%	21,1%	9,5%

In Tabelle 4 sind die durchschnittlichen Mortalitätsraten der verschiedenen Altersgruppen zusammengefasst.

Die über den gesamten Beobachtungszeitraum gemittelten altersspezifischen Suizidmortalitätsraten der Frauen liegen in den drei untersuchten Altersstufen sowie bei der Gesamtpopulation deutlich unter denen der Männer im früheren Bundesgebiet (Tabelle 5).

Tabelle 5: Vergleich der gemittelten Mortalitätsraten von Frauen und Männern in der früheren Bundesrepublik von 1961 - 1989				
Altersgruppe:	10- <15 Jahre	15 -<20 Jahre	20 -<25 Jahre	1- >85Jahre
Frauen	5%	36%	58%	100%
Männer	8%	49%	88%	100%
Relation Frauen:Männer	1:4	1:3	1:3	1:2

Dem kontinuierlichen altersbedingten Anstieg der Suizidrate bei den männlichen Jugendlichen (Abbildung 10, S.91) steht eine uneinheitliche Zunahme bei den Mädchen/jungen Frauen gegenüber, die natürlich auch im

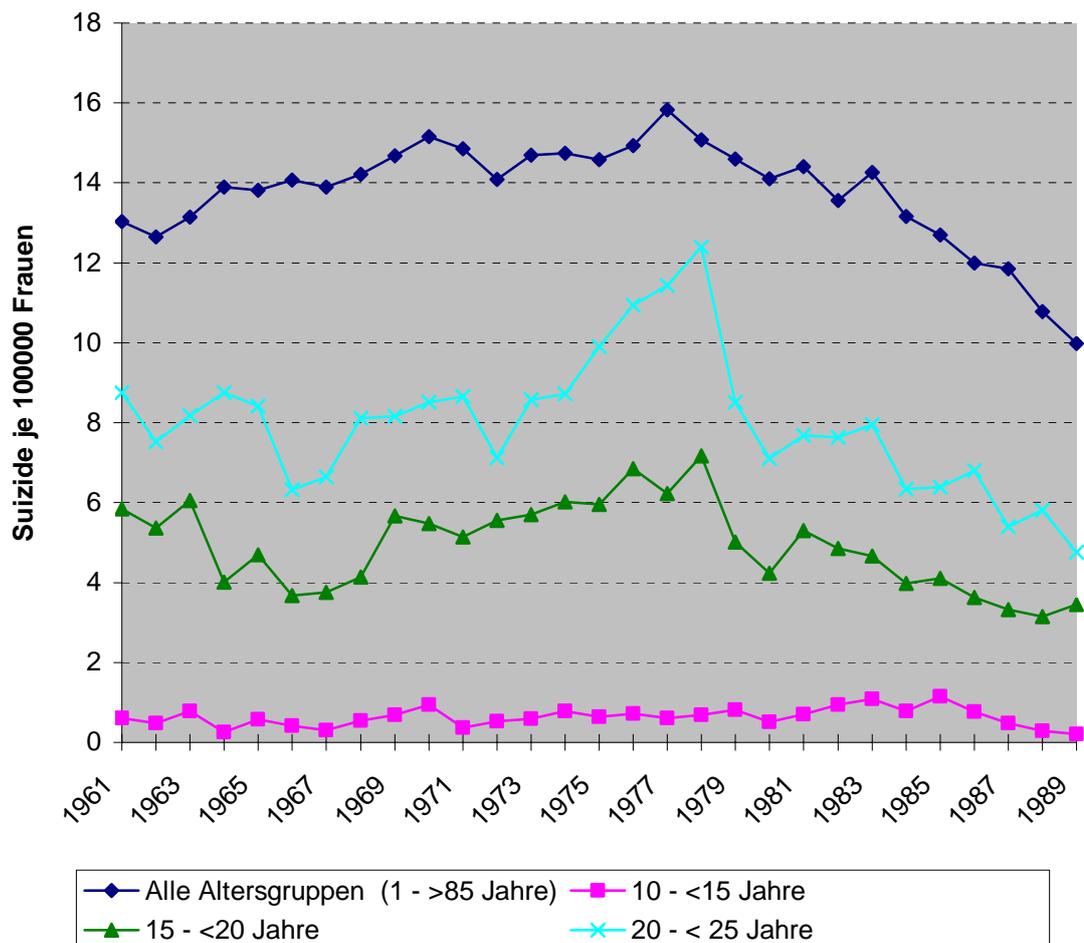


Abbildung 12: Altersspezifische Mortalitätsraten von Frauen in der früheren Bundesrepublik

Kontext mit unterschiedlichen Reifeentwicklungen bei Jungen und Mädchen gleichen Alters zu betrachten sind.

Nach dem Anstieg der altersspezifischen Mortalitätsraten bis in die 2.Hälfte der 70er Jahre vollzieht sich eine Trendwende, sodass gegen Ende der 80er Jahre sogar das Anfangsniveau von 1961 unterschritten wird (Abbildung 12). Während des gesamten Beobachtungszeitraumes von 1961 bis 1989 liegt die altersspezifische Suizidmortalitätsrate der jüngsten weiblichen

Altersgruppe mit einer normalen Schwankungsbreite um den Wert 1 (Abbildung 12).

Bei genauerer Betrachtung der altersspezifischen Suizidmortalitätsrate ergibt sich rechnerisch, abgesehen von kurzen Unterbrechungsphasen, ein bis in die 80er Jahre anhaltender Anstieg. Ein Trend, der dem kontinuierlich fallenden Verlauf der Mortalitätsraten der über 15-jährigen weiblichen Jugendlichen gegenüber steht. Ab Mitte der 80er Jahre sinkt die Suizidrate der 10 - <15-Jährigen bis 1990 auf den Minimalwert von 0,13 Suiziden.

In der weiblichen Altersgruppe 15 - <20 Jahre reduziert sich von 1961 bis 1966 entgegen dem allgemeinen Trend der Gesamtpopulation der Frauen die Suizidrate dieser Altersgruppe von 5,8 auf 3,7 Suizide je 100000 Frauen. In der anschließenden Zeitspanne bis 1977 steigt die Suizidrate weiter auf 7,2 Suizide (Maximalwert 1961–1989) an. Ab den frühen 80er Jahren setzt ein kontinuierlicher Rückgang der Suizidrate ein, der sich 1989 auf einen Minimalwert von 2,6 Suiziden je 100000 Mädchen etabliert.

Die Suizidraten der 20 - <25-jährigen Frauen sind im gesamten Beobachtungszeitraum durch kurzperiodische Phasen der Zu- bzw. Abnahme profiliert. Entsprechend dem allgemeinen Trend des Suizidgeschehens bei den Frauen im früheren Bundesgebiet erreicht bei den 20 - <25-jährigen Frauen die Suizidmortalitätsrate in der zweiten Hälfte der 70er Jahre ihr Maximum. Mit Beginn der 80er Jahre vollzieht sich ähnlich wie bei der weiblichen Altersgruppe der 15 bis 20-Jährigen ein abnehmender Trend, der, mindestens bis zur Wende im Jahr 1989, deutlich anhält. Auffällig ist die Suizidmortalitätsentwicklung der Frauen dieser Altersgruppen in dem vergleichsweise kurzen Zeitraum von 1972 bis 1980 (Tabelle 6).

Tabelle 6: Altersspezifische Mortalitätsrate je 100000 Frauen der Altersgruppe 20 - <25 Jahre in der früheren Bundesrepublik von 1972 bis 1980									
Jahr	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
AMR	7,12	8,57	8,72	9,9	10,94	11,43	12,39	8,51	7,1

Hier zeichnet sich eine Zunahme der Suizidmortalitätsrate innerhalb von nur sechs Jahren (1972 bis 1978) um nahezu 75% ab. Noch rapider erfolgt die Abnahme der Suizidrate dieser Altersgruppe innerhalb von nur zwei Jahren von 12,4 auf 7,1 Suizide im Jahr 1980.

Weibliche Jugendliche und junge Frauen in der DDR

Die über den Beobachtungszeitraum von 1961 bis 1989 gemittelten Suizidraten der verschiedenen Altersgruppen liegen in der DDR wesentlich höher als die entsprechenden Werte der Vergleichsgruppen in der früheren Bundesrepublik (s. Tabelle 4, S.93).

Tabelle 7: Durchschnittliche altersspezifische Mortalitätsraten bei Frauen in der DDR von 1961 - 1989				
Altersgruppe:	10- <15 Jahre	15- <20 Jahre	20- <25 Jahre	Alle Frauen
Mittelwert	0,95	7,21	12,08	23,42
Standardabw.	0,55	2,73	3,0	2,68
rel. Standardabw.	57,7%	37,9%	24,8%	11,4 %

Während der Zeitspanne von 1961 bis 1989 ist die Gesamtsuizidmortalitätsrate der Frauen in der DDR um 64 % höher als bei der Vergleichspopulation in der alten Bundesrepublik (Abbildung 13 und Abbildung 8, S.88). Bei den jungen Frauen ist die mittlere Suizidrate in der DDR bei den 10-<15-Jährigen um 50%, bei den 15-<20-Jährigen um 46% und bei den 20-<25-Jährigen um ca. 51 % größer als bei den Vergleichsgruppen im alten Bundesgebiet.

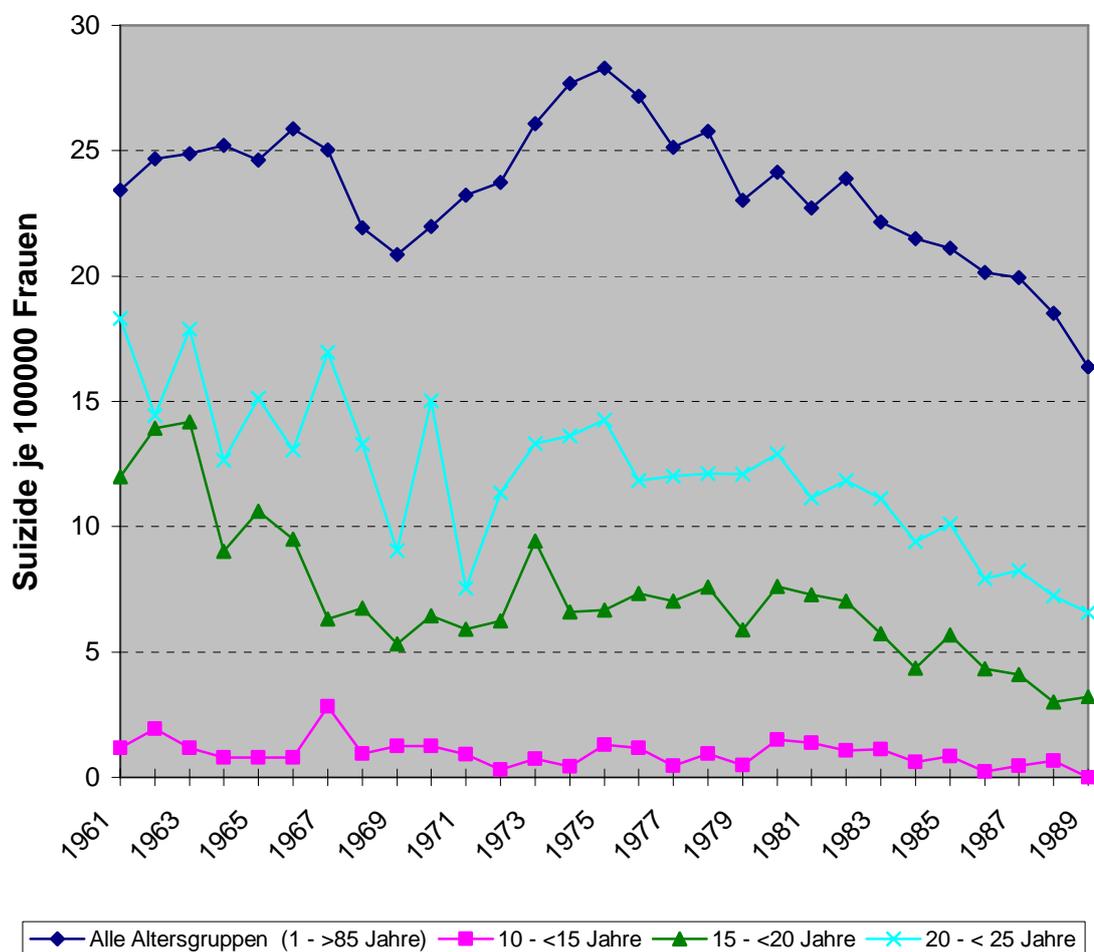


Abbildung 13: Altersspezifische Mortalitätsraten von Frauen in der DDR

Am Anfang des Beobachtungszeitraumes zeigen die Frauen der drei betrachteten Altersgruppen in der DDR im Vergleich zur früheren Bundesrepublik nahezu doppelt so hohe Suizidmortalitätsraten (Abbildung 13, S.96; vgl. Abbildung 12, S.94).

Das Niveau der Suizidmortalitätsraten der jungen Frauen in der DDR nimmt zum Ende des Beobachtungszeitraumes rapide ab.

Das Suizidgeschehen in der jüngsten Gruppe (Altersgruppe 10 - <15 Jahre) ist über einen Zeitraum von fast drei Dekaden von 1961 bis 1989¹ und darüber hinaus (bis ca. 1992) in seiner Tendenz abnehmend.

Für das Jahr 1989 (auch für 1992) wird im untersuchten Datenmaterial für die Suizidmortalitätsrate in dieser weiblichen Altersgruppe 10 - <15 Jahre der Wert „Null“ angegeben.

Ob in diesen Jahren auf dem Gebiet der DDR/neuen Bundesländer tatsächlich keine oder nur einzelne Fälle, deren Anzahl durch die Rundung bei der Mortalitätsrate unberücksichtigt bleibt, vorlagen oder ob der Wert Null ein „missing value“ repräsentiert, kann hier nicht beurteilt werden.

In der nächsten Altersgruppe 15 - <20 Jahre erreichen die Suizidmortalitätsraten in der DDR zu Beginn des Beobachtungszeitraumes sehr hohe Werte.

In der Periode von 1961 bis 1963 beträgt die Suizidrate durchschnittlich 13,37 Suizide. Dieser Wert liegt deutlich noch über dem Maximalwert der in der Tendenz stärker suizidgefährdeten Altersgruppe 20 - <25 Jahre in der früheren Bundesrepublik (Maximalwert: 12,4 Suizide im Jahr 1978).

Ausgehend von der sehr hohen Suizidhäufigkeit zu Beginn der 60er Jahre reduziert sich die Suizidmortalitätsrate in der weiblichen Altersgruppe 15 - <20 Jahre bis gegen Ende der 60er Jahre. Bis zum Ende der 70er Jahre steigt die Suizidrate der 15 - <20-jährigen jungen Frauen in der DDR wieder kontinuierlich an. In den 80er Jahren sinkt die Mortalitätsrate von 7,6 (1980) auf 3,2 Suizide je 100000 Mädchen (1989) um fast 42% in einer Dekade.

Uneinheitlicher als bei den Männern in der ehemaligen DDR sowie bei den Frauen in der alten Bundesrepublik stellt sich das Suizidverhalten in der Altersgruppe der 20 - <25-jährigen Frauen in der DDR (Abbildung 13, S.96) dar.

In der ersten Dekade des Beobachtungszeitraumes treten Sprünge in den Suizidraten von Jahr zu Jahr in Größenordnungen von bis zu 66% auf. Besonders deutliche Sprünge der Suizidrate dieser Altersgruppe treten im Zeitraum 1967 bis 1971 auf. Solche sprunghaften Veränderungen in den Suizidraten lassen die Vermutung zu, dass das Suizidgeschehen jener Altersgruppe primär von aktuellen Ereignissen und weniger von der Folge langfristiger Entwicklungen beeinflusst ist.

Von 1971 bis 1975 steigt die Suizidrate kontinuierlich von 7,53 auf 14,25 Suizide, was nahezu einer Verdoppelung in vier Jahren entspricht. Beginnend mit den 80er Jahren vollzieht sich eine Trendwende ein. Bis 1989 nimmt die Suizidmortalitätsrate ab und erreicht das Niveau von 6,57 Suiziden je 100000 Frauen.

¹ Für diesen Zeitraum beträgt der Gesamtmittelwert 0,85 Suizide je 100000 Mädchen (Standardabweichung: 0,57 Suizide).

5.3.2 Untersuchung des Suizidgeschehens von 1989 - 2000

Suizide von Männern aller Altersstufen in der früheren Bundesrepublik/DDR

Zu Beginn des Betrachtungszeitraumes im Jahr 1989 lag die Gesamtsuizidrate bei den Männern in den alten Bundesländern (der früheren Bundesrepublik) mit 23,54 Suiziden je 100000 Männern um ein Drittel niedriger als bei der Vergleichspopulation in den neuen Bundesländern (der ehemaligen DDR) mit 36,12 Suiziden je 100000 Männer (Abbildung 14). Der bereits vor der Wende eingesetzte Rückgang der Suizidmortalität hält weiter an. Im Vergleich mit den Männern in den neuen Bundesländern stellt sich die rückläufige Entwicklung der Suizidhäufigkeit eher langsam dar.

Im Jahr 2000 hat sich die Gesamtsuizidrate bei den Männern in den alten Ländern auf ein Niveau von rund 19,8 Suiziden je 100000 Männer verringert.

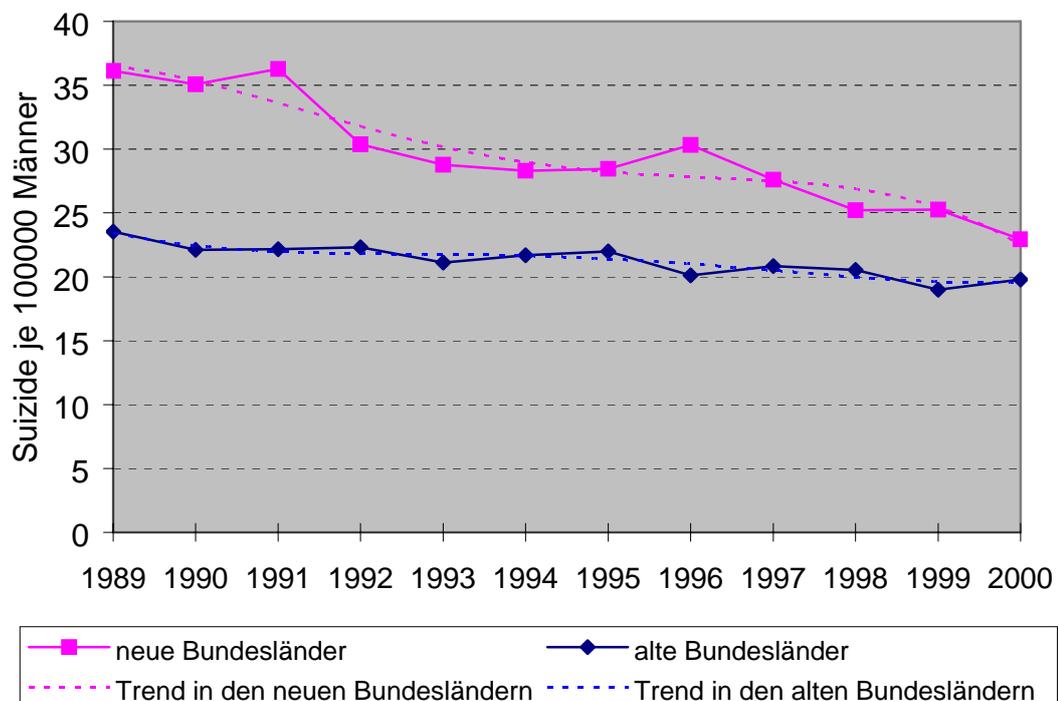


Abbildung 14: Suizidraten aller Männer in den alten und neuen Bundesländer

Ausgehend von einem ursprünglich häufigeren Suizidgeschehen bei den Männern in den neuen Ländern im Jahr 1989 setzt sich der seit den 80er Jahren sinkende Trend der Suizidmortalität zunächst bis 1990 fort. Im Vergleich zur Suizidrate der Männer in den alten Bundesländern steigt die Gesamtsuizidrate den neuen Bundesländern kurzzeitig sprunghaft im Jahr 1991 an. Hier ist zu vermuten, dass bei diesem regiospezifischen Phänomen Auswirkungen des Transformationsprozesses beispielsweise Verlust der Arbeit, Unsicherheit im Umgang mit den neuen gesellschaftlichen Normen eine Rolle gespielt haben. Ähnlich der abnehmenden Entwicklung bei der Suizidhäufigkeit der Frauen (Abbildung 15, S.99), jedoch in den

Schwankungen unterschiedlich profiliert, zeichnet sich bei den Männern in den neuen Bundesländern ein Annäherungsprozess an das Niveau der Vergleichspopulation in den alten Ländern ab, der wesentlich mehr dynamischer verläuft. Im Jahr 2000 wird das absolute Minimum im gesamten Betrachtungszeitraum zwischen 1961 und 2000 mit fast 23 Suiziden je 100000 Männer erreicht. Im Vergleich zu 1989 hat sich die Suizidmortalitätsrate im Jahr 2000 um rund 25% verringert.

Suizide von Frauen aller Altersstufen in den alten und neuen Bundesländern

Auch in der Periode nach der Wende setzt sich kontinuierlich der degressive Trend bei der Suizidhäufigkeit der Frauen auf beiden Gebieten fort. Interessant ist insbesondere die angedeutete, fast linear profilierte Verlangsamung der abnehmenden Tendenz der Suizidrate bei den Frauen in den alten Bundesländern (Abbildung 15). Im Jahr 2000 wird das in der Suizidhäufigkeit bisherige Minimum innerhalb von fast 4 Jahrzehnten mit rund 7,2 Suiziden je 100000 Frauen erreicht. Dieses entspricht bezogen auf das Jahr 1989 einer Verringerung der Suizidziffer um nahezu 30%.

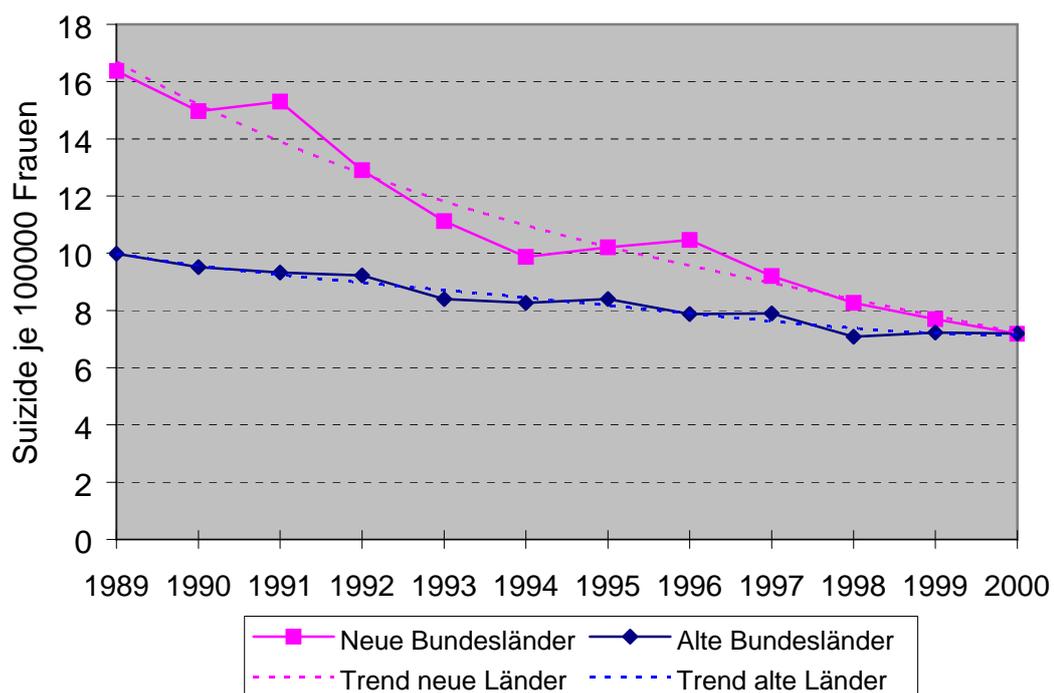


Abbildung 15: Suizidraten bei Frauen aller Altersgruppen in den alten und neuen Bundesländern

Die Entwicklung der Suizidmortalität bei den Frauen und Männern in den alten Bundesländern (Abbildung 15 und Abbildung 14) verläuft auch in der Periodizität der Veränderungen sehr ähnlich, wenngleich der fallende Trend der Gesamtsuizidrate bei den Frauen leicht steiler ausgeprägt ist und im Vergleich der Reduktionsquoten für die Periode 1989 bis 2000 annähernd doppelt so groß ist. Das relativ ähnliche Suizidverhalten von Männern und

Frauen in den alten Bundesländern lässt auf einen regionspezifischen Kontext schließen.

Ausgehend von einem höheren Niveau der Gesamtsuizidrate der Frauen in den neuen Ländern von rund 16 Suiziden je 100000 Frauen entwickelt sich zum Ende des Betrachtungszeitraumes im Jahr 2000 ein dynamischer Angleichungsprozess. Analog zum Suizidgeschehen bei den Männern erfolgt im Jahr 1991 (Abbildung 14, S.98) auch ein kurzer Anstieg der Suizidziffern der Frauen in den neuen Bundesländern.

Bei Betrachtung des Jahres 2000 ergibt sich für die Frauen aus den neuen Bundesländern die Vollendung des Angleichungsprozesses auf das Niveau der alten Länder mit einer fast identischen Gesamtsuizidrate bei den Frauen (Abbildung 15). Vor dem Hintergrund unterschiedlicher Bevölkerungszahlen und daraus resultierender unterschiedlicher Verhältnisse ist dieses Geschehen vorsichtig zu interpretieren.

Männliche Jugendliche und junge Männer in den alten Bundesländern

Im Vergleich zur mittleren Mortalitätsrate des Gesamtzeitraums 1961 bis 1989 (Tabelle 5) sind die Mittelwerte der altersspezifischen Mortalitätsraten für den Zeitraum nach der Wende deutlich vermindert (Tabelle 8).

In der jüngsten Altersgruppe der 10- <15-jährigen Jungen ist die mittlere Mortalitätsrate der Jahre 1989 bis 2000 um nahezu 50% kleiner als die des Gesamtzeitraumes 1961 bis 1989. In den Altersgruppen 15- <20 Jahre und 20- <25 Jahre ist sie um 36 % reduziert. Auch in der alle Altersstufen zusammenfassenden Gruppe 1- >85 Jahre ergibt sich für die Zeitspanne nach der Wende ein um 23 % kleinerer Mittelwert im Vergleich zum Gesamtzeitraum. Geringere Standardabweichungen weisen eher auf moderate Schwankungen der altersspezifischen Suizidziffern in dieser Periode hin.

Tabelle 8: Durchschnittliche altersspezifische Mortalitätsraten bei Männern in den alten Bundesländern von 1989 - 2000				
Altersgruppe:	10- <15 Jahre	15- <20 Jahre	20- <25 Jahre	1- >85 Jahre
Mittelwert	1,28	9,72	16,87	21,27
Standardabw.	0,34	0,52	1,02	1,22
rel. Standardabw.	26,2 %	5,3 %	6,0%	5,5 %

Setzt man die Suizidmortalitätsrate der jüngsten Altersklasse willkürlich gleich dem Wert '1', so beträgt das Verhältnis der Mortalitätsraten der drei untersuchten Gruppen zueinander 1 : 8 : 15. Somit ergibt sich für die nächsthöhere Altersgruppe im Vergleich dazu eine achtmal höhere Suizidfrequenz als bei denen der 10 - <15-Jährigen, aber eine etwa halb so hohe wie bei den 20- <25-jährigen jungen Männern. Diese Unterschiede sind als hochsignifikant zu interpretieren. Ein Kontext mit den altersabhängigen Entwicklungsphasen der Heranwachsenden und altersabhängigen externen Einflussgrößen, wie z. B. Wegfall der elterlichen Fürsorge mit zunehmendem Alter und zunehmender Eigenverantwortlichkeit mit dem Alter, ist zu vermuten.

Die Betrachtung der jüngsten Altersgruppe (10 bis unter 15 Jahre) zeigt große Unterschiede in den jährlichen Suizidraten (Abbildung 16), wobei sich dieser Eindruck durch geringe Fallzahlen relativiert.

Die Variabilität der altersspezifischen Mortalitätsrate in dieser Altersgruppe liegt zwischen 0,8 (Minimum 1990) und 2,0 Suiziden (Maximum 1993). Der Mittelwert liegt bei 1,28, die Standardabweichung bei 0,34 Suiziden je 100000 Personen dieser Altersgruppe. Bezogen auf die hohe Suizidraten der Jahre 1993 und 1995 ist anzunehmen, dass man diese Werte als „statistische Ausreißer“ interpretieren muss. Der eher uneinheitliche Trend der Suizidmortalitätsraten der anderen Jahre hat hierzu keine Entsprechung.

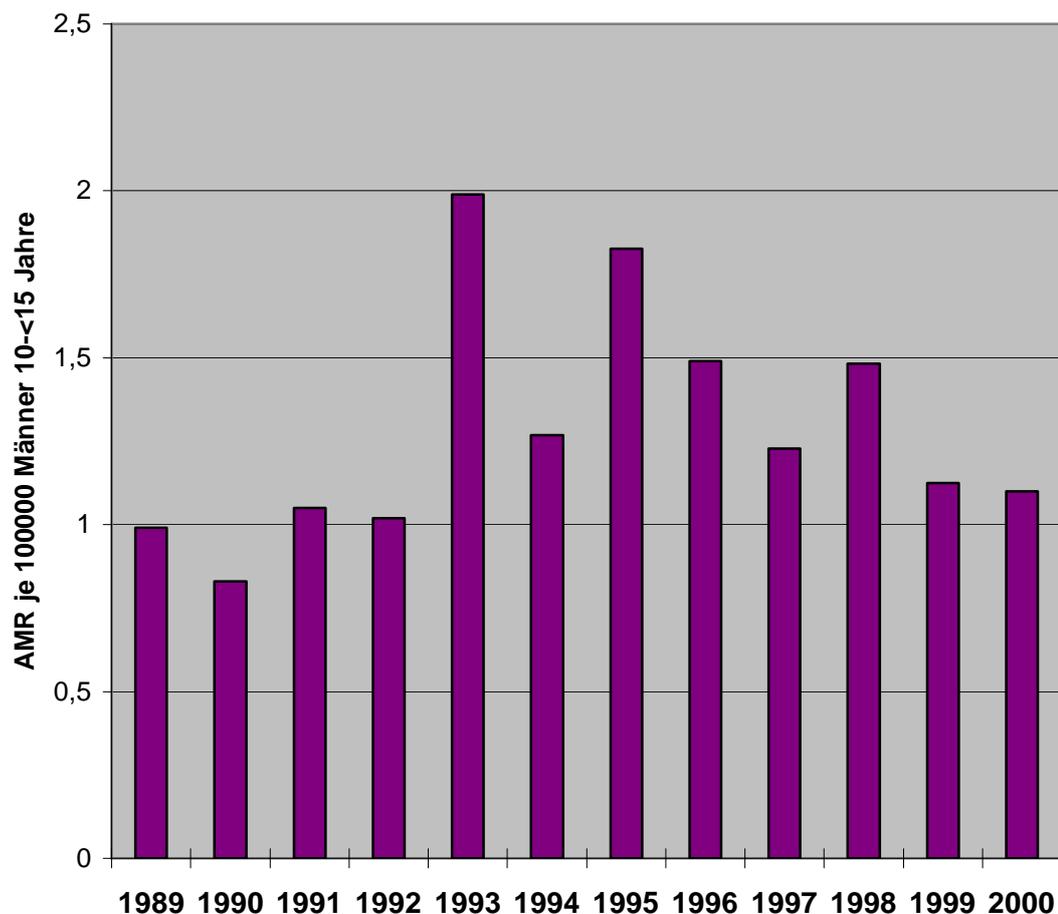


Abbildung 16: Mortalitätsraten männlicher Jugendlicher im Alter 10 bis <15 Jahre in den alten Bundesländern

Die im Jahr 1993 zur Gruppe der 10 - <15-jährigen gehörenden Jungen befanden sich zur Zeit der Wende in einem Alter von sechs bis elf Jahren. Hier bietet sich die Vermutung an, dass eine wendebedingte Desorientierung im Elternhaus und bei nahen Bezugspersonen, Umstrukturierungen in der (Grund-)schule bzw. der Wechsel von der Grund- zur Oberschule unter den Verhältnissen eines wirtschaftlichen und politischen Umbruchs bei den Jungen zu Defiziten in den Bereichen geführt haben, von denen man vermutet, dass sie als Netzwerk suizidale Handlungen vermeiden helfen (s. S.58ff.).

Mit einer relativen Schwankungsbreite etabliert sich in der Postwendeperiode bis zum Jahr 2000 die altersspezifische Mortalitätsrate auf dem Niveau von 1 Suizid pro 100000 Einwohner.

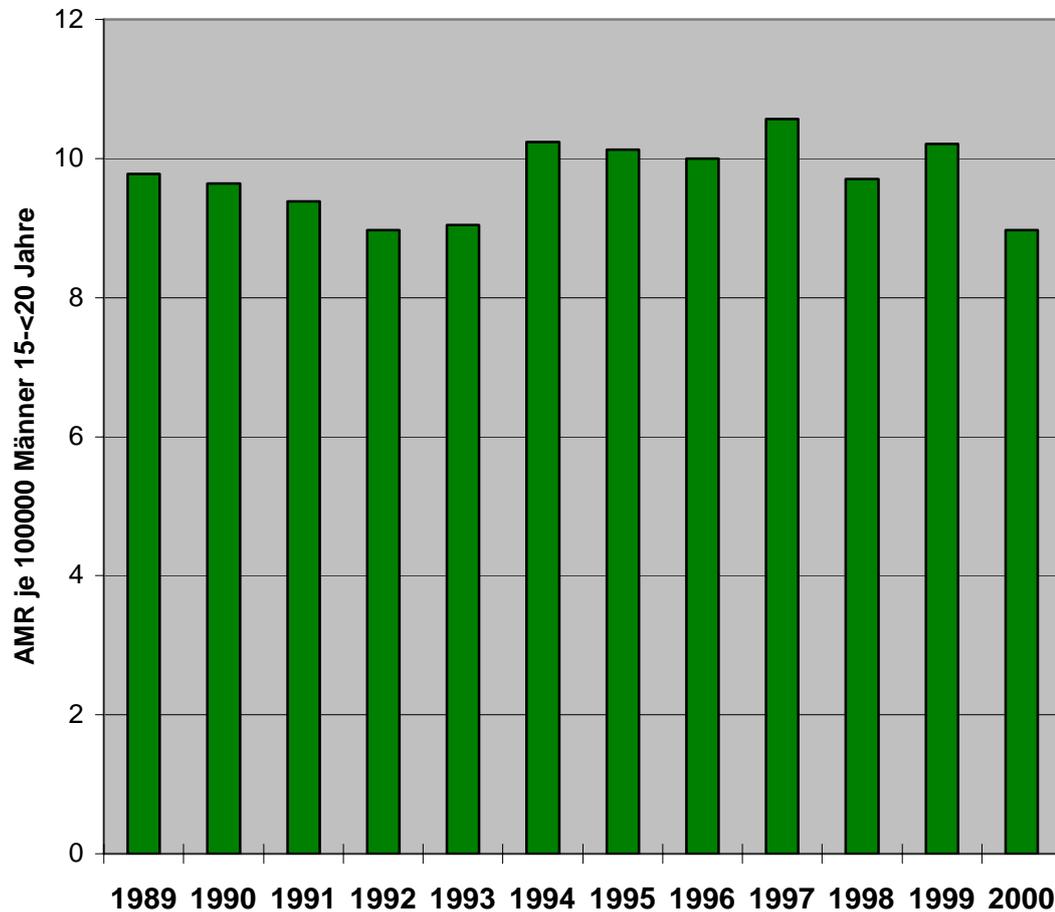


Abbildung 17: Mortalitätsraten junger Männer im Alter 15 bis <20 Jahre in den alten Bundesländern

Anders als bei der Altersgruppe 10 - <15 Jahre (Abbildung 16) zeigt die altersspezifische Mortalitätsrate in der männlichen Altersgruppe 15 - <20 Jahre über den Gesamtzeitraum 1989 bis 2000 einen in der Tendenz sehr schwach fallenden Verlauf (Abbildung 17), der kurzfristig 1993/1994, 1997 und 1999 unterbrochen wird.

Im Jahr 2000 wird bisher das absolute Minimum des gesamten Betrachtungszeitraumes mit 8,97 Suiziden je 100000 männliche Jugendliche erreicht. Im Vergleich zum Beobachtungszeitraum bis 1989 liegt auch hier das Mittelwertniveau von 9,93 Suiziden in der Postwendeperiode deutlich niedriger.

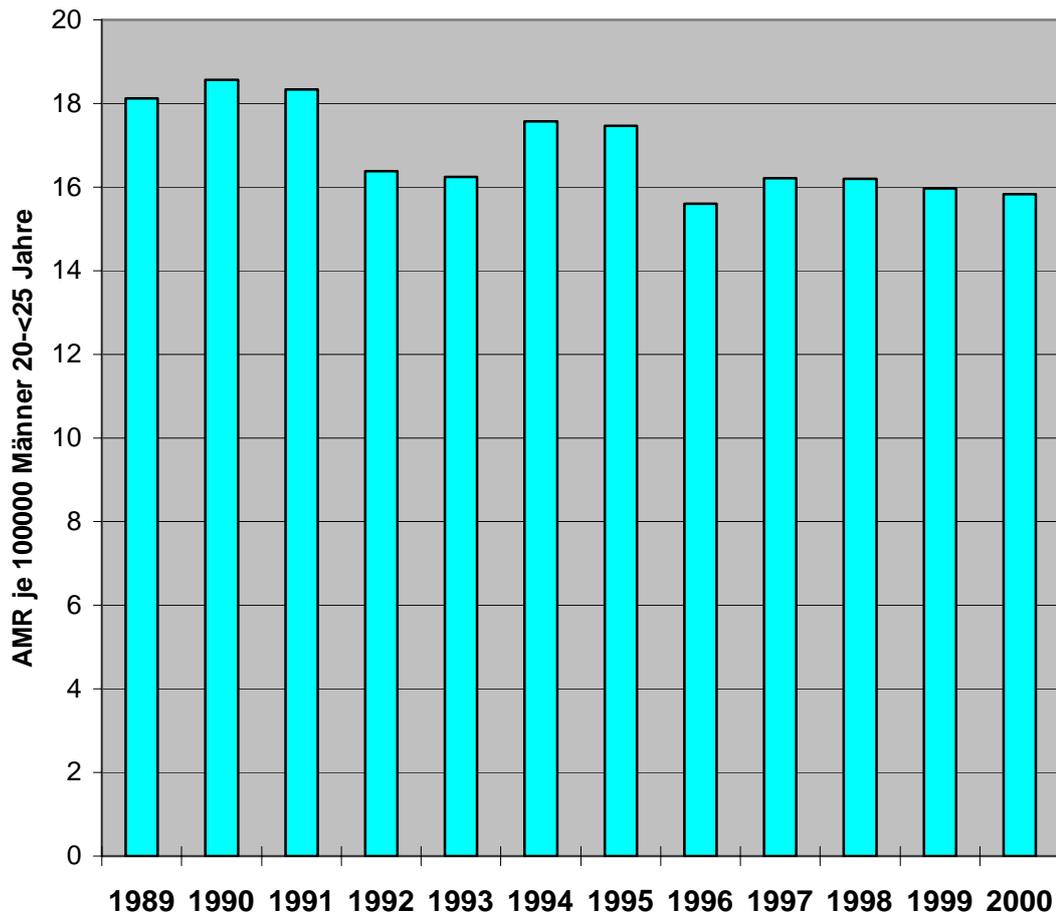


Abbildung 18: Mortalitätsraten junger Männer im Alter 20 bis <25 Jahre in den alten Bundesländern

Die Gruppe der 20- <25-jährigen Männer (Abbildung 18) ist durch sehr viel höhere Suizidziffern gekennzeichnet.

Abgesehen von dem insgesamt relativ hoch erscheinenden Suizidrate dieser Altersgruppe im Jahr 1990 und einem vergleichsweise kleinen Wert im Jahr 2000 liegen die Mortalitätsraten dieser Altersgruppe innerhalb einer Standardabweichung um den Mittelwert des Zeitraumes 1989 bis 2000¹).

Die Entwicklung der Suizidmortalität dieser Altersgruppe ist seit der Wende rückläufig. Trotz des sehr geringen Bestimmtheitsmaßes wird rechnerisch durch die lineare Regression formal ein fallender Trend bestätigt. Bezogen auf das Jahr 1989 erreicht der fallende Trend im Jahr 1996 ein vorläufiges Minimum. Im Anschlusszeitraum bis zum Jahr 2000 ist eine minimale Zunahme der Suizidhäufigkeit festzustellen, jedoch sollte diese kurze periodische Veränderung im Rahmen des bereits erwähnten degressiven Trends der Suizidmortalität jener Altersgruppe interpretiert werden. Bei den jungen Männern in der Altersgruppe ist es nach der Wende von 1989 bis 2000 insgesamt zu keiner signifikanten Veränderung in der Mortalitätsrate gekommen.

¹ Mittelwert: 21,27 Suizide je 100000 Männer; Standardabweichung: 1,22 Suizide je 100000 Personen

Männliche Jugendliche und junge Männer in den neuen Bundesländern

Tabelle 9: Durchschnittliche altersspezifische Mortalitätsraten bei Männern in den neuen Bundesländern von 1989 – 2000				
Altersgruppe:	10- <15 Jahre	15- <20 Jahre	20- <25 Jahre	1- >85 Jahre
Mittelwert	1,32	8,25	15,04	29,56
Standardabw.	0,38	1,38	2,06	4,17
rel. Standardabw.	28,7 %	16,8%	13,7 %	14,1 %

In der Nachwendeperiode von 1989 bis 2000 sind die mittleren altersspezifischen Suizidraten bei den jungen Männern in den neuen Ländern (Tabelle 9) deutlich niedriger als die entsprechenden Mittelwerte des Gesamtzeitraumes 1961 bis 2000¹.

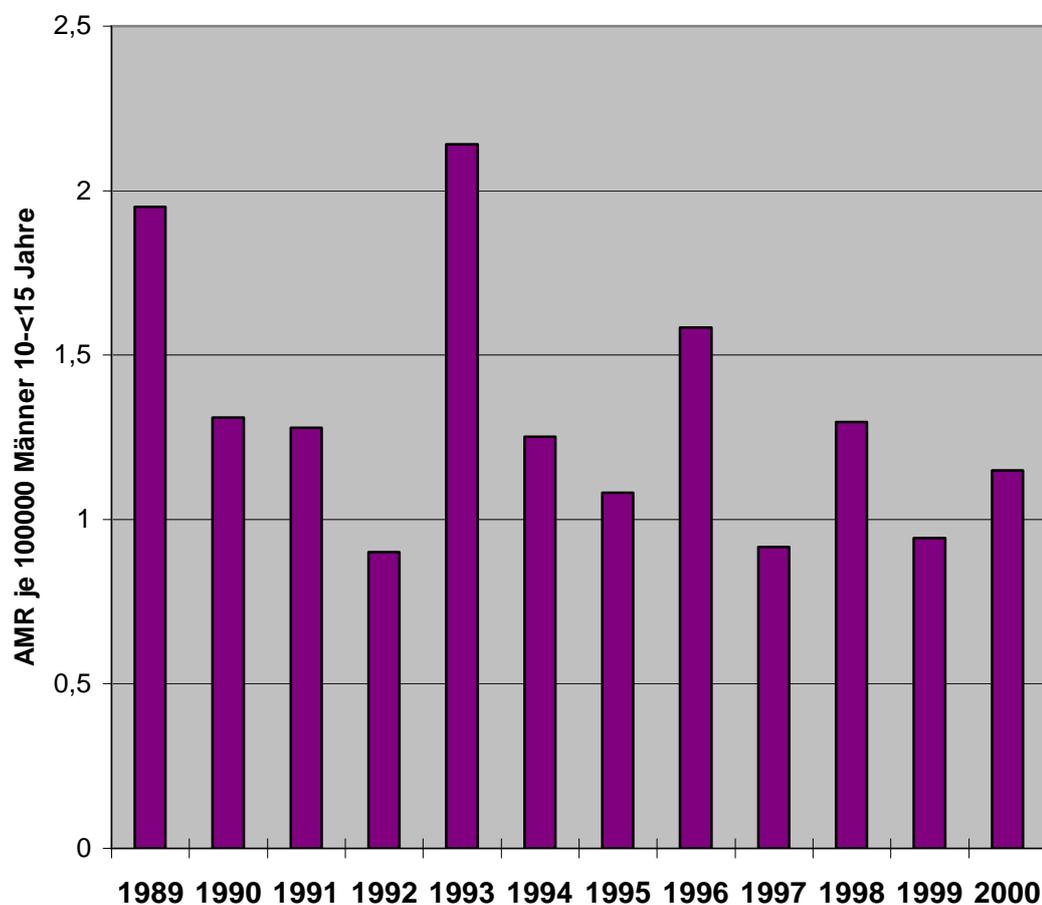


Abbildung 19: Mortalitätsraten männlicher Jugendlicher im Alter 10 bis <15 Jahre in den neuen Bundesländern

Bei Betrachtung der Suizidraten der 10-<15-jährigen Jungen in den neuen Bundesländern (Abbildung 19) zeigt sich tendenziell zunächst bis 1992 eine Abnahme: Ungewöhnlich erscheint der relativ hohe Anstieg im Folgejahr

¹ Bei den männlichen 10-<15-Jährigen um 65 %, bei den 15-<20-Jährigen um 47 % sowie bei den 20-<25-Jährigen um rund 50 %.

1993, bzw. die erneute deutliche Reduktion im Anschlussjahr 1994. Jedoch sind solche Schwankungen, bedingt durch geringe Fallzahlen, eher moderat zu bewerten. Bis zum Jahr 2000 entwickelt sich das Suizidgeschehen, begleitet von minimalen Schwankungen, nahezu konstant auf niedrigem Niveau.

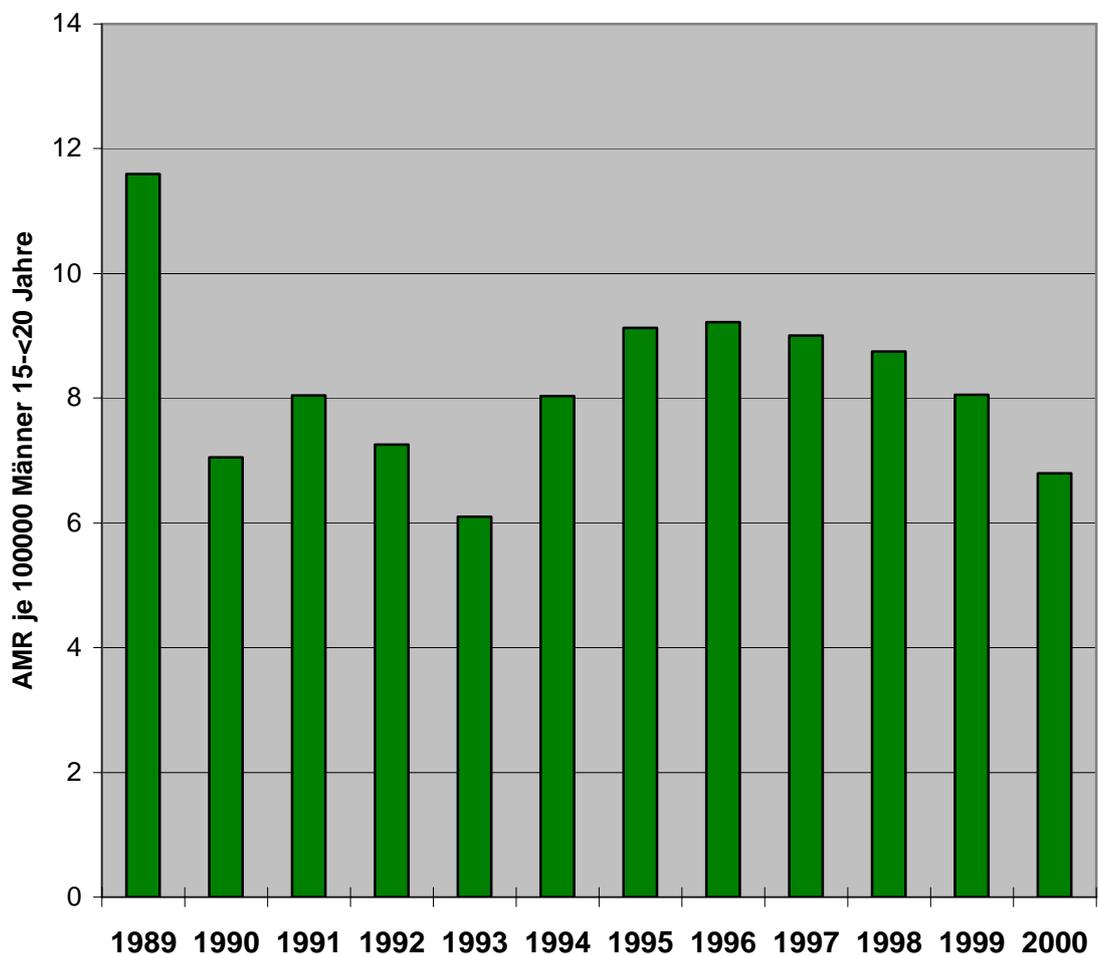


Abbildung 20: Mortalitätsraten junger Männer im Alter 15 bis <20 Jahre in den neuen Bundesländern

Bei den männlichen Jugendlichen der Altersgruppe 15-<20 Jahre sind die Suizidmortalitätsraten in den neuen Bundesländern (Abbildung 20) in den Jahren nach 1989 geringer als im Wendejahr 1989 selbst.

Die relativ uneinheitliche Entwicklung deutet insgesamt auf einen Rückgang der Suizidrate in dieser männlichen Altersgruppe hin (Abbildung 20). Entgegen dem signifikant fallenden Trend des Zeitraumes von 1981 bis 1988 wird diese Trendentwicklung durch eine im Vergleich zu 1988 um 20% gestiegene Suizidrate im Wendejahr 1989 (vgl. Abbildung 11, S.92) kurzfristig unterbrochen.

Folglich erscheint die durch lineare Regression vermutete Abnahme der Suizidmortalitätsrate der 15-<20-jährigen Männer nach der Wende in den neuen Ländern deutlicher als tatsächlich zutreffend. Die durch eine kurzfristige Trendunterbrechung von 1994 bis 1996 höheren Suizidraten

suggestieren eine größere Dramatik, als es der Situation angemessen erscheint.

Insgesamt ist die Suizidmortalitätsrate dieser Altersgruppe in der Nachwendezeit erheblich geringer als in der Zeit vor der Wende.

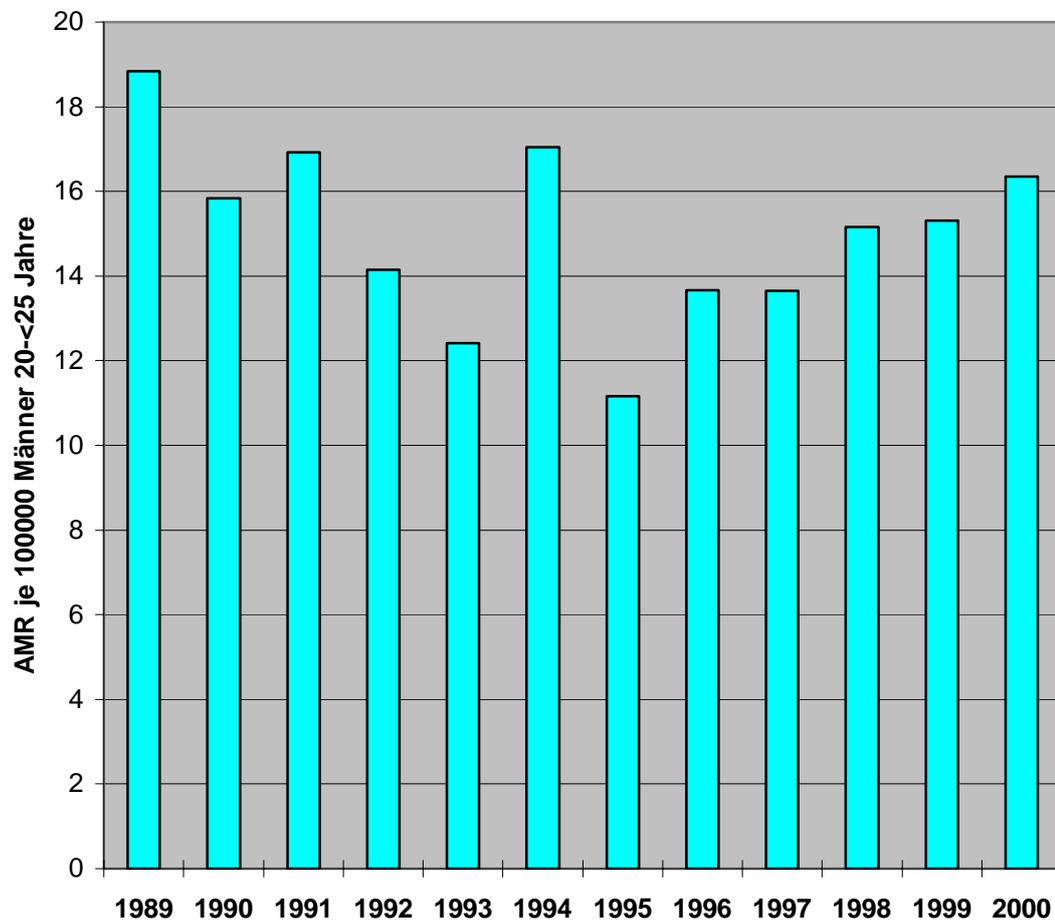


Abbildung 21: Mortalitätsraten junger Männer im Alter 20 bis <25 Jahre in den neuen Bundesländern

In der männlichen Gruppe der 20 bis <25-Jährigen entsteht zunächst nach einer rückläufigen Entwicklung des Suizidgeschehens in der 1. Hälfte der 90er Jahre, die kurzzeitig 1991 unterbrochen wurde, der Eindruck eines erneutes Anstieges der Suizidraten ab 1996 (Abbildung 21). Beim Vergleich der durchschnittlichen altersspezifischen Mortalitätsrate für den Zeitabschnitt ab 1989 bis 2000 mit 15,04 Suiziden je 100000 Männer relativiert sich dieser Eindruck. Vor der Wende lag die durchschnittliche Suizidrate jener männlicher Personengruppe in der früheren DDR um mehr als 20% höher. Die Veränderungen der Mortalitätsrate 20-<25-jähriger Männer von 1989 bis 1995 zeigen Rückgänge zum Vorjahr in den Jahren 1989 und 1990, 1992 und 1993 sowie 1994 und 1995. Die altersspezifische Suizidrate im Jahr 1994 ist für die Nachwendeperiode überdurchschnittlich hoch. Trotzdem unterschreitet sie deutlich den Mittelwert des Zeitraumes 1961 bis 1994 (28,9 Suizide je 100000 Männer) und kann als singuläres Ereignis angesehen werden.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass in der Altersgruppe der 20 bis unter 25-jährigen jungen Männer in den neuen Ländern ein Annäherungstrend an das Suizidniveau der Vergleichsgruppe in den alten Ländern erfolgt ist.

Weibliche Jugendliche und junge Frauen in den alten Bundesländern

Tabelle 10: Durchschnittliche altersspezifische Mortalitätsraten bei Frauen in den alten Bundesländern von 1989 – 2000				
Altersgruppe:	10- <15 Jahre	15- <20 Jahre	20- <25 Jahre	1- <85 Jahre
Mittelwert	0,47	2,86	4,29	8,36
Standardabw.	0,21	0,28	0,69	0,93
rel. Standardabw.	45,3%	9,8%	16,0 %	11,1 %

In der Nachwendeperiode von 1989 bis 2000 sind die mittleren Suizidmortalitätsraten bei den jungen Frauen in den alten Ländern (Tabelle 10), ebenso wie bei den Männern (Tabelle 8, S.100), deutlich geringer als die entsprechenden Mittelwerte des Gesamtzeitraumes 1961 bis 2000.

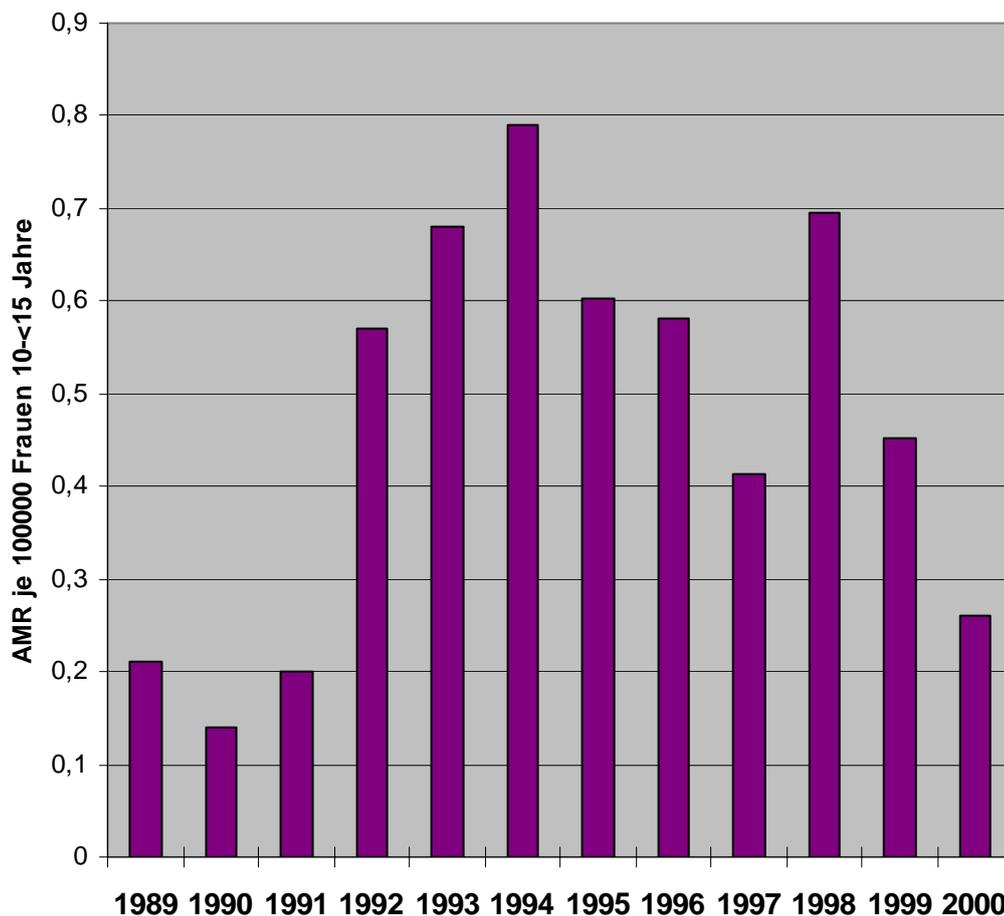


Abbildung 22: Mortalitätsraten weiblicher Jugendlicher im Alter 10 bis <15 Jahre in den alten Bundesländern

Die uneinheitliche Entwicklung der Suizidmortalitätsrate der 10- <15-jährigen Mädchen in den alten Bundesländern vermittelt zunächst ein bedrohliches Bild (Abbildung 22).

Trotz allem kann eine gravierende Situation des Suizidgeschehens in dieser weiblichen Altersgruppe nicht abgeleitet werden, da es sich um kleine Fallzahlen handelt und alle Suizidraten unter dem Niveau von 1 Suizid pro 1 100000 Personen jener Altersgruppe liegen.

Zusammenfassend kann bei der Betrachtung des Gesamtverlaufes der Suizidmortalitätsrate von 1989 bis 2000 jener Untersuchungsgruppe eine moderate Entwicklung festgestellt werden.

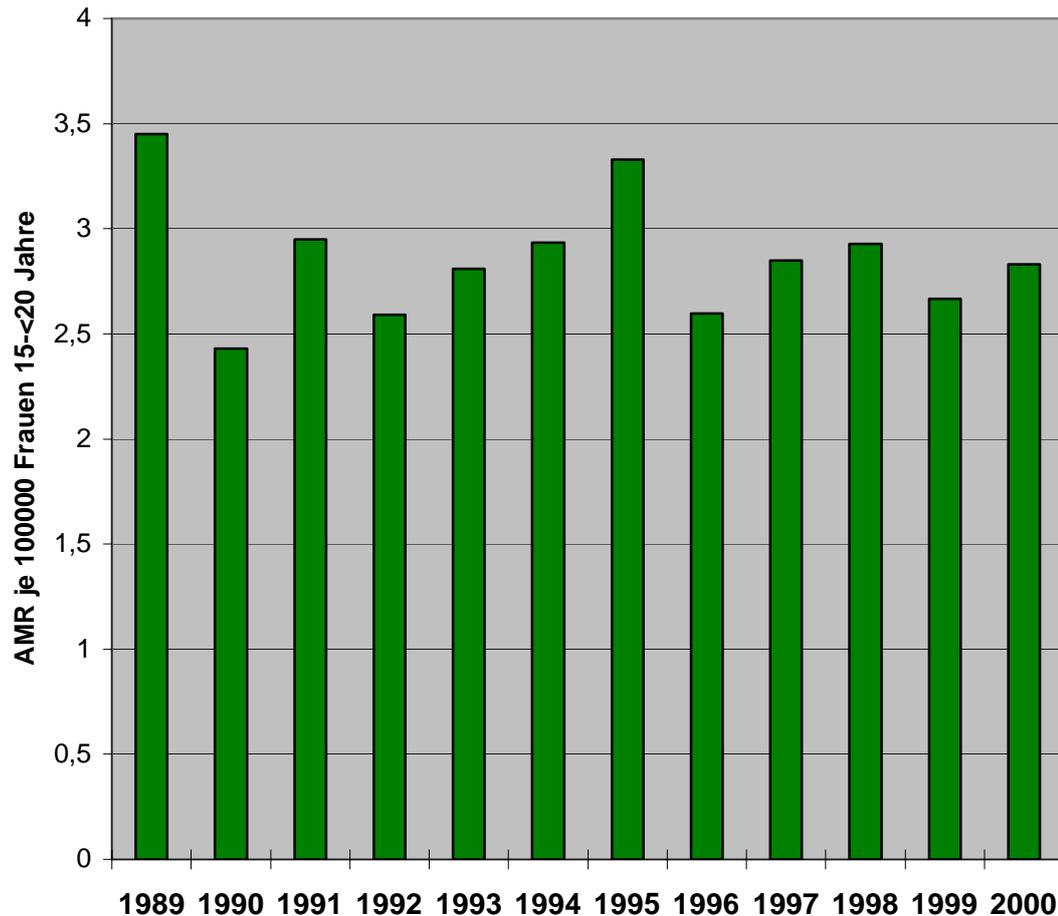


Abbildung 23: Mortalitätsraten junger Frauen im Alter 15 bis <20 Jahre in den alten Bundesländern

Auch bei der hier vorliegenden Altersgruppe verläuft der Trend eher uneinheitlich (Abbildung 23). Im Jahr 1989 liegt der Maximalwert, im Folgejahr der Minimalwert der Suizidrate der 15 bis <20-jährigen jungen Frauen vor. Danach etabliert sich ein mittlerer Wert um 2,85 Suizide je 100000 gleich alter weiblicher Personen. Die Veränderungen vollenden sich von einem ungewöhnlich niedrigen Niveau ausgehend. Die altersspezifischen Mortalitätsraten der Jahre 1990 und 1992 sind die niedrigsten im Gesamtzeitraum 1961 bis 2000. Es bleibt die Feststellung, dass bei der weiblichen Altersgruppe der 15 bis <20-Jährigen in den alten Bundesländern nach der Wende insgesamt keine gravierenden Veränderungen in der Mortalitätsrate vorliegen.

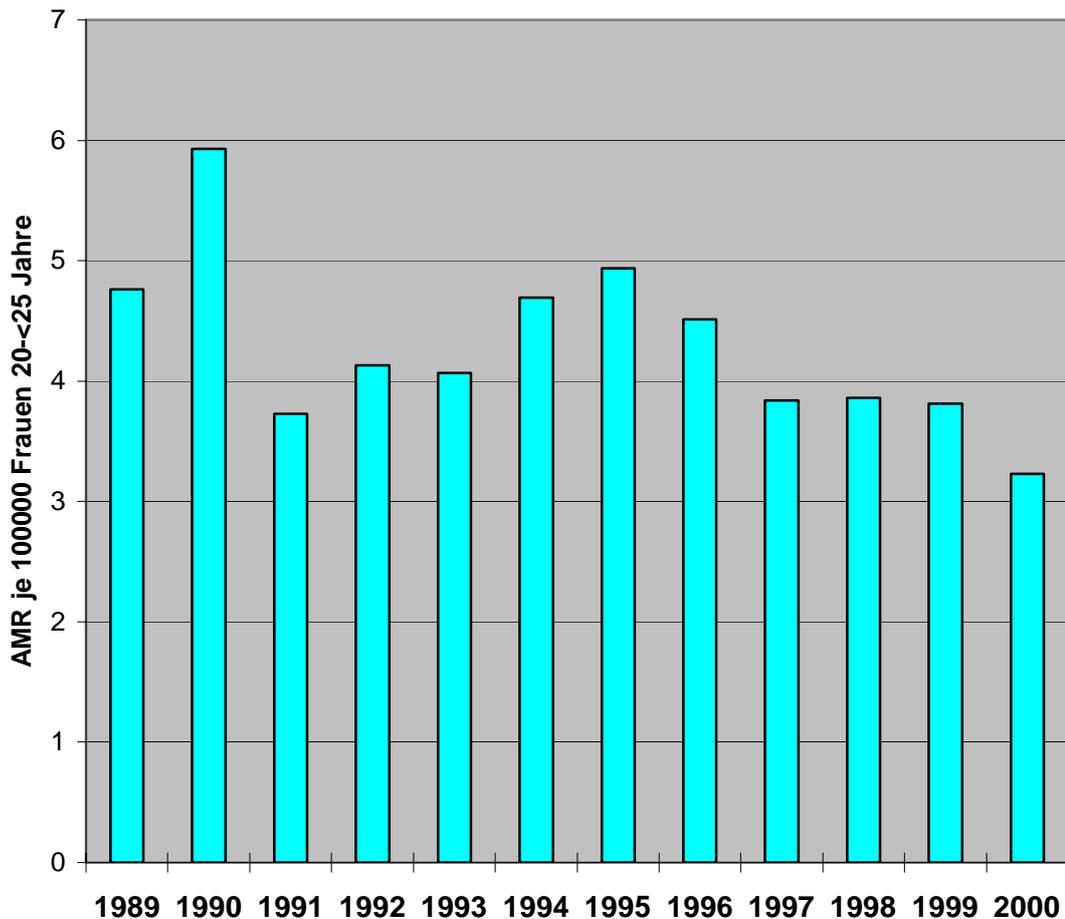


Abbildung 24: Mortalitätsraten junger Frauen im Alter 20 bis <25 Jahre in den alten Bundesländern

Eine ähnliche Situation liegt auch bei den jungen Frauen der Altersgruppe 20 bis <25 Jahre vor (Abbildung 24).

Auch hier liegt die Situation eines Anstiegs der Suizidrate von einem niedrigen Minimalwert ausgehend vor. Minimale Veränderungen verursachen daher hohe Prozentzahlen. Von kurzphasigen Unterbrechungen (Zeitraum 1991 bis 1995) abgesehen, wird der seit den 80er Jahren bestehende rückläufige Trend (s. Abbildung 12, S.94) fortgesetzt. Die altersspezifische Suizidmortalitätsrate in dieser weiblichen Untersuchungsgruppe etabliert sich auf einem deutlich geringeren Niveau als in der Vorwendezeit.

Weibliche Jugendliche und junge Frauen in den neuen Bundesländern

Analog der stärkeren Variation in den Veränderungen der altersspezifischen Suizidmortalitätsraten bei den Männern in den neuen Bundesländern im Vergleich zu denen der alten Bundesländer weisen auch die altersspezifischen Suizidmortalitätsraten der Frauen in den neuen Ländern deutlich größere Veränderungen im Nachwendezeitraum 1989 bis 2000 auf. Das Verhältnis der über den Zeitraum 1989 bis 2000 gemittelten Suizidraten der Frauen in den neuen Bundesländern zwischen den Altersgruppen 10-<15 Jahre, 15-<20 Jahre sowie 20-<25 Jahre beträgt rund 1 : 9 : 12 (Tabelle 11).

Tabelle 11: Durchschnittliche altersspezifische Mortalitätsraten bei Frauen in den neuen Bundesländern von 1989 – 2000				
Altersgruppe:	10- <15 Jahre	15- <20 Jahre	20- <25 Jahre	1- <85 Jahre
Mittelwert	0,30*	2,58	3,62	11,13
Standardabw.	0,29*	0,80	1,47	2,96
rel. Standardabw	96,5 %	30,8%	40,5 %	26,6 %
	* ohne 1989, 1992 und 1997			

Der entsprechende Vergleich mit den Frauen in den alten Bundesländern (Tabelle 10, S.107) weist ähnliche Relationen (1:6:9) auf. Bei den Altersrelationen zwischen den beiden älteren Altersgruppen (15-<20 Jahre und 20-<25 Jahre) sind mit 1:1,5 die jungen Frauen in den alten Bundesländern und mit 1:1,4 in den neuen Bundesländern im Mittel der Periode 1989 bis 2000 in vergleichbarer Größenordnung.

Im Durchschnitt bestehen für die frühe Periode nach der Wende in der ersten Hälfte der 90er Jahre keine gravierenden regionspezifischen Unterschiede im Suizidverhalten der untersuchten Altersgruppen. Daraus resultiert, dass die 20-<25-jährigen jungen Frauen in beiden Gebieten im gleichen Maß häufiger am Suizidgeschehen beteiligt waren als die jüngeren Frauen im Alter 15-<20 Jahre.

Das vorliegende Datenmaterial der Mädchen (10-<15 Jahre) in den neuen Bundesländern enthält für die Jahre 1989, 1992 und 1998 den Wert 'Null'. In den ausgewerteten Tabellenwerken werden die altersspezifischen Suizidraten meistens mit zwei Nachkommastellen angegeben. Es kann entweder vermutet werden, dass die festgestellte Mortalitätsrate dieser Mädchengruppe unterhalb von 0,005 Suiziden je 100000 Mädchen liegt, deren Rundung den Wert 'Null' ergäbe oder diese Werte aus hier nicht näher zu untersuchenden Gründen nicht erfasst wurden.

Da die langjährige Beobachtung der Suizidmortalitätsrate der jüngsten weiblichen Untersuchungsgruppe auf dem Gebiet der neuen Bundesländer (Mittelwert 1961 bis 2000: 0,85 Suizide je 100000 Mädchen, Minimalwerte: 0,3 (1972), 0,22 (1986) und 0,19 (1991 und 1993) bzw. 0,12 (2000) deutlich von Null verschiedene Mortalitätsraten zeigt, erscheinen die Werte für 1989, 1992 und 1997 mindestens ungewöhnlich.

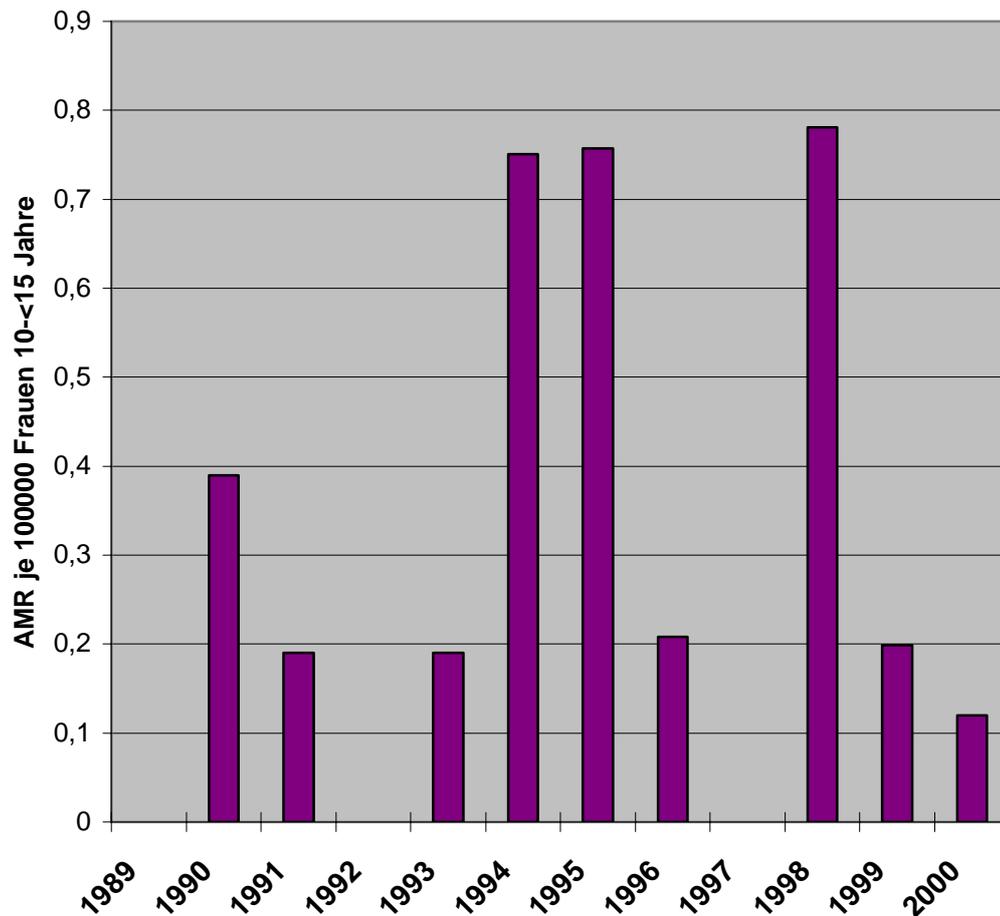


Abbildung 25: Mortalitätsraten junger Frauen im Alter 10 bis <15 Jahre in den neuen Bundesländern

Der Verlauf des Suizidgeschehens in dieser weiblichen Altersgruppe vermittelt ein uneinheitliches Bild (Abbildung 25). Auch hier relativieren sich die prozentualen Veränderungen durch die geringe Fallzahl bei den 10-<15-jährigen Mädchen. Die durchschnittliche altersspezifische Mortalitätsrate von 0,30 Suiziden in der Postwendeperiode liegt deutlich unter der durchschnittlichen altersspezifischen Mortalitätsrate für den Zeitraum vor der Wende.

Bei der nächstälteren weiblichen Altersgruppe im Alter 15 bis unter 20 Jahre stellt sich die qualitative Entwicklung in den neuen Bundesländern (Abbildung 26) als weitgehend vergleichbar mit der in den alten Bundesländern (Abbildung 23, S.108) dar.

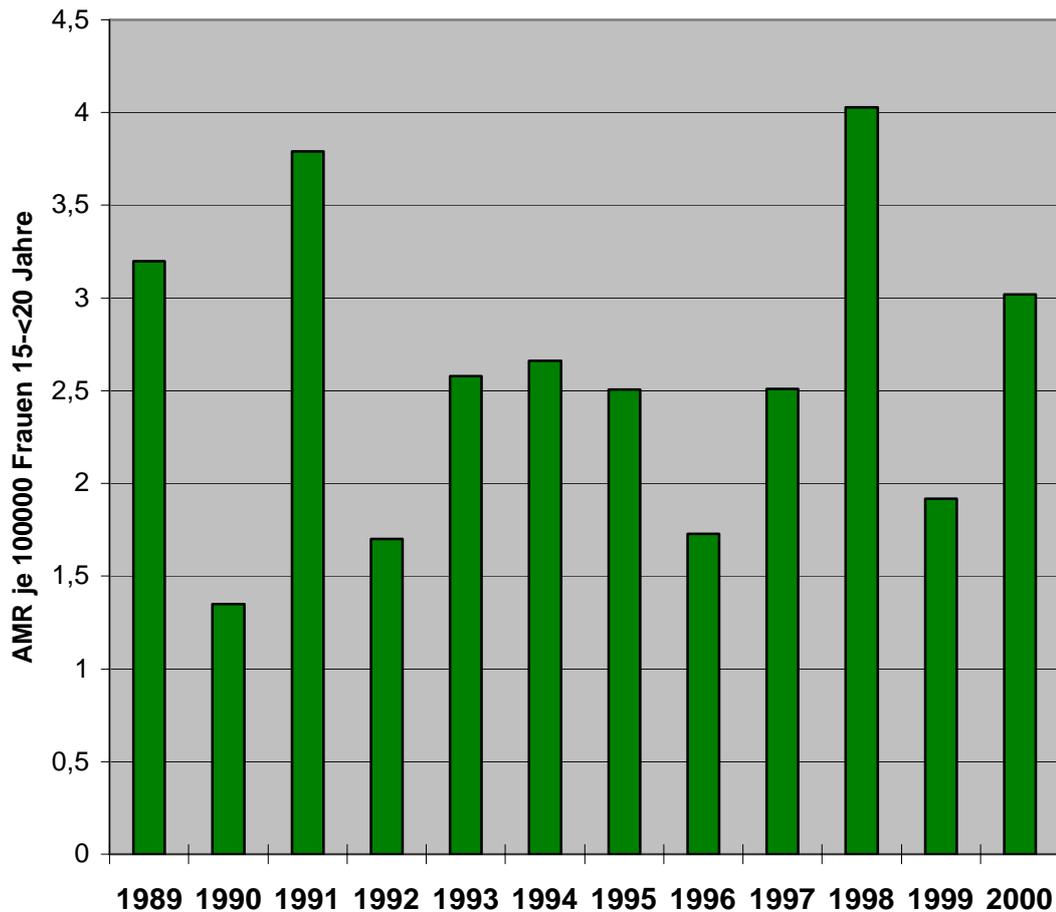


Abbildung 26: Mortalitätsraten junger Frauen im Alter 15 bis <20 Jahre in den neuen Bundesländern

Wie auch im Vergleichsgebiet ABL liegt das Niveau der Mortalitätsraten dieser jungen Mädchen im Nachwendezeitraum deutlich niedriger als in der Periode davor. Die jährlichen Veränderungen der Suizidziffern dieser Untersuchungsgruppe erfolgen in beiden Gebieten nahezu parallel.

Wie auch bei den 10-<15-jährigen Mädchen suggerieren die prozentualen Veränderungen der Suizidmortalitätsraten im Vergleich zum Vorjahr ein relativ dramatisches Geschehen. Die Suizidziffern jener Altersgruppe zeigen hingegen bei großen Schwankungen im Zeitraum nach der Wende eine um den Mittelwert von 2,6 Suiziden pendelnde Mortalitätsrate.

Neben dem sehr uneinheitlichen Verlauf der Mortalitätsentwicklung tritt im Jahr 1993 erstmalig die, in der bisherigen Beschreibung weder bei den Männern in den alten und neuen Bundesländern noch bei den Frauen in den alten Bundesländern beobachtete, Situation auf, dass die Suizidmortalitätsrate einer jüngeren Altersgruppe die einer älteren Gruppe überschreitet. Im Jahr 1993 ist die Mortalitätsrate der weiblichen 15-<20-Jährigen über 20% höher als die der 20-<25-jährigen jungen Frauen. Dieses Phänomen wiederholt sich in den Jahren 1998 und 2000.

Die durchschnittliche Mortalitätsrate der 15-<20-jährigen weiblichen Jugendlichen ist in den neuen Bundesländern geringer als in den alten

Ländern. Sie beträgt in den neuen Bundesländern 2,6 Suizide (Tabelle 11, S.110), in alten Bundesländern hingegen 2,86 Suizide (Tabelle 10, S.107) je 100000 Personen der Altersgruppe. Damit ist sie im Durchschnitt des gesamten Nachwendezeitraumes um rund 10 % niedriger als in den alten Bundesländern.

Diese Situation ist deshalb bemerkenswert, weil in der Vorwendeperiode die Suizidrate der 15-<20-jährigen weiblichen Jugendlichen in den jetzigen neuen Bundesländern teilweise deutlich über der der alten Bundesländer lag. Insgesamt deutet die Datenlage auf eine weitere Angleichung der Mortalitätsniveaus beider Gebiete hin.

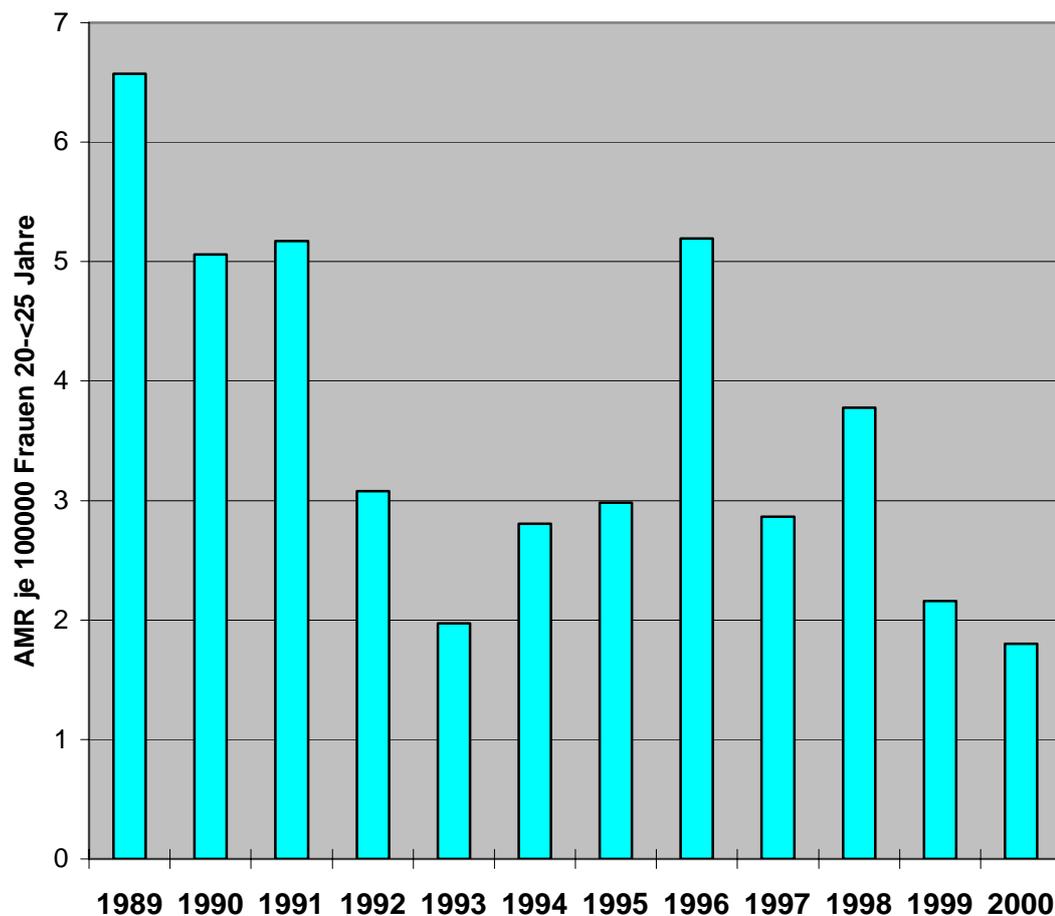


Abbildung 27: Mortalitätsraten junger Frauen im Alter 20 bis <25 Jahre in den neuen Bundesländern

Vergleichsweise eindeutiger ist die rückläufige Entwicklung der Suizidmortalitätsrate der 20-<25-jährigen Frauen in den neuen Ländern (Abbildung 27).

Die Suizidraten dieser Frauengruppe sind ab dem Wendejahr 1989 die niedrigsten seit Beginn des Beobachtungszeitraumes im Jahr 1961 (s. Abbildung 13, S.96).

Von leichten Schwankungen gekennzeichnet, vollzieht sich ein fallender Trend und erreicht im Jahr 2000 das absolute Minimum während des gesamten Beobachtungszeitraumes mit 1,8 Suiziden je 100000 jungen Frauen.

Im Vergleich zu den alten Bundesländern ist in den neuen Bundesländern die Suizidmortalitätsrate dieser Altersgruppe insbesondere in den Jahren 1992 bis 1995 deutlich geringer. Auch hier besteht eine Veränderung gegenüber dem Trend der Vergangenheit, bei dem in den neuen Bundesländern immer eine höhere Mortalitätsrate dieser Personengruppe vorlag. Die mittlere Suizidmortalitätsrate des kurzen Zeitraums 1992 bis 1995 beträgt bei den 20-<25-jährigen jungen Frauen in den neuen Bundesländern 2,7 Suizide, im Vergleichsgebiet hingegen 4,46 Suizide je 100000 junger Frauen. Folglich unterschreitet die entsprechende altersspezifische Suizidrate dieser weiblichen Altersgruppe in den neuen Bundesländern jene der Vergleichsgruppe in den alten Bundesländern um 40%. Dieses ist als ein positives Entwicklungsergebnis zu werten, zumal in der Vorwendeperiode (1961 bis 1988), von der Ausnahme des Jahres 1978 abgesehen, auf dem Gebiet der DDR im Vergleich zu alten Bundesrepublik permanent rund 50% höhere Suizidziffern bei den jungen Frauen vorlagen.

Entwicklungstrends bis 2005

Die Betrachtung der altersspezifischen Suizidraten der jungen männlichen und weiblichen Bevölkerung nach der Jahrtausendwende ergibt in beiden Untersuchungsgebieten zunächst keine gravierende Veränderungen. In der jüngsten Untersuchungsgruppe der 10-<15-Jährigen vollzieht sich weiter eine Angleichungstendenz der Suizidziffern in beiden Untersuchungsgebieten (rechnerisch < 1 Suizid je 100000 Personen dieser Altersgruppe). Im Jahr 2005 wurde in dieser Altersgruppe sowohl bei den Jungen als auch bei den Mädchen¹ kein Suizid in den neuen Bundesländern registriert.

In den nächsthöheren Altersgruppen der 15-<20-Jährigen und der 20-<25-Jährigen entwickelt sich der Reduktionstrend, zwar etwas uneinheitlich, jedoch ähnlich. Im letzten Berichtsjahr des Beobachtungszeitraumes etabliert sich deren Suizidhäufigkeit weiterhin auf niedrigem Niveau². Ein ähnliches Bild ergibt sich bei den geschlechtsspezifischen Gesamtzahlen in den alten und neuen Bundesländern³.

Zusammenfassung:

Nach 1961 kam es zu höheren Gesamtsuizidraten in Ost und West. Im Betrachtungszeitraum von 1961-2005 zeichnete sich gegen Ende der 70er Jahre ein allgemeiner Reduktionstrend bei Männern und Frauen in beiden Untersuchungsgebieten ab. Diese Trendwende im Suizidverhalten zeichnete sich auch allmählich beim Suizidgeschehen Jugendlicher gegen Ende der 70er Jahre sowohl bei den männlichen als auch bei den weiblichen Jugendlichen im früheren Bundesgebiet und der ehemaligen DDR ab. Die Trendwende bei den Jugendlichen vollzieht sich in der 1.Hälfte der 80er Jahre. Allgemein war das Suizidniveau in der früheren DDR und in den

¹ Bei den Mädchen in den NBL lag bereits ein ähnliches Phänomen in den Jahren 1989 und 1992 vor (vgl. Abbildung 25, S.112).

² Im Jahr 2005: Altersgruppe der 15-<20-jährigen Jungen (ABL/NBL): 6,4/7,4
Mädchen (ABL/NBL):2,9/1,38
Altersgruppe der 20-<25-jährigen Jungen (ABL/NBL): 11,9/12,96
Mädchen (ABL/NBL):2,94/2,04

³ Gesamtsuizidraten im Jahr 2005: Männer (ABL/NBL): 21,36/19,24
Frauen(ABL/NBL): 6,89/6,38

neuen Bundesländern deutlich höher. Aus geschlechtsspezifischer Betrachtung überwiegen die Suizidhäufigkeit der Männer allgemein die bei den Frauen sowohl in der früheren Bundesrepublik als auch im Vergleichsgebiet. Beispielsweise vermittelt die Suizidmortalität der männlichen Jugendlichen in den neuen Bundesländern zunächst von der Abbildung der Suizidraten her einen Anstieg in der 2. Hälfte der 90er Jahre, der sich jedoch beim Vergleich mit dem periodischen Mittelwert relativiert.

Es kann festgestellt werden, dass nach der Wende nur im Jahr 1991 kurzzeitig die altersspezifischen Suizidraten bei der jungen männlichen Bevölkerung in den Altersgruppen 15-<20 und 20-<25 Jahre bzw. bei der weiblichen Untersuchungsgruppe der 15-<20-Jährigen in den neuen Bundesländern angestiegen sind. In den alten Bundesländern ergeben sich in den ersten Jahren nach der Wende keine Auswirkungen in der Gesamtsuizidrate oder bei der jungen Bevölkerung. Die Wiedervereinigung Deutschlands wurde von den Jugendlichen in der ehemaligen DDR bzw. in den neuen Bundesländern entgegen früherer Vorhersagen offensichtlich gut verkraftet. Der Angleichungstrend der Suizidraten in Ost und West auf ein insgesamt niedrigeres Niveau zur Jahrtausendwende bzw. darüber hinaus ist hingegen keine Folge der Wende. Die Rückgänge der Suizidmortalitätsraten in beiden Untersuchungsgebieten haben zeitnah schon eine Dekade vor der Wende eingesetzt. Der allgemeine rückläufige Trend der Suizidhäufigkeit bei den Jugendlichen in den alten und neuen Bundesländern hat sich über den Zeitraum der Wende hinaus weiter fortgesetzt und sich im Vergleich der früheren 60er Jahre auf ein niedriges Niveau etabliert.

5.3.3 Suizidgeschehen in der DDR aus Sicht der Fachliteratur der DDR

Von belletristischen Schriften (PLENZDORF 1973¹; WEYMANN; 1978²) abgesehen, hat sich vor allem die Medizin mit dem Suizidproblem wissenschaftlich auseinandergesetzt. Erwartungsgemäß beschäftigte sich die Neurologie/Psychiatrie mit dem Problem am häufigsten, gefolgt von der Gerichtsmedizin³, der Sozialmedizin (-hygiene), der Inneren Medizin, der militärmedizinischen Rechtspraxis, der Kriminalistik und den Rechtswissenschaften.

JACOBASCH (1998) konnte für die Zeit von 1949 bis zur Wende im Jahr 1989 ca. 302 Arbeiten, insbesondere Habilitationen, Dissertationen, Diplomarbeiten, Bücher und Zeitschriftenartikel, zum Suizidthema sichten. Fast 10% dieser Publikationen beinhalten epidemiologische Aussagen über Suizidfrequenzen und -versuche. 54 Arbeiten beschäftigen sich mit dem Suizid im Kindes- und Jugendalter, überwiegend mit der Broken-Home-Problematik, Fehlentwicklung der Persönlichkeit sowie der Rolle der Schule. Überhaupt nicht einschätzbar ist die Anzahl der Arbeiten, die nicht realisiert oder wieder verworfen wurden.

Der überwiegende Teil der relevanten Publikationen ist in folgenden medizinischen Fachzeitschriften erschienen:

Psychiatrie, Neurologie, medizinische Psychologie; der Zeitschrift für Klinische Medizin (später unter dem Titel *Deutsches Gesundheitswesen* weiter erschienen) sowie *der Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*⁴. Inhaltlich lassen sich die Veröffentlichungen gewissen zeitlichen Perioden zu ordnen, wobei das Jahr 1961 eine besondere Rolle spielt.

Bezeichnend für die frühen 50er Jahre war der dominierende psychiatrische Fokus des Suizidthemas. Es entstanden Arbeiten, die den kindlichen Suizid⁵ thematisieren. Anhand von Kasuistiken fanden Betrachtungen u. a. zu möglichen erbbiologischen Faktoren statt. Ein ausdrücklicher Bezug zu den noch neuen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen in der DDR wurde noch nicht hergestellt.

Dies änderte sich in der anschließenden Periode Ende der 50er Jahre bis Mitte der 60er Jahre. Veranlasst durch die große Suizidprävalenz in der DDR griffen nun zumeist junge Wissenschaftler das Thema Suizid⁶ auf (HAHN und NIEMETSCHKE, 1993), die die gesellschaftliche Relevanz des Themas in das öffentliche Bewusstsein rücken wollten⁷.

Zeitlich zusammenhängend fand damals eine zunehmende Politisierung der Diskussion über die Suizidthematik statt. Vergleichende Untersuchungen sollten nicht nur verdeutlichen, wie das Suizidgeschehen in der DDR in den gesamtdeutschen Vergleich und internationalen Rahmen einzuordnen ist, sondern auch um argumentativ die moralische Überlegenheit des Sozialismus darzustellen (z. B. CORDES, 1964; LENGWINAT, 1959; 1961).

¹ Titel: Die neuen Leiden des jungen W.

² Titel: das Erbe

³ Siehe dazu WEIMANN; PROKOP (1965)

⁴ Siehe dazu BELAU (1991a)

⁵ Siehe dazu u. a. GEISLER (1952)

⁶ LANGE (1964): „Der misslungene erweiterte Suizid“ zählt zu den interessantesten Publikationen in dieser Periode.

⁷ Siehe dazu PARNITZKE, K. H. (1961)

CORDES (1964, S.988ff.) hatte auf eine bereits vor dem 1. Weltkrieg existierende regionspezifisch hohe Suizidsterblichkeit der DDR-bildenden Länder, dem ehemaligen „Reichsteil A“, vor allem aber in den Ländern Sachsen und Thüringen, verwiesen. Der Rückgang dieser hohen Suizidfrequenzen nach Gründung der DDR interpretierte die politische Führung der DDR als positive Ausprägungen von beseitigten sozialen Gegensätzen, einem verbesserten Gesundheitssystem, angestiegenen Lebensstandard sowie beseitigter Arbeitslosigkeit. Die Suizidprophylaxe betrachtete er als Kernziel der Suizidforschung¹.

SCHEIDLER (1960) sah innerhalb einer voll entwickelten sozialistischen Gesellschaft verbesserte Voraussetzungen für die Pflege und Entwicklung zwischenmenschlicher Beziehungen. Jedoch würden seiner Meinung nach während einer aktuellen Übergangszeit Menschen aus verschiedenen Gründen in persönliche Konflikte geraten, aus denen sie ohne fremde Hilfe nicht herausfinden. *„Der Umfang des Selbstmordgeschehens fordert aber von uns eine aktive Einstellung im Hinblick auf eine verbesserte Prophylaxe“* (ebd., S.954ff.).

Bis 1961 waren die Daten der Suizidstatistik oder aus amtlichen Quellen beispielsweise aus kriminalpolizeilichen Ermittlungsunterlagen, wie Publikationen beweisen², frei zugänglich. Ab dem Zeitpunkt des Mauerbaus enthielten die Statistikbücher der DDR keine Suizidzahlen mehr bzw. wurde die Todesursache „Suizid“ nicht mehr verschlüsselt. Die Literatur über Suizidepidemiologie und über Suizide in besonderen Teilbereichen der Gesellschaft unterstand einem abgestuften Geheimhaltungssystem. Der Zugang war nur bestimmten Personenkreisen vorbehalten und genauestens reglementiert. Rund 21% der ab 1961 themenbezogenen Dissertationen bzw. ca. 75% der Habilitationsschriften fielen unter einen Geheimhaltungsgrad (JACOBASCH, 1998, S.61).

Trotz geringer Anzahl von Publikationen in den Folgejahren nach 1961 blieb in der DDR die hohe Suizidalität im Problembewusstsein der an der Basis tätigen professionellen Helfer, wie z. B. erstversorgende, die Suizidpatienten behandelnde Mediziner, insbesondere Psychiater, erhalten.

Um 1970 zeichnete sich eine neue Periode der Reflexionen über den Suizid ab. Obwohl amtliche Suiziddaten, die auch nach 1961 weiter registriert wurden, grundsätzlich nicht zugänglich waren, beinhalteten regionale Erfahrungsberichte begrenztes Datenmaterial, auch auf das Jugendsuizidthema bezogen (u. a. SIEGEL und GRUND, 1973; PARNITZKE, CHR. und REGEL, 1973).

Einige Verfasser wie beispielsweise SEIDEL und KULAWIK oder SPÄTE forderten eine öffentliche Behandlung des Themas Suizid bzw. wiesen auf die Notwendigkeit des Aufbaus von Beratungsstellen für Suizidgefährdete hin, die an bestehende neuropsychiatrische Fachambulanzen bzw. an Polikliniken angegliedert werden sollten. *„Die vorgesehenen Schritte zur Analysierung von Ursachen des Suizids und zur Entwicklung von umfassenden Verhütungsmaßnahmen³ entsprechen dem humanistischen Anliegen der sozialistischen Gesellschaft und ihres Gesundheitswesens.“* (SEIDEL und KULAWIK 1970, S.125). Mit Hinweis auf ausländische

¹ Vgl. auch dazu LENGWINAT (1961)

² Vgl. dazu u. a. MÜLLER (1963)

³ Vgl. dazu KULAWIK (1973, S.414ff.)

Erfahrungen sollte nach Ansicht dieser Autoren die komplementäre Einrichtung einer „Telefonhilfe“ für in Not geratene Menschen, insbesondere für Suizidgefährdete, erwogen werden (ebd., S.128). *„Die Grundlage für eine Prophylaxe ist zunächst die epidemiologische Durchforstung des entsprechenden Territoriums; eine verlässliche Morbiditäts- und Mortalitätstatistik. Die Erkennung der individuellen und sozialen Konstellationen, der prädisponierenden Faktoren unter unseren spezifischen Verhältnissen und den Bedingungen unserer Gesellschaftsordnung sind notwendige Voraussetzungen“* (SPÄTE, 1971, S.1298).

Dieser Zeitabschnitt war insbesondere gekennzeichnet durch den geplanten Aufbau von meist an Hochschulkrankenhäusern und psychiatrischen Kliniken angegliederten Prophylaxe- und Nachsorgeeinrichtungen. Die erste Beratungsstelle für Suizidgefährdete in der DDR in Dresden wurde durch den damaligen Klinikdirektor E. LANGE im April 1967 ins Leben gerufen. Der Initiator und Gründer war sich seiner Zeit des möglichen Risikos bewusst, das ein solches Wagnis und der stille Affront bzw. maskierte Verstoß gegen das sozialistische Suizidtabu bedeutete (FELBER und LANGE, 1993¹).

Insbesondere die Dresdner Beratungsstelle für Suizidgefährdete erlangte auch über die Grenzen der DDR hinaus wissenschaftliche Anerkennung. Gewonnene Erkenntnisse über die Psychopathologie des Suizids erweiterten und differenzierten die eher eindimensionale Betrachtungsweise der 50er Jahre über den Suizid. Die Akzeptanz von dialektisch wechselwirksamen inneren und äußeren Rahmenbedingungen bei suizidalen Handlungen führte zu biografischen Betrachtungsweisen bei suizidalen Menschen, wobei die Kindheitsentwicklung zentrale Bedeutung erlangte².

Im Konsens sahen Verfasser u. a. wie FICKER, PARNITZKE, CHR. und REGEL in der sozialistischen Gesellschaft eine gute Basis für eine wirkungsvolle Prophylaxe. Ferner wiesen sie auf die Notwendigkeit von Ansprechpartnern für Suizidgefährdete hin, die den Betroffenen menschliche Anteilnahme und Zusicherung einer Mitgliedschaft in einer sie verstehenden und ihnen helfenden Gemeinschaft vermitteln sollten. In diesem Kontext erwuchs den Beziehungssystemen Familie und Arbeitskollegen eine große Verantwortung.

Es ist durchaus zu vermuten, dass die Bemühungen der DDR um Kontakte zur Weltgesundheitsorganisation WHO, die 1969 die Suizidproblematik thematisierte, jene Entwicklung von Prophylaxe- und Nachsorgeeinrichtungen nachhaltig positiv beeinflusst haben (HAHN und NIEMETSCHKE, 1993).

In der letzten Dekade der DDR, in den 80er Jahren, erschienen kaum grundlegende Veröffentlichungen zur Suizidalität. Neben Kasuistiken und Untersuchungen beispielsweise zur Typologie des Parasuizids (FELBER, 1989) finden sich auch Publikationen zur Broken-Home-Problematik (GARTEN, 1982) bzw. zu suizidalem Verhalten während der Kindheit und Pubertät (HERZER, R.; HERZER, H. und PERLWITZ, 1981; SCHIER, 1980; 1986b; 1988; LEMPP, 1988).

¹ Siehe auch dazu FELBER und LANGE (1998)

² Vgl. dazu PARNITZKE und REGEL (1972); PARNITZKE, CHR. und REGEL (1973); FICKER (1976; 1977a; 1977b); DECKE und LANGE (1978)

Philosophische Arbeiten, die sich zentral mit dem Suizidthema auseinandersetzen, sind nicht veröffentlicht. Nur ansatzweise wurden in medizinischen Publikationen philosophische Aspekte¹ thematisiert.

Suizidhandlungen von Persönlichkeiten aus der sozialistischen Historie wurden verschwiegen. Politisch dimensionierte Suizidakte, beispielsweise die Selbstverbrennung des Pfarrers Brüsewitz im Jahr 1976 (POHLMEIER, 1980) waren in einem noch stärkeren Maß tabuisiert.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die schon vor Gründung der DDR existierende hohe Suizidalität in den die DDR bildenden Ländern als historische Hypothek interpretiert wurde, die sich durch eine Humanisierung des gesellschaftlichen Lebens verringert wurde oder den Suizid gar überflüssig machen würde. Dieser in den 50er Jahren viel gedachte Zusammenhang zwischen gesellschaftlichen Bedingungen und Suizidmotivationen war nicht mehr ohne weiteres nach dem 13. August 1961 aufrecht zu erhalten. Die Kluft zwischen garantierten menschwürdigen Bedingungen und sinnerfülltem Leben und dem erlebten Selbstbestimmungsrecht bzw. der noch fragwürdigeren individuellen Freiheit konnte ab dem Zeitpunkt nicht mehr zufriedenstellend überbrückt werden. Eine für die Gesellschaft akzeptable Lösung dieser Dissonanz bestand darin, Suizid als krankheitsbedingte Tat entschuldbar zu erklären. Folglich wurde die wissenschaftlich-publizistische Auseinandersetzung mit dem Thema Suizid aufgrund politisch gewollter Vermeidung einer öffentlichen Diskussion eingeschränkt. Entgegen auftauchender Hoffnungen blieb die Tabuisierung des Suizidthemas bis zum Ende der DDR bestehen (FELBER, 1992). „*Sich ständig am 'Gegner' wie Vorbild BRD auch in der Frage der Suizidalität der Bevölkerung heimlich messend und dabei nach den tabuisierten Zahlen schlecht abschneidend, wurde eine sachkundige Analyse unterbunden*“ (HAHN und NIEMETSCHKE, 1993, S.192). Die Reflexionsgeschichte der Suizidalität in der DDR verdeutlicht, dass die nationale Suizidsterblichkeit als zuverlässiger Gradmesser für die humane Qualität einer Gesellschaft betrachtet wird, insbesondere in der Vergleichssituation zu der früheren Bundesrepublik.

¹ Siehe dazu auch die Habilitationsschrift von FELBER (1989, S.2ff.) und LÖTHER und SPÄTE (1983)

5.3.4 Suizidgeschehen in der DDR und in der früheren Bundesrepublik aus Sicht der Fachliteratur der früheren Bundesrepublik

Die vorherigen Ausführungen zeichneten ein Bild über das Suizidgeschehen in der DDR aus Sicht der dort erschienenen Forschungsliteratur. Sie wären unvollständig, fehlte eine Beschreibung der Sichtweise der in der früheren Bundesrepublik erschienenen Fachveröffentlichungen¹.

Wie im vorherigen Kapitel beschrieben, unterlagen die ab 1961 erhobenen Suizidaten in der DDR der Geheimhaltung. Differenzierte epidemiologische Aussagen über das Suizidgeschehen in der DDR waren damit nicht möglich², was erklärt, dass nur vereinzelt Hinweise auf das Suizidverhalten in der DDR in den einschlägigen Publikationen bis zur Wende zu finden sind (z. B. HALLER, 1986; POHLMEIER, 1978). Auf der anderen Seite ist auch zu vermuten, dass eher andere Gesellschaften oder Staaten als die DDR, beispielsweise skandinavische Länder, zu nationalen Vergleichsuntersuchungen von Suizidprävalenzen herangezogen wurden.

Im Vergleich zur DDR-Fachliteratur unterlagen die hinsichtlich des Suizidproblems in der früheren Bundesrepublik erschienenen Veröffentlichungen keiner staatlichen Zensur. Die Anzahl der Publikationen in der Periode von 1961 bis zur Wende, die das Suizidphänomen behandelten, ist kaum übersehbar. Unangefochten dominiert dabei die Medizin, insbesondere die Neurologie/Psychiatrie vor allen anderen Wissenschaften wie beispielsweise der Psychologie, der Pädagogik, der Soziologie bzw. der Philosophie. Durchaus vergleichbar mit der DDR-Suizidliteratur lassen sich die Veröffentlichungen in der alten Bundesrepublik inhaltlich nach zeitlichen Perioden systematisieren.

Bei den Publikationen in den 60er und 70er Jahren beschäftigte man sich überwiegend mit dem Suizidenten selbst und der Frage nach den näheren Umständen, die zu seinem Suizidversuch bzw. zu seinem Versterben bei vollendetem Suizid geführt haben. Im Vergleich zur Gesamtzahl der erschienenen Veröffentlichungen ist der Anteil der Arbeiten, die den Suizid von Kindern und Jugendlichen thematisieren, relativ gering (z. B. DÜHRRSEN, 1967; LUNGERSHAUSEN, 1966; WAAGE, 1966a; 1966b). Abgesehen von Beiträgen, die sich mit der Häufigkeit und Altersverteilung von Suiziden in einigen bundesdeutschen Großstädten beschäftigten (z. B. BÖCKER, 1973; HEINRICH, 1976), schienen Arbeiten mit epidemiologischen Aussagen zur Entwicklung des Suizidgeschehens in der früheren Bundesrepublik³ in den 60er und 70er Jahren eher selten zu sein. Gegen Ende der 70er Jahre zeichnete sich eine neue Periode von Reflexionen zum

¹ Die im Vergleich zu Kap. 5.3.4 ausführlichere Betrachtung des Suizidgeschehens aus Sicht der DDR-Literatur (Kap. 5.3.3) ist durch ihre Besonderheit begründet. Die zitierten Quellen verdeutlichen nicht nur die Widerstandsversuche von Wissenschaftlern gegen die aufgezwungene Zurückhaltung, sondern zeigen auch auf, dass das Suizidgeschehen in der DDR ein unaufgearbeitetes gesellschaftliches Phänomen blieb.

² Vgl. dazu die Dissertationsschrift von ESCHERT (1990, S.8): „Der geplante Versuch, Aussagen über die Situation in Deutschland zu machen, musste nach einigen Bemühungen aufgegeben werden. Zuverlässige Zahlen über die Häufigkeit von Selbstmorden in der DDR sind nicht zu bekommen.“

³ Siehe beispielsweise LIPPERT (1976)

Suizid ab. Zu den traditionell mit dem Thema befassten Disziplinen der Medizin (Psychiatrie und Neurologie, Rechtsmedizin) kamen die Pädagogik/Sozialpädagogik¹ hinzu, die insbesondere bei der Betrachtung des Suizides von Kindern und Jugendlichen andere Sichtweisen einbrachten. Im Zusammenhang damit stand auch eine steigende Anzahl von Veröffentlichungen² zur Suizidthematik bei Kindern und Jugendlichen. Mit Beginn der 80er wurde das Thema auch verstärkt durch epidemiologische Arbeiten, die sich auf die Entwicklung des Suizidgeschehens junger Menschen in der Bundesrepublik³ bezogen, repräsentiert.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Reflexionsgeschichte der Suizidalität in der früheren Bundesrepublik aus Sichtweise der dort erschienenen Publikationen, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, von innerwissenschaftlichen Entwicklungen beeinflusst wurde. Eine gegen Ende der 70er Jahre einsetzende neue Periode von Reflexionen zum Suizid und zunehmende thematische Präsenz, insbesondere bei epidemiologischen Arbeiten, deuten auf einen Wandel im fachlichen Diskurs hin.

¹ Vgl. dazu COLLA (1979); HEUER (1979); KNEISSL (1979); COLLA-MÜLLER (1982; 1984; 1987);

² Siehe dazu LEWINSKY-AURBACH (1980); OVERBECK (1980); NÖHRING (1982); EGGERS (1983); LÖCHEL (1983; 1984); LANDZETTEL (1984); THOMAE (1984); OFFER (1984, S. 111ff.); OLBRICH (1984); PUYN (1984); SCHNELL et al. (1985); (KLEMANN (1986); BRÜNDEL (1988); LAUBERT (1988); SCHMIDTCHEN (1989)

³ Siehe dazu SCHMIDTKE (1981; 1984; 1988a); SCHMIDTKE und HÄFNER (1984; 1986b) SCHMIDTKE et al. (1988)

5.3.5 Wendezeitraum

Nachdem in den vorangestellten Ausführungen (Kapitel 5.3.3 und 5.3.4) die Suizidgeschichte beider deutscher Staaten aus der Sichtweise der Fachliteratur reflektiert wurde, steht nun das Thema ganz im Zeichen des Wendegeschehens. Das vorliegende Kapitel konzentriert sich auf die psychosozialen Komponenten des Umbruchprozesses der frühen 90er Jahre, insbesondere der Entwicklung des Suizidgeschehens. Im Mittelpunkt dieser Betrachtung stehen die Gesellschaftsgruppen in den neuen Bundesländern, da diese im Vergleich zur Bevölkerung in den alten Ländern wesentlich stärker von dem Transformationsprozess betroffen waren. Das Handlungskonzept (s. S.65ff.) bildet den theoretischen Bezugspunkt.

„Als sich Ende der 80er Jahre die Möglichkeit abzeichnete, dass die lange beschworene und von vielen schon abgeschriebene Wiedervereinigung Wirklichkeit werden könnte, ahnte kaum jemand, welche dramatischen Veränderungen dadurch in Deutschland ausgelöst werden könnten“ (BIERHOFF, 1999, S.45).

Die Zusammenführung beider deutschen Staaten oder genauer: Der Beitritt des Gebietes der früheren DDR zur Bundesrepublik Deutschland nach Artikel 23 der bundesdeutschen Verfassung brachte für die Menschen in den neuen Bundesländern eine große Zahl von Veränderungen. Nahezu vollständig wurden die Institutionen und Normen der ehemaligen DDR durch bundesdeutsche ersetzt oder diesen im Wesentlichen angeglichen (OFFERMANN, 2000). Für die Bürger in den neuen Bundesländern ergab sich die Aufgabe, sich mit den neuen Alltagsbedingungen auseinanderzusetzen, die zwischen neuen marktwirtschaftlich-orientierten Imperativen, geänderten politischen Rahmenbedingungen und alltäglichen Bewältigungsstrategien angesiedelt waren. Folgende Faktoren wirkten sich erschwerend auf die Aufgabe der Umgewöhnung aus:

Im Vergleich zur früheren Bundesrepublik bestanden in der ehemaligen DDR, die nach REISSIG (1993) als *„geschlossene Industriegesellschaft“* betrachtet werden kann, erheblich geringere Möglichkeiten der individuellen Lebensplanung und-führung. Verbunden mit dem Vereinigungsprozess wurden die Bürger in den neuen Bundesländern einem *„Individualisierungsschub“* (SCHULZE BUSCHOFF, 2000) ausgesetzt². Als Folge dieser Individualisierung ergaben sich für die Menschen in den neuen Ländern neue Optionen³ aber auch neue Risiken in individuell unterschiedlichen Mischungsverhältnissen (SCHMITT; MONTADA, 1999). Um so verständlicher ist es daher, dass sich die Anfangsphase des

¹ HABERMAS (1990) prägte den Begriff der *„nachholenden Revolution“*.

² OFFE (1991) merkt dazu an: *„Die Begleitumstände und das Tempo des Einigungsprozesses haben zu einer gewaltigen Mobilisierung, Individualisierung, Verunsicherung und De-Institutionalisierung der sozialen Verhältnisse in der DDR geführt“* (S.79).

³ DAHRENDORF (1979) führt die Verbesserung von Lebenschancen auf die Funktion zweier zusammenhängender Grundbedingungen zurück, die er als Optionen und Ligaturen beschreibt. Optionen stellen durch einen gesellschaftlichen Ort gegebene Wahlmöglichkeiten dar. Mit dem Begriff Ligaturen bezeichnet er gesicherte Sozialbezüge, Verankerungen, die als Sinn-, Sozial- und Ortsbezüge einer Person zu verstehen sind.

Veränderungsprozesses einerseits durch Hoffnungen andererseits durch Zukunftsängste kennzeichnete¹. Bisher gültige Handlungsorientierungen, Verhaltensroutinen und Überlebenstechniken wurden ungültig. Neue Formen der Lebensbewältigung führten zu einseitigen Anpassungszwängen. Der Umfang der Veränderungen bedeutete für viele DDR-Bürger das Durchlaufen einer zweiten, alle persönlichen Bereiche des Lebens betreffenden Sozialisationsphase² (JERUSALEM, 1999).

Die dadurch ausgelösten Belastungen und erlebten Veränderungserfahrungen³ waren Komponenten eines transaktionalen Stressgeschehens. Nach der transaktionalen Theorie von LAZARUS; FOLKMAN (1984⁴) sind unter Stressprozessen komplexe, subjektive Phänomene zu verstehen, die in persönlich relevanten Situationen entstehen. Stress wird ausgelöst bei individueller Verunsicherung oder bevorstehender Überforderung im Umgang mit zu erwartenden Belastungen (vgl. S.71). Bei wachsender Unsicherheit und aufkommenden Zweifeln, anstehende Anforderungen autonom bewältigen zu können, werden Bedrohungsbedürfnisse, Inkompetenzerlebnisse und Versagensängste wahrscheinlicher, was sich letztendlich als Hemmnis für eine aktive problemorientierte Bewältigung erweist. Je nach Veränderungserfahrung⁵ ergeben sich unterschiedliche Copingstrategien, die sich entweder positiv auf die Selbstbalance oder negativ, d. h. belastungsfördernd, auswirken. Entsprechend dem Prozessmodell der Veränderung stressbezogener Kognitionen resultiert aus den Ereignissen charakteristischer systemischer Stressprozesse, so genannter „Community stress“⁶. Die Veränderung der gesellschaftlichen Werte, des bisherigen Wohlstandes, des individuellen Prestiges, bzw. Einbußen sozialer Errungenschaften, die vorher die Gesellschaft der DDR bereitstellte, wurden zu relevanten Prüfgrößen für die individuellen Belastungen bzw. für deren Verarbeitungsprozesse.

Für die Jugendlichen, die die Implosion der DDR erlebt haben, kam es zu einem Zusammentreffen ihrer eigenen persönlichen Wandlung⁷ mit Veränderungen der alle Lebensbereiche tangierenden Gesamtgesellschaft.

¹ Vgl. dazu WINKLER (1996), des weiteren siehe auch die Befunde der (ROLS) Rostocker Längsstudie (WIETHOFF et al., 1999)

² Wer beispielsweise seine persönlichen Ziele neu definiert, läuft vermutlich weniger Gefahr, eine Beeinträchtigung seiner Selbstbalance hinnehmen zu müssen als jemand, der nicht sein Selbstkonzept ändert (vgl. S.71). Theoretisch erscheint die Annahme, von einer grenzenlosen Anpassungsfähigkeit bei Individuen auszugehen, weil die Anpassung an die neuen Bedingungen immer auch mit Verlust von Althergebrachtem verbunden ist. Folglich sind die persönlichen psychosozialen Ressourcen eines der Schlüsselemente im Adaptionsprozess von Individuen (SCHRÖDER; RESCHKE, 1995).

³ Vgl. dazu TROMMSDORF (1994)

⁴ Siehe dazu auch LAZARUS und LAUNIER (1981)

⁵ SCHNEIDER, H.-D. (1980, S.73): „Entscheidend ist die subjektive Qualität der Krise. Was dem einen als eine ausweglose Lage erscheint, ist dem anderen ein Ereignis dem er rasch und kompetent begegnet“.

⁶ Sind mehr als Personen als eine von Belastungen betroffen, spricht man von „Community stress“. Ist mindestens ein Familienmitglied von einer solchen Belastung betroffen, beispielsweise in Form eines Verlustes der sozialen Rangposition in der Gesellschaft, dehnt sich das Stressgeschehen auf die ganze Familie (soziale Bezugsgruppe) aus.

⁷ Nach LERNER (1984) ist die Jugendzeit als eine Periode zu betrachten, in der vielfältige Übergänge stattfinden, beispielsweise innerbiologisch, individuell, physisch und im Bereich der sozialen Umgebung.

Damit im Zusammenhang stand die Überprüfung von Idealen, persönlichen Einschätzungen und Werten sowie von kollektiven Werten und Normen, die die Erziehung und Reifung der Jugendlichen in der DDR begleitet und geprägt haben¹. Einschneidende und plötzliche Veränderungen auf der Ebene des sozialen Umfeldes in Verbindung mit modifizierten psychosozialen Anforderungsprofilen bei Kindern und Jugendlichen bedingten gehäuft existenzielle Verunsicherungen, Zukunftsängste, aber auch Frustrationsgefühle, bei denen nach Auffassung von WIESNER et al. (1994) Jugendliche verstärkt zu Aggressionen neigen. Dieses könnte auch erklären, warum kurz nach dem Wendeereignis auf dem Gebiet der neuen Bundesländer ein Anstieg nicht natürlicher Todesursachen eingetreten ist. Mit der Wende wurde in den neuen Bundesländern vielen jungen Menschen die Teilnahme am Autoverkehr² mit eigenen, überwiegend jedoch sicherheitstechnisch veralteten, Kraftfahrzeugen ermöglicht. Entsprechend kam es beim Zusammenwirken von fehlender Fahrpraxis, überhöhten Geschwindigkeiten und oft geringer Fahrzeugqualität in den ersten Jahren nach der Wende zu extrem hohen Raten schwerer Verkehrsunfälle, oft mit letalem Ausgang für die Verkehrsteilnehmer³. Es ist nicht auszuschließen, dass der einfachere Zugang zum Kraftfahrzeug für eine Vielzahl junger Menschen auf dem Gebiet der ehemaligen DDR die Möglichkeit zum Suizid mit dem Kraftfahrzeug erleichtert hat.

Mit Hinweis auf sozialisationsbedingte Defizite prognostizierten einige Wissenschaftler als wendebedingte Folge eine deutlich anhaltende Zunahme der Suizidhäufigkeit in den neuen Bundesländern. Der nicht unumstrittene sächsische Psychoanalytiker MAAZ (1990) formulierte eine „Untertanenthese“⁴, die zusammengefasst eine kollektive Überforderung der DDR-Bevölkerung mit den neuen gesellschaftlichen Bedingungen darstellte. Läge bei den Bürgern in den neuen Bundesländern ein, beispielsweise während der Adoleszenz erworbenes, mangelndes Selbstwertgefühl vor, so hätte es in der Zeit nach der Wende aufgrund der vielen persönlichen Belastungen für viele DDR-Bürger zu einer gravierenden Trendveränderung des Suizidverhaltens bei der Bevölkerung der neuen Bundesländer kommen müssen. Wie jedoch die quantitativen Ergebnisse (s. Kap. 5.3.2, S.98ff.) belegen, ist nur ein vorübergehender Anstieg der Suizidfälle in den neuen Bundesländern zu Beginn der 90er Jahre zu beobachten. Dieser vorübergehende, wendebedingte gesellschaftliche Reflex in den neuen Bundesländern in der kurzen Zeitspanne 1990 zu 1991 spiegelt sich auch in

¹ Vgl. dazu ALBERT (1977) und FESTINGER (1954): Bedeutung von temporalen Vergleichen. Je günstiger die gegenwärtige Situation im Vergleich zur Vergangenheit beurteilt wird, desto positiver erfolgt die Einschätzung der subjektiven Zufriedenheit.

² Vgl. dazu WARTENBERG (1990, S.58ff.) zum Aspekt von wachsendem jugendlichen Erlebnishunger und Tod durch zu schnelles Fahren

³ Im Jahr 1991 verursachten Verkehrsunfälle in den neuen Bundesländern bei der männlichen Bevölkerung in der Altersgruppe der 15-20-Jährigen 75% aller Todesfälle und bei den 20-25-Jährigen 65% der Todesfälle.

⁴ Diese der These zugrunde liegende psychoanalytische Sichtweise bezieht sich im Ursprung auf konformierende Erziehungsprozesse durch Eltern bei Kindern, deren Folgen Anpassung und Unterordnung bewirken. Einher geht eine „Entfremdung von der eigenen Gefühls- und Triebwelt sowie der Verzicht auf eine eigenständige Identität“ (PETRI, 1987, S.148).

Des weiteren siehe dazu MAAZ (1990, S.31ff.)

den empirischen Ergebnissen der durchgeführten sozioökonomischen Panels (SOEP von 1990-1995¹) wieder. Während sich in dieser kurzen Periode der Anteil der Unzufriedenen in den neuen Bundesländern nahezu verdoppelte, nahm die Zahl der „Hochzufriedenen“ ab. Bei den Befürchtungsängsten² wurden Spitzenwerte erreicht. Im Anschlusszeitraum nahm der Anteil der Zufriedenen wieder allmählich kontinuierlich zu bzw. sanken die Sorgenäußerungen in fast allen Lebensbereichen. Da sich über das Großereignis der Wende hinausgehend, mit einer kurzen Unterbrechung, der abnehmende Trend beim Suizidverhalten in den neuen Ländern fortsetzte, bestätigte sich die Prognose, die MAAZ und andere formulierten, nicht.

ZAPF (1995) beschreibt vier Untersuchungskriterien für sozialen Wandel: Geschwindigkeit, Tiefgang, Richtungstreue sowie Steuerbarkeit. Angesichts dessen fällt die Bewertung der Wende und des damit verbundenen Transformationsprozesses für die drei erstgenannten Kriterien positiv aus. Im Vergleich zu anderen osteuropäischen Transformationsgesellschaften weisen ZAPF und HABICH (1995) auf die privilegierte Stellung der DDR/der neuen Bundesländer hin. Sie vertreten die Auffassung, dass der größte Vorteil in der Schnelligkeit der Änderung lag. Bisher hat kein anderes Land in diesem Tempo einen Umbruch in die Moderne so schnell vollzogen (BULMAHN, 1996). Diese hohe Geschwindigkeit wurde durch den Transformationsmodus von Institutionentransfer, verbunden mit massiven ökonomischen Hilfen zur Abfederung ökonomischer und sozialer Folgen der Wende, ermöglicht. Durch den Import eines kompletten makrosozialen Gerüsts mit einem funktionierenden Sozialsicherungssystem erhielten die neuen Bundesländer ein fertiges Set mit Institutionen, was dazu führte, dass die hohen Unsicherheiten, die ansonsten mit dem Aufbau neuer makrosozialer Sicherungssysteme verbunden sind, ausblieben (ROSE et al., 1993).

Zusammengefasst scheint die Bevölkerung in den neuen Bundesländern, insbesondere die junge Generation, trotz persönlicher und familiärer Probleme im Transformationsprozess mit den „neuen Freiheiten und Risiken“ besser fertig zu werden als zunächst angenommen. Bezogen auf den Zeitraum der frühen 90er Jahre ist festzustellen, dass in den neuen Bundesländern eine veränderte, inzwischen weitestgehend stabile Wertstruktur entstanden ist, deren Grundlagen in der kurzen Zeitspanne zwischen 1990 und 1992 lagen (WINKLER, G., 1999). In der Sequenz von Ausgangsbedingungen, der Dynamik des Wandlungsprozesses, den damit verbundenen Stresseinschätzungen, Bewältigungsstrategien und den daraus resultierenden Konsequenzen erscheint der vorübergehende Anstieg des Suizidgeschehens in der ehemaligen DDR, insbesondere bei jungen Menschen, kurz nach der Wende als ein Reflex auf erlebte Veränderungserfahrungen erklärlich zu sein.

Ergebnisse einer im 1. Halbjahr 1995 durchgeführten Studie des Instituts der Deutschen Wirtschaft mit 2700 Befragten im Alter von 16 bis 29 Jahren belegen, dass erziehungsbedingte Denkmuster aus DDR-Zeiten nur teilweise

¹ Siehe Datenreport 1997, S.428ff.

² Siehe dazu ZAPF (2000, S.8): Zwischen 1990 und 1992 gingen in der ehemaligen DDR ein Drittel von 9 Millionen Arbeitsstellen verloren.

nachwirken. Im Gesamtergebnis der Untersuchung drückt sich die Präsenz einer zuversichtlichen, zukunftsorientierten Grundeinstellung bei den Jugendlichen in den neuen Bundesländern auch als eine positive Einstellung zur Wende als Chance aus (BEYER, 1996).

5.3.6 Betrachtung der parallelen Entwicklung des Suizidgeschehens in beiden deutschen Gebieten

Ausgangspunkt der jetzigen Überlegungen ist die Feststellung einer fast zeitgleichen Trendwende des Suizidgeschehens in beiden Untersuchungsgebieten, die gegen Ende der 70er Jahre beginnt und sich in den 80er Jahren als ein nahezu parallel verlaufender Reduktionstrend der Suizidhäufigkeit – wenn auch auf unterschiedlichem Niveau - fortsetzt (s. S.84ff.).

Wie bereits im 3.Kapitel (vgl. S.31) beschrieben wurde, führten gesellschaftliche Modernisierungsprozesse zu einer Umorientierung der Wertpräferenzen, verbunden mit einer Bedeutungsabnahme von materialistischen Werten zugunsten eines Bedeutungsgewinnes postmaterialistischer Werte (INGLEHART, 1977) und Verschiebung in den Überlebensstrategien (INGELHART, 1998, S.98). Dieses veränderte Verhaltens- und Interessenrepertoire im letzten Jahrzehnt vor der Wende, insbesondere bei der jungen bundesdeutschen Bevölkerung, ist vor allem mit sozialen Bewegungen identifiziert und durch zahlreiche Quellen belegt (s. SHELL-Jugendstudien 1981; 1985; des weiteren BRAND et al. (1984); BÜCHNER et al. (1991); CLAUSSEN, (1989); CLAUSSEN; KILI (1990), FUCHS, D. (1984); OFFE; FUCHS, S. (2001); ZINNECKER (1987). Erweiterte Optionen innerhalb der Gesellschaft begünstigten einen Grundstimmungswandel bei den bundesdeutschen Jugendlichen (Abbildung 28).

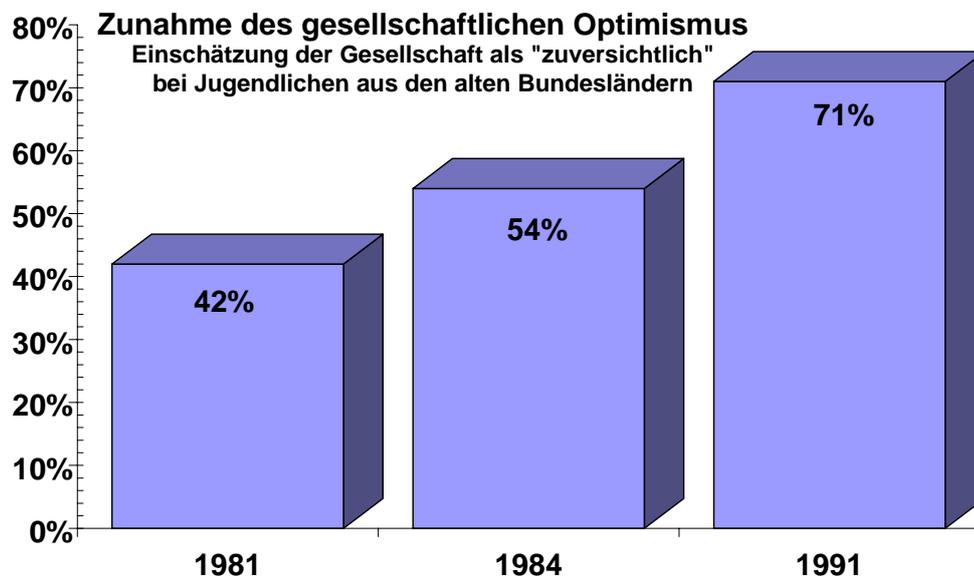


Abbildung 28: Zunahme des gesellschaftlichen Optimismus bei Jugendlichen

(aus SHELL Jugendstudie '92)

Integriert in diesen Prozess kam es zur Autonomisierung und Differenzierung jugendspezifischer Lebensformen, die ursprünglich nur privilegierten Gesellschaftsgruppen, dem sogenannten Bildungsbürgertum, vorbehalten

waren, verbunden mit einer in dieser Hinsicht noch nie da gewesenen Freiheit (MÖNKS und FERGUSON, 1984).

Wenn positive gesellschaftliche Veränderungen in dieser Zeitspanne sich nachhaltig auf das Suizidgeschehen in der früheren Bundesrepublik ausgewirkt haben¹, liegt die Vermutung nahe, dass zeitnah auch ähnliche Prozesse in der DDR vor der Wende stattfanden, die die Entwicklung der Suizidmortalität, insbesondere bei der jungen Bevölkerung, beeinflusst haben könnten. In einem ersten Schritt steht daher die Betrachtung der Verhaltensbereitschaften/Wertorientierungen der DDR-Bevölkerung, insbesondere die der Jugendlichen, anhand exemplarischer Untersuchungsbefunde.

Weiterführend für eine solche Betrachtung ist der Forschungsansatz von KLAGES (1985), der sich zwar in seiner Wertetypologie an INGLEHART (vgl. S.23) anlehnt, sich jedoch in einem bedeutenden Punkt unterscheidet. Während INGLEHART von einem gegenseitigen Ausschluss von Selbstverwirklichung und materieller Wertorientierung ausgeht, sieht KLAGES eher eine Wertekoexistenz, die aus expandierenden Selbstentfaltungswerten sowie einer konstant bleibenden Bedeutung konventioneller Werte geprägt ist. Eine solche Wertesynthese konnte er auch für die Periode der 80er Jahre bei der jungen bundesdeutschen Bevölkerung nachweisen.

Im Zuge einer allmählichen Normalisierung der innerdeutschen Beziehung und einer vermehrten Dialogbereitschaft rückten seit den 70er Jahren zunehmend auch systemübergreifende Problemlagen in fortgeschrittenen Industrieländern ins Bewusstsein. Themenfelder wie die atomare Aufrüstung der Supermächte, Bildungspolitik, Kultur, Ökologie und Wirtschaft führten zu gesellschaftlichen Prozessen des Umdenkens. Als Ausdruck von veränderten Verhaltenbereitschaften entstanden Bürgerinitiativen, allen voran die Friedens- und Umweltschutzbewegung².

In der DDR bewirkte dieser Wertewandel und Mentalitätsumbruch eine wachsende Distanz der Bevölkerung gegenüber den staatlich vorgegebenen gesellschaftlichen Orientierungen³.

Der Staat der DDR erwartete von seinen Bürgern die Internalisierung zentraler sozialistischer Wertvorstellungen. Bei manchen gelang die persönliche Identifikation mit dem staatlichen Wertehorizont, was Lebenserleichterung brachte und sich karrierefördernd auswirkte. Viele Menschen in der DDR erweckten nur den äußeren Anschein einer sozialistischen Identifikation ohne innere Überzeugung. Der Anpassungsspagat zwischen einer erwarteten ideologisch-konformen persönlichen Haltung und möglicherweise völlig anderen individuellen Werthaltungen führte zu einem zunehmenden Rückzug in geschützte Räumen wie Familien, nachbarschaftliche und funktionale soziale Netzwerke

¹ Vgl. dazu HAJEK (1999, S.251): „Auffallend ist auch, dass die Abnahme der Mortalität in den westlichen Industriestaaten konform geht mit dem im gleichen Zeitraum konstatierten ‚Wertewandel‘. Dieser ‚Wertewandel‘ meint einen Wandel in den handlungsleitenden Werten der Gesellschaftsmitglieder. Er beinhaltet eine Schwächung überkommener ‚Pflicht-Akzeptanzwerte‘ (‘Leistung’, ‘Disziplin’, ‘Ordnung’, ‘Sauberkeit’, etc.) und eine Stärkung von ‚Selbstentfaltungs-Autonomiewerten‘“.

² Vgl. dazu die Dissonanzbewältigungsstrategien (S.71)

³ Vgl. dazu BÜTTING (2005, S.242); zum Wertewandel in der DDR siehe auch STEUER (1992) und MANSEL et al. (1991)

Gleichgesinnter. Nicht wenige DDR-Bürger waren Mitglieder größerer Netzwerke, verbunden mit einem größeren Ausmaß von Intimität und zwischenmenschlichen Beziehungen (BIERHOFF, 1999). In den Bereichen Familie und Freizeit etablierte sich allmählich eine „Nischengesellschaft“ (TSCHICHE, 1991), die bei den Jugendlichen eine eigene Sub-Gegenkultur¹ hervorbrachte.

„Das Bedürfnis zur Flucht in die Privatsphäre war anscheinend in allen gesellschaftlichen Gruppen weit verbreitet. Dies erklärt auch, dass es hinsichtlich der Bedeutung der Familie nur geringe Unterschiede zwischen den einzelnen Bildungsgruppen gibt, während im Westen die höher Gebildeten in geringerem Maße davon ausgehen, dass man eine Familie zum Glücklichsein braucht“ (HABICH, R.; SPELLERBERG, A., 1992, S.596).

In den 80er Jahren trat folgendes, nicht in anderen Industriestaaten zu beobachtende Spezifikum in der DDR auf. Trotz allgemein rückläufiger Geburtenrate in der DDR ab 1980 zeichnete sich in den 80er Jahren ein Trend zum Zweit-, Dritt- und sogar zum Viertkind ab (WOLLE, 1998). Nach Auffassung des vorgenannten Autors erklärt sich die wachsende Individualwertorientierung und gleichzeitige Bedeutungszunahme von Familie als soziale Gruppe² für den Einzelnen dadurch, dass sie die Möglichkeiten eines Rückzugsfeldes vor dem Zugriff des Staates boten³. In der Privatsphäre konnte im persönlichen Umgang anders mit den anderen kommuniziert werden als es sonst gewöhnlich „offiziell“ möglich war (HENRICH, 1989).

Dass die Wertsynthesetheorie von KLAGES (vgl. S.128) auch auf die junge Generation der DDR übertragbar ist⁴, lässt sich anhand von konsensfähigen Befragungsergebnissen von Jugendstudien des Zentralen Institutes für Jugendforschung (ZIJ) in Leipzig⁵ verdeutlichen, die die Annahme eines zeitnahen parallel verlaufenden Veränderungsprozesses in der DDR stützen können.

Ab Mitte der 70er Jahre belegen Ergebnisse der vom ZIJ regelmäßig durchgeführten Befragungen der jungen Bevölkerung der DDR⁶ einen eigenständigen Werte- und Mentalitätswandel. Individuumszentrierte Werte wie Streben nach Lebensgenuss (z. B. modifreudiges Verhalten⁷), nach

¹ Siehe OTTO, M.; WENZKE (1992): zur Thematik der verschiedenen Jugendgruppen in der DDR

² Vgl. dazu BRÄHLER et al. (2002, S.304ff.): Untersuchungsergebnisse bestätigen, dass auch nach der Wiedervereinigung die Bevölkerung in den neuen Bundesländern im Vergleich zur Bevölkerung in den alten Bundesländern deutlich mehr Wert auf das Familienleben legt, da sie dadurch mehr emotionale Unterstützung erhalten.

³ Vgl. dazu die Dissonanzbewältigungsstrategien (S.71)

⁴ Im Vergleich zu KLAGES beschreibt GÜNTHER (1991) die Werthaltungen bei den DDR-Jugendlichen als Ambivalenzen bei den Werthaltungen zwischen traditionellen (hedonistischen) und modernen (postmaterialistischen) Werten.

⁵ Die Jugendforschung in der DDR war repräsentiert durch das ZIJ (ZINNECKER, 1992).

⁶ Zahlreiche Jugendbefragungen des ZIJ in der Zeitspanne zwischen 1969 und 1989 belegen, dass in den 70er Jahren die Vorbehalte gegen die sozialistische Gesellschaftsordnung zunahmen⁶ (FÖRSTER, 1999a) und alle Lebensbereiche erfassten (FRIEDRICH, 1990).

⁷ Beispielhaft an der vom ZIJ im Jahr 1985 durchgeführten Jugendmodestudie konnte ein enger Zusammenhang zwischen genannten Lebenszielen und Werteorientierungen sowie

autonomer Lebensgestaltung bzw. persönlichem Wohlstand wurden zunehmend betont¹. Aber auch die Werte glückliche Ehe, in einer Familie leben, Freundschaftsbeziehungen und sinnerfüllte Arbeit hatten einen hohen Stellenwert (FÖRSTER und WALTER, 1996; LINDNER, B. und WIEDEMANN, 1999).

Anfang der 80er Jahre versammelten sich unter dem Dach der Kirche eine wachsende Zahl von politisch motivierten Gruppen² als Ausdruck einer zunehmend distanzierteren Haltung der Bevölkerung gegenüber den staatlich vorgegebenen gesellschaftlichen Orientierungen. Es entwickelte sich ein Rückzug aus den Institutionen und Organisationen, die systemkonforme Werte vermittelten. Im Gegenzug gewannen so genannte nicht-institutionelle Bereiche für Lebenspraxis und Wertbildung an Interesse und an Bedeutung³.

Im Gegensatz zur alten Bundesrepublik war das Leben der Jugendlichen in der DDR durch ein staatskonformes, sozialistisch geprägtes Bildungssystem mit sozialer Kontrolle und Fremdbestimmung⁴ gekennzeichnet. Andererseits bestanden für die Jugendlichen in der DDR keine existenziellen Probleme bei der Berufswahl. Über Jahrzehnte wiederkehrende Untersuchungsergebnisse bei Arbeits- und Ausbildungskollektiven ergaben, dass „Arbeit“ im Wertesystem der Jugendlichen/Heranwachsenden erwünschter Lebensraum war, in dem menschliche Beziehungen entwickelt wurden (BERTRAM, 1999, S.293).

Die kulturelle Freizeitgestaltung in der DDR fand überwiegend in informellen Gruppierungen statt. In solchen Peergroups boten sich für Jugendliche Möglichkeiten, sich den gesellschaftlichen Erziehungsbemühungen staatskonformer Organisationen, wie z. B. die FDJ, zumindest teilweise und temporär begrenzt zu entziehen.

Es bestand für die Jugendlichen in der DDR ein höheres Maß an Verpflichtungen gegenüber Familie, Schule und gesellschaftlichen Organisationen⁵, das im Resultat im Vergleich zu den bundesdeutschen Jugendlichen ein Defizit an Freiräumen bedeutete, abgesehen von einer ohnehin geringeren materiellen Ressourcenausstattung.

Dies vermittelt den Eindruck, es habe bei der jungen Bevölkerung der ehemaligen DDR ein allgemeiner Rückstand⁶ bestanden. Naheliegend ist die Frage, inwieweit eine solche Interpretation, die eine kollektive mentale Deformation der DDR-Jugend impliziert, vertretbar erscheint (BULMAHN,

im Umgang mit Bekleidung und Mode nachgewiesen werden (LINDNER; WIEDEMANN, 1999).

¹ Die Befragungsbefunde des ZIJ, die auf Wandlungsprozesse in der DDR vor der Wiedervereinigung hinweisen, werden durch Befunde von frühen repräsentativen Jugendstudien ab 1990, beispielsweise der Schülerstudie '90 (BEHNKEN; ZINNECKER, 1991b) und der SHELL-Jugendstudie '92 ergänzt, die erstaunlich große Übereinstimmungen in den Werteorientierungen bei der jungen Bevölkerung sowohl in den neuen als auch in den alten Bundesländern feststellten.

² Hierunter befand sich auch die unabhängige Friedensbewegung (MISSELWITZ, 1996).

³ Im Vergleich zur damaligen Bundesrepublik konstituierten sich in der 2. Hälfte der 80er Jahre in der DDR Gruppierungen, die zumindest ihrer thematischen Zuordnung nach, den dortigen neuen sozialen Bewegungen entsprachen (RUCHT et al., 1997).

⁴ Vgl. dazu BERTRAM (1992, S.176), der die DDR als „*das Regime des nahtlos durchorganisierten Lebenslaufs*“ bezeichnet.

⁵ Die Kollektivbezogenheit stand im Mittelpunkt sowohl bei der Erziehung von Kindern und Jugendlichen (MANNSCHATZ et al., 1984, S.16) als auch von Erwachsenen (ZENG, 2000).

⁶ Vgl. dazu LEDERER et al. (1991)

1999). In diesem Zusammenhang weist POLLACK (1996) auf eine wesentliche Grundvoraussetzung hin, dass eine mentale Prägung nur in einer stabilen und konsistenten Gesellschaft mit einer weitestgehend kongruenten Sozialstruktur und Kultur entstehen kann. Seiner Ansicht nach trafen diese Voraussetzungen bei der DDR-Bevölkerung nicht zu, die im Binnenverhältnis eher fragmentiert und gespalten war. Letztendlich erwies sich eine wachsende Kluft zwischen Bevölkerung und Staat als begünstigend für eine Orientierung der Bevölkerung nach westlichen Wertvorstellungen¹. Die DDR-Sozialisation war somit eine Sozialisation durch und gegen das System (POLLACK, 1998, S.307ff.).

Zusammengefasst ist festzuhalten, dass in der 2.Hälfte der 70er Jahre Autonomisierungsprozesse in beiden Staaten entstanden, die auf erleichterte Zugangsmöglichkeiten zu besserer Bildung für größere Bevölkerungsteile zurückgingen. Diese Liberalisierungsentwicklung war gekennzeichnet durch veränderte Werteprioritäten, innovatives Konfliktlösungsverhalten und aktive Partizipationsansprüche.

Bedingt durch eine sowohl historische als auch geografische Nähe zum Zentrum des europäischen Modernisierungsprozesses wirkte die frühe Bundesrepublik als Referenzsystem auf die DDR. Nach Ansicht von POLLACK (1990) war das Ende der DDR mehr oder weniger zwangsläufig vorhersehbar, da zwei gegenläufige Prozesse (staatlicher Zentralismus vs. Autonomisierung, Individualisierung und Pluralisierung der Gesellschaftstruktur) nicht mehr zum Ausgleich gebracht werden konnten. Der gesellschaftliche Wandlungsprozess in der DDR vor der Wende hat sich förderlich und stabilisierend auf das psychische Befinden der Menschen in der DDR-Gesellschaft, insbesondere das der jungen Generationen, ausgewirkt, mit dem sie der Wende und deren Folgen begegneten.

¹ Die Autoren KABAB VEL JOB et al. (1991) beschreiben, dass seit Mitte der 70er Jahre in der DDR eine Art Revolution in den Köpfen stattgefunden hat, durchaus vergleichbar mit dem in den 60er Jahren ausgelösten Wertewandel in der alten Bundesrepublik.

5.4. Diskussion der Ergebnisse

Nachdem in vorherigen Kapiteln (5.3.5 und 5.3.6) primär soziale Wandlungsprozesse und deren gesellschaftliche Auswirkungen auch auf das Suizidgeschehen betrachtet wurden, soll nun, unter Einbeziehung der Ergebnisse dieser Kapitel und der Rahmentheorie, die Entwicklung des Suizidgeschehens in beiden Untersuchungsgebieten für den Gesamtbeobachtungszeitraum von 1961 bis 2005 diskutiert werden. Auch hierbei liegt die Gewichtung auf Wandlungsgeschehen und deren Auswirkungen.

Zunächst stellt sich die Frage, warum in der DDR nahezu durchgängig eine höhere Suizidmortalität im Vergleich zur früheren Bundesrepublik vorlag. Während aus Sichtweise der entsprechenden Fachliteratur der DDR zur Erklärung der großen Suizidhäufigkeit in der DDR ein gesellschaftlicher Kontext außer Frage stand, erfolgte eher eine Interpretation in Richtung fortgesetzter tradiert hoher Suizidsterblichkeit in den DDR bildenden Ländern¹ (s. S.117), die sich statistisch bis zurück in die Weimarer Zeit nachweisen ließ. Diese statistisch nachweisbare regiospezifische Hypothek einer Suizidübersterblichkeit lässt sich, wie WIESNER und CASPER (1993) darlegten, durch eine über den Zeitpunkt der Wende hinausgehende abnehmende Suizidhäufigkeit in den neuen Bundesländern als entkräftet betrachten².

In der ehemaligen DDR waren Suizide auf dem Land häufiger als in den Städten (KNAPP, 1995). Es verwundert daher nicht, dass in der ehemaligen Hauptstadt der DDR eine im Vergleich zur übrigen DDR besonders geringe Suizidmortalität vorlag, die auf einen Zusammenhang eines vorhandenen größeren Netzes psychiatrischer Versorgung mit höherer und qualifizierter personeller Besetzung zurückgeführt wurde (CASPER; FRITZ; MÜLLER; F.-D., 1990).

HOFFMEISTER et al. (1990) weisen auf eine andere nicht unwesentliche epidemiologische Beziehung zwischen Suizidhäufigkeit und Lebenserwartung hin. Im Vergleich zur Bevölkerung der alten Bundesrepublik, bei der ab der 2. Hälfte der 70er Jahre die Sterbeziffern stärker rückläufig waren, bestand in der DDR eine um rund 3 Jahre geringere Lebenserwartung bei der Bevölkerung. Bei genauerer Betrachtung der für die DDR nachteiligen Entwicklung von Sterbeziffern und Lebenserwartung ist auffällig, dass das regiospezifische Suizidgeschehen dabei eine nicht unwesentliche Rolle spielt. Angenommen die Suizidraten der DDR hätten auf dem Niveau der früheren Bundesrepublik gelegen, hätte dieses zu einer Erhöhung der Lebenserwartung der DDR-Bevölkerung um rund ein halbes Jahr geführt.

Autoren wie beispielsweise GIROD (2000) vertreten die Auffassung, dass eine generelle Obduktionspflicht bei nichtnatürlichen Todesfällen im Vergleich zur früheren Bundesrepublik eine genauere Erfassung der vollendeten Suizide bedinge.

Historisch rückblickend waren beide deutsche Länder bis 1945 gleichen Einflussfaktoren ausgesetzt. WIESNER (1990; 2001) bewertet, unter Hinweis auf HALLER et al. (1978), das unterschiedliche Suizidniveau in Ost- und

¹ Vgl. dazu JAKOBSEN et al. (1999)

² Siehe auch Trendentwicklungen des Suizidgeschehens nach 2000 (S.115f.).

Westdeutschland als Ausdruck einer mehrdimensionalen ungleichen Verteilung von Lebenschancen¹. Unterschiedliche gesellschaftlich vermittelte Formen von Bildung, Lebenszufriedenheit, sozialer Anerkennung und Wertschätzung, aktiver Daseinsbestimmung wirkten sich auf das jeweilige nationale Suizidgeschehen aus. Diese Interpretation bestätigt damit indirekt die These, dass die Suizidmortalität als Projektionsfläche von Unbehagen in einer Gesellschaft/Kultur anzusehen ist und von epochenspezifischen Prozessen beeinflusst wird.

Verbunden mit dem Mauerbau am 13. August 1961 setzten plötzliche und gravierende gesellschaftliche Veränderungen für die DDR-Bevölkerung ein². Unter der primären Zielsetzung, die gesellschaftlichen Verhältnisse zu stabilisieren und den Erhalt der DDR³ zu sichern, wurden bisher gültige persönliche Grundrechte beispielsweise wie Freiheit, Selbstbestimmung und Residenzmobilität entweder eingeschränkt oder völlig entlegitimiert. Für viele Bürger der DDR bedeutete dies abrupte Beziehungsabbrüche zu Familienangehörigen/Freunden im Bundesgebiet und in Westberlin. Da die systemübergreifenden Veränderungen in Form des Einschlusses der einen und des Ausschlusses der anderen Gesellschaft beide deutsche Bevölkerungen unvorbereitet trafen, war das bestehende individuelle Bewältigungsrepertoire für eine solche, geschichtlich einzigartige Situation unzureichend. Kollektiv erlebte, anscheinend nicht lösbare Dissonanzbündel (s. Rahmentheorie/Handlungskonzept S.72ff.) führten zu mehrdimensionalen Einengungen, Hoffnungslosigkeitsempfindungen und Handlungssohnmacht.

Eine Änderbarkeit der neuen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, beispielsweise durch einen breiten politischen Protest der DDR-Bevölkerung, schien im Hinblick auf Erfahrungen im Zusammenhang mit den Ereignissen des 17. Juni 1953 und anderer historischer Begebenheiten bzw. den befürchteten Sanktionen nicht durchsetzbar. Insbesondere die junge Bevölkerung, sowohl in Ost und West, reagierte sensibel auf die neuen gesellschaftlichen Verhältnisse, die die Wahl von Suizid als Problemlösungsstrategie⁴ begünstigten. Wie die Entwicklung der Suizidziffern im Kapitel 5.3.1 (S.84ff.) verdeutlicht, waren davon die weibliche Altersgruppe der 15-<20-Jährigen⁵ (s. Abbildung 13, S.96) und die 20-<25-jährigen jungen Männern in der DDR (s. Abbildung 11, S.92) bzw. die männliche Vergleichsgruppe in der früheren Bundesrepublik (s. Abbildung 10, S.91) betroffen. Unter dem Aspekt von nicht beeinflussbaren personellen Trennungen subsumieren sich hier auch beziehungsmotivierte Suizide.

¹ WIESNER (2004, S.1103), der in einer vergleichenden Studie die Suizidmethoden in Ost- und Westdeutschland untersucht hat, weist darauf hin, dass die unterschiedlichen Lebensumstände in der DDR und der früheren Bundesrepublik auch die Art der Suiziddurchführung beeinflusst haben.

² LINDENBERGER (2005, S.104) merkt dazu an: „Die durchschlagende Wirkung der Grenzschießungen auf das politische und gesellschaftliche Leben ist in der DDR ungleich intensiver und umfassender als im Westen“.

³ Ökonomische Interessenlagen spielten eine wesentliche Rolle. Langfristig hätte die DDR die zunehmende Flucht von jungen Fachkräften bzw. eine dadurch entstehende Überalterung der Bevölkerung nicht mehr kompensieren können.

⁴ VIETEN (1997) ordnet Hoffnungslosigkeit, Wertlosigkeit, Resignation, Isolation eindeutig einer Risikopsychopathologie für Suizidalität zu.

⁵ Im Zusammenhang von expandierenden anomischen Faktoren, beispielsweise sich auflösenden Familienstrukturen und Verfall von herkömmlichen Wertvorstellungen, steht auch die Zunahme der Suizidmortalität bei jüngeren Altersgruppen (MÜLLER, 1982; SCHOECK, 1980).

Besonders auffällig ist der sprunghafte Anstieg der Suizidraten bei den 20- <25-jährigen jungen Männern in der DDR im Jahr 1966, der über dem Niveau der Gesamtsuizidrate der Männer lag (s. Abbildung 11, S.92). Da in dem Vergleichsgebiet keine solche gravierende Veränderung der altersspezifischen Suizidrate auftritt, ist hier eine regio- und geschlechtsspezifische Besonderheit zu vermuten, die im Zusammenhang mit dortigen Ereignissen stand. Es ist anzunehmen, dass gestiegene Hoffnungslosigkeit¹/vielfältige Einengung² im Zusammenhang von nicht mehr umsetzbaren „männlichen“ Lebensentwürfen (Lebenschancen) suizidfördernd wirkten.

Vor dem Hintergrund innerdeutscher Entspannungspolitik gegen Ende der 70er Jahre zeichneten sich in beiden deutschen Staaten allmähliche Wandlungsprozesse ab, die zwar auf den ersten Blick unterschiedlich, aber beide als sozialstrukturelle Folgen einer Bildungsexpansion in der DDR wie in der früheren Bundesrepublik anzusehen waren (SCHÄFERS, 1995). Verändertes Wertinteresse, das nicht nur die jüngeren Bevölkerungsteile erfasste und sich durch eine stärkere Betonung von Selbstentfaltung und demokratischen Beteiligungsrechten kennzeichnete, führte zu erweiterten Erfahrungshorizonten, anderen Dissonanzbewältigungspfaden und subjektivem Wohlbefinden (s. Tabelle 12, S.136 und Tabelle 14, S.138).

In der DDR kennzeichnete sich der Wandlungsprozess durch eine zunehmende Distanzierung großer Bevölkerungsteile vom Staat. Die Individualwerte Familie und Freizeit gewannen zunehmend an Bedeutung und führten zur Bildung so genannter „Nischen“ innerhalb der Gesellschaft.

Die zusammenführende Wertung der Suizidraten jener Periode (s. Kap. 5.3.1) belegt eine zeitnahe Trendwende des Suizidgeschehens in beiden Untersuchungsgebieten, die sich gegen Ende der 70er Jahre abzeichnet und sich bei den jugendlichen Altersgruppen in der 1.Hälfte der 80er Jahre vollzieht. Auch in der 2.Hälfte der 80er Jahre setzt sich dieser rückläufige Trend der Suizidraten in beiden Gebieten fort³.

In dem Großereignis der Wende fand die bei großen Teilen der DDR-Bevölkerung schon seit Jahren existierende „Distanzierung“ vom Staat und dessen Ideologie ihren Schlusspunkt. Letztendlich ist die Wende nur ein Ereignis in einem sich bereits vor 1989 abzeichnenden Veränderungsprozess, der auch nach der Wende in Form eines fortgesetzten Orientierungsprozesses an das Wertegerüst der alten Bundesrepublik weiteranhielt, die nach Auffassung von VEEN (1997) immer das Referenzsystem für die DDR darstellte. Im Vergleich zu den sozialstrukturellen Veränderungen ab 1961 und den systemübergreifenden Auswirkungen auf die Suizidhäufigkeit in beiden deutschen Staaten erfolgte Anfang der 90er Jahre ein auf die neuen Bundesländer beschränkter kurzzeitiger Anstieg der Suizidmortalität, der als Reflex auf wendebedingte Erfahrungen (z. B. Verlust bekannter Sicherheiten, Frustrationen und persönlicher Existenzängste) zu interpretieren ist. Dissonanzerlebnisse bei Bezugspersonen übertrugen sich auf Kinder/Jugendliche und begünstigten in dieser kurzen Zeitspanne Suizidneigungen. Es ist daher nicht verwunderlich,

¹ Vgl. dazu KOVACS (1982)

² Vgl. dazu HELSPER und BREYVOGEL (1984)

³ Vgl. SCHMIDTKE und WEINACKER (1994); KELLER und WOLFERSDORF (1995)

dass das Gelingen eines schnellen Institutionen- und Sozialverfassungsimports in die neuen Bundesländer als umfassende Orientierungshilfe von großer Bedeutung war. In dem Zusammenhang muss aber auch die große gesellschaftliche Relevanz des Nonprofit-Bereiches („dritter Sektor“) hingewiesen werden¹. In der Tat haben viele der ehemaligen gesellschaftlichen Organisationen der DDR die Folgewendezeit der frühen 90er Jahre entweder gar nicht überlebt oder mussten große Bedeutungsverluste hinnehmen. Obwohl der dritte Sektor in den neuen Bundesländern gemessen an den Standards der alten Bundesländer nicht so ausgeprägt vorhanden war, zeigte er systemstabilisierende Wirkung. Durch sein intermediäres Dienstleistungsspektrum auf der einen Seite und seinem peripheren Status gegenüber dem öffentlichen Bereich auf der anderen Seite eröffnete er den Verlierern Chancen der materiellen Bedürfnisbefriedigung bzw. der gesellschaftlichen Partizipation, insbesondere für ehemalige Angehörige der DDR-Funktionselementen, die im öffentlichen Bereich kaum Berufsaussichten hatten (SEIBEL, 1998).

Im weiteren Verlauf des gesellschaftlichen Angleichungsprozesses nähern sich die Suizidrends in den neuen und alten Bundesländern an². Auch bei den untersuchten jugendlichen Altersgruppen etablieren sich die Suizidfrequenzen zum Ausgang des Betrachtungszeitraumes 2005 auf einem ähnlichen Niveau, das deutlich unter dem des Wendejahres 1989 liegt. Im Vergleich zu länger zurückliegenden Zeiträumen ist die Zahl der Suizide in der gesamten Bundesrepublik heute deutlich geringer³.

Die bisherigen Überlegungen formulierten einen prozessualen Zusammenhang zwischen rückläufigen Trends bei den Suizidraten seit den 80er Jahren, Zugewinn von Freiheitsgraden und verändertem Dissonanzbewältigungsverhalten. Demzufolge müsste sich die im Kapitel 5.3.2 (S.98ff.) festgestellte Fortsetzung des allgemeinen abnehmenden Trends der Suizidhäufigkeit in den alten und neuen Bundesländern als positive Auswirkung in Befragungsergebnissen von Untersuchungen im Anschlusszeitraum beispielsweise durch hohe Lebenszufriedenheit bei der jeweiligen Bevölkerung ausdrücken. Abschließend scheint für die bisherige Diskussion eine kurze Betrachtung der Ergebnisse der als repräsentativ geltenden, in kurzen Jahresabständen durchgeführten Wohlfahrtssurveys⁴ aufschlussreich.

¹ ZIMMER und PRILLER (1998) weisen auch auf die eminente Bedeutung des dritten Sektors in Situationen des politischen Umbruchs und gesellschaftlichen Neuorientierungen hin, wie sie die fünf neuen Bundesländer vor und nach der Wende erlebt haben. Seine Fähigkeiten und Projektvielfalt, insbesondere nachgewiesen durch die vielen Initiativen der Alternativbewegung der 70er und 80er Jahre stellen einen unübersehbaren gesellschaftlichen Faktor dar.

² In der bereits erwähnten Untersuchung von WIESNER (2004)(s. S.134) belegen die Ergebnisse eine unverkennbare Angleichung der praktizierten Suizidmethoden in den neuen und alten Bundesländern nach der Wende.

³ Nach Auffassung von WOLFERSDORF und FRITZE (2002) scheinen, abgesehen von der krankheitsspezifischen Suizidalität z. B. bei depressiven bzw. schizophrenen Erkrankungen, die anwachsende Aufmerksamkeit im Kontext einer Entstigmatisierung der Suizidalität, eine Zunahme der suizidalitätsbezogenen Fort- und Weiterbildung bzw. die Expansion von Vorsorgeeinrichtungen, neben Psychopharmakotherapie und psychotherapeutisch-psychoedukative Krisenhilfe Aspekte zu sein, die für die abnehmenden Suizidraten in Deutschland (mit-) verantwortlich sind.

⁴ Die früheren Untersuchungen in den Jahren 1978 und 1984 bezogen sich nur auf die frühere Bundesrepublik während die nach der Wende erfolgten Befragungen in Form von

Zufriedenheit mit ausgewählten Bereichen

Tabelle 12: Zufriedenheit mit ausgewählten Lebensbereichen (Datenreport 2002)

	Eher unzufrieden			Eher zufrieden		
	1991	1995	1999	1991	1995	1999
Mit der Freizeit Jugendliche (17-25)	16	15 ¹	11	71	74 ¹	79
Westdeutsche	15	14 ¹	11	72	78 ¹	80
Ostdeutsche	22	17 ¹	9	65	66 ¹	78
Ausländer (West)	13	17 ¹	9	74	70 ¹	74
Erwachsene (26+)	18	18 ¹	15	70	70 ¹	74
Mit dem Lebensstandard Jugendliche (17-25)	11	10	9	78	79	82
Westdeutsche	8	8	8	82	82	84
Ostdeutsche	21	13	8	60	75	78
Ausländer (West)	9	15	17	80	70	76
Erwachsene (26+)	10	11	10	76	77	79
Mit dem Leben allgemein Jugendliche (17-25)	7	7	6	84	83	87
Westdeutsche	6	6	5	89	84	89
Ostdeutsche	15	7	6	66	81	84
Ausländer (West)	4	9	7	85	80	84
Erwachsene (26+)	8	10	9	79	75	78

¹ Werte für 1994. Datenbasis: SOEP 1991,1994, 1995,1999.

Zu den positiven Bestandteilen des subjektiv wahrgenommenen Wohlbefindens rechnen die Lebenszufriedenheit¹ und das Glückempfinden². Besorgnis- und Anomiesymptome zählen zu den negativen Bestandteilen des subjektiv erlebten Wohlbefindens.

Auch in der Nachwendeperiode beantworteten über 80% der 17-25-Jährigen die Frage, ob sie mit dem Leben im Allgemeinen „eher zufrieden“ seien, positiv (s. Tabelle 12). Während sich bei den jungen Westdeutschen bereits im Jahr 1991 nahezu 90% als eher zufrieden bezeichneten und sich dieser Trend relativ konstant fortsetzte, glich sich bei der Vergleichsgruppe erst nach 1991 die allgemeine Lebenszufriedenheit allmählich dem westdeutschen Niveau mit 84% an.

Ost-West-Vergleichen durchgeführt wurden. Von besonderem Interesse sind daher Aussagen über die Wahrnehmung und Beurteilung der individuellen Lebensverhältnisse. Nähere Antworten darauf geben die Indikatoren des subjektiven Wohlbefindens: Lebenszufriedenheit, Glücksempfinden und der Besorgnis- und Anomiesymptomkomplex.

¹ Hinter dem Begriff der Lebenszufriedenheit verbirgt sich eine gesamt bilanzierende kognitive Größe, die auf vergangenheits-, gegenwarts- und zukunftsbezogenen Vergleichen und Gewichtungen mit der aktuell wahrgenommenen individuellen Lebenssituation basiert.

² Die Aussage über das aktuelle individuelle Glücksbefinden verkörpert eine affektive, emotionale Zustandsbeschreibung.

Tabelle 13: Zufriedenheit mit dem Leben 1978-2001 (aus Datenreport 2002)

	Unzufrieden	Allgemeine Lebenszufriedenheit					Ganz zufrieden	Mittelwert
	0-4	5	6	7	8	9	10	
	in %							
Westdeutschland								
1978	4	6	7	15	32	18	18	7,8
1980	4	8	8	18	30	13	18	7,7
1984	6	7	6	14	32	17	17	7,7
1988	3	5	7	15	34	19	17	7,9
1993	3	5	7	16	33	22	14	7,9
1998	4	5	8	18	35	19	12	7,7
1999	4	6	6	18	31	22	13	7,8
2001	4	6	7	23	33	17	10	7,6
Ostdeutschland								
1990	11	17	14	21	24	8	6	6,6
1993	9	12	13	24	27	9	6	6,9
1998	6	9	11	22	35	11	8	7,3
1999	11	8	10	21	29	12	9	7,1
2001	10	10	12	24	30	10	4	6,9
Deutschland								
1993	5	6	8	17	32	20	12	7,7
1998	4	6	8	19	35	17	11	7,6
1999	5	7	7	19	31	19	12	7,6
2001	5	7	8	23	33	15	8	7,5

Datenbasis: Wohlfahrtssurvey 1978, 1980, 1984, 1988, 1990-Ost, 1993, 1998, Trend 1999 u. 2001.

In den neuen Bundesländern hat sich die Anzahl derer, die sich eher als unzufrieden einschätzen, fast halbiert. Die Anzahl der Jugendlichen, die sich mit der Freizeit¹ als eher zufrieden bezeichneten, ist im Verlauf der 90er Jahre um mehr als 10% angestiegen und hat sich bei ca. 80% etabliert². Diese Entwicklung entspricht den allgemeinen Trends in alten und neuen Bundesländern, die sich im Entwicklungsmuster ähneln. Sowohl die überwiegende Mehrheit in den alten als auch in den neuen Bundesländern ist mit ihrem Leben zufrieden. Die Verteilungsmuster der eingeschätzten Lebenszufriedenheit sind in beiden Gebieten in etwa gleich. Bezogen auf die hohen Lebenszufriedenheitswerte trat seit 1978 bei der Bevölkerung in den alten Bundesländern keine wesentliche Änderung ein.

¹ Die besondere Bedeutung des Freizeitbereiches für Jugendliche als Entwicklungsraum wurde bereits in Kapitel 4.5 beschrieben.

² Auch die Ergebnisse des Datenreports 2004 bestätigen eine Fortsetzung des hohen Zufriedenheitsniveaus (ISENGARD; SCHNEIDER, TH. (2005, S.561ff.).

**Tabelle 14: Emotionales Wohlbefinden - Glück 1978-2001
(aus Datenreport 2002)**

	Das eigene Leben ist im Augenblick...			
	Sehr unglücklich	Ziemlich unglücklich	Ziemlich glücklich	Sehr glücklich
in %				
Westdeutschland				
1978	1	4	74	22
1980	1	5	69	26
1984	1	8	72	20
1988	1	4	72	23
1993	1	5	70	24
1998	1	8	72	20
2001	1	5	75	19
Ostdeutschland				
1990	1	14	74	10
1993	1	12	75	12
1998	1	11	72	16
2001	2	12	74	12
Deutschland				
1993	1	6	71	22
1998	1	8	72	19
2001	1	7	74	18

Datenbasis: Wohlfahrtssurvey

1978, 1980, 1984, 1988, 1990-Ost, 1993, 1998, Trend 2001.

Insgesamt hat sich das allgemeine Zufriedenheitsniveau in den neuen Bundesländern zwar verbessert, jedoch noch nicht dem der alten Bundesländer angeglichen.

In den 90er Jahren empfanden sich über 90 Prozent der Westdeutschen als glücklich (Tabelle 14). Im Vergleich dazu bezeichneten sich insgesamt 84% der Bevölkerung in den neuen Bundesländer als glücklich. Demzufolge sind die Ostdeutschen in der Nachwendeperiode nicht nur zufriedener sondern auch glücklicher.

Bisher bestätigten die positiven Befragungsergebnisse¹ die Fortsetzung der für die jeweiligen Bevölkerungen in den alten und neuen Bundesländer vorteilhaften gesellschaftlichen Entwicklungen. Tendenziell hat der Anteil derer, die für sich keine dauerhaften Beeinträchtigungen einschätzen, in beiden Untersuchungsgebieten zwischen 1993² und 2001³ kontinuierlich zugenommen⁴.

¹ Wohlfahrtssurvey 1990-Ost, 1993, 1998, Trend 1999 u. 2001 (Datenreport 2002).

² Ostdeutschland:44%, Westdeutschland:53% (1993)

³ Ostdeutschland:54%, Westdeutschland:63% (2001)

⁴ Zentrales Ergebnis der bisher größten SHELL-Jugendstudie 2000 ist, dass bei den Jugendlichen der 15-24-Jährigen zunehmende Zuversicht in Bezug auf die persönliche und gesellschaftliche Zukunft entwickelt hat. Lediglich ein Anteil von 9% der Befragten schätzte die persönliche Zukunft als „eher düster“ ein. Die Familie wird in einer Zeit des Wandels als Ort des Verlässlichen und überwiegend als emotionale Unterstützung betrachtet.

Anfang der 90er Jahre kam es zum drastischen Anstieg von anomischen Symptomen in der Bevölkerung der ehemaligen DDR¹ als Ausdruck von wendebedingten Schwierigkeiten². Der im Anschluss zu beobachtende Trend zeigt jedoch einen Rückgang der Symptome bei der ostdeutschen Bevölkerung und eine Annäherung an das westdeutsche Niveau. Dieses ist als deutliches Indiz für die Stabilisierung des Transformationsprozesses und Tempoverlangsamung des sozialen Wandels zu interpretieren. Auch in den alten Bundesländern lässt sich ein abnehmender Trend erkennen³.

Zusammenfassend kann die Annahme einer auch nach der Wende vorteilhaften gesellschaftlichen Entwicklung für die beiden Bevölkerungen bestätigt werden.

Der Rückgang der Suizidhäufigkeit ist bei der jungen Bevölkerung in den alten und neuen Bundesländern als ein positives Zeichen zu werten, wenn man Suizid als Indikator für gesellschaftliches Unwohlempfinden gelten lässt. Das individuelle Wohlbefinden, insbesondere die Lebenszufriedenheit, hat sich in Ost und West verbessert, wenngleich sich diese Aussage nicht für alle generalisieren lässt.

Allein mit dem Hinweis auf die besondere Stellung der DDR-Gesellschaft im Vergleich zu anderen Transformationsgesellschaften, beispielsweise im osteuropäischen Raum, und die Übergabe eines kompletten Institutionensets und „Wertegerüsts“ lassen sich die wendebedingten Folgen im Suizidverhalten der ehemaligen DDR-Bevölkerung nicht vollständig erklären. Befragungsergebnisse verschiedener Untersuchungen bestätigen zeitnahe, fast parallel verlaufende gesellschaftliche Veränderungsprozesse in beiden Untersuchungsgebieten in der Dekade vor der Wende.

Zieht man ältere Suizidstatistiken⁴ heran, wird der Blick auf zwei extrem hohe Anstiege der Suizidziffern in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts gelenkt⁵. Hierbei fällt auf, dass beide Ereignisse nicht während der ärgsten Wirtschaftskrisen, sondern in Zeiten politischer und kultureller Irritationen stattfanden: das erste Mal in den Jahren zwischen 1911 und 1913, kurz vor Ausbruch des 1. Weltkrieges in einer Periode einer Sinn- und Wertkrise, verursacht durch ungeheuerere Industrialisierungs- und Verstärkerungsprozesse. Das zweite Ereignis datiert sich in den Jahren nach der nationalsozialistischen Machtergreifung, d. h. nach dem Abklingen der Weltwirtschaftskrise und Rückgang der Arbeitslosigkeit. Obwohl die nationalsozialistische Propaganda nach 1933 Tüchtigkeit und Lebenswillen belobigte und Suizidenten verachtete, erreichte die Suizidziffer in den Jahren zwischen 1935 und 1936 den Extremwert von 29,5 Suiziden (je 100000 Einwohner). Zweifellos haben die Suizide entrechteter und verfolgter

¹ 40% der Befragten berichteten massive Orientierungsprobleme, siehe dazu auch BULMAHN (2000a, S.16)

² Wohlfahrtssurvey 1990-Ost, 1993, 1998, Trend 2001 (Datenreport 2002).

³ Einschränkend muss erwähnt werden, dass für 2001 ein leichter Anstieg zu verzeichnen ist, der bedingt durch den Befragungszeitpunkt nach dem Ereignis des 11. September 2001 und sich aus diesem ableitenden Bedrohungsängsten beeinflusst sein kann (BULMAHN, 2002).

⁴ Anmerkung: Seit dem Jahr 1893 werden in Deutschland Suizide statistisch erfasst.

⁵ Siehe dazu auch SCHMIDTKE et al. (2005, S.89)

jüdischer Bürger zu diesem gravierenden Anstieg beigetragen (HALLER, 1986).