



Gesundheitsreport Bayern

4/2019 – Update Suizide in Bayern

Suizide

Für das Jahr 2017 verzeichnete die Todesursachenstatistik 9.235 Suizide in Deutschland. In Bayern waren es 1.597 Suizide, 141 weniger als im Vorjahr. Der Rückgang ist teilweise auch auf bundesweite Verfahrensänderungen in der Todesursachenstatistik zurückzuführen.

Suizide verursachen mehr als zweieinhalbmal so Sterbefälle wie der Straßenverkehr. Dennoch ist die öffentliche Aufmerksamkeit für dieses Thema eher gering. Während eine zurückhaltende Medienberichterstattung bei konkreten Suiziden wünschenswert ist, ist es zugleich notwendig, dass das Ausmaß der Problematik wahrgenommen wird und Risikofaktoren, Warnsignale sowie Hilfemöglichkeiten bekannt sind.

Terminologie

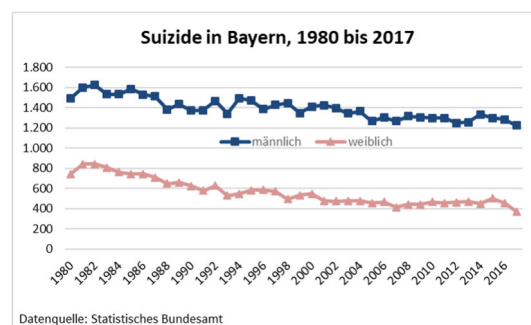
Im alltäglichen Sprachgebrauch ist häufig von „Selbstmord“ die Rede. Das Begriffsfeld Selbst-„mord“ zeugt davon, dass Selbsttötungen lange moralisch sanktioniert waren. Noch zu Beginn des 19. Jahrhunderts wurden „Selbstmörder“ nicht kirchlich bestattet. Eine politisch verordnete Tabuisierung des Themas gab es in der DDR – dort waren seit dem Mauerbau 1961 die Suizidzahlen unter Verschluss (Grashoff 2010). Im medizinischen Sprachgebrauch ist heute meist von „Suizid“ oder von „Selbsttötung“ die Rede. In der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) werden Suizide unter der Überschrift „Vorsätzliche Selbstbeschädigung“ erfasst. Der Begriff „Freitod“ unterstellt die freie Entscheidung zur Selbsttötung. Dies trifft in der Mehrzahl der Fälle nicht zu und romantisiert den Suizid.

Man geht davon aus, dass die Mehrzahl der Suizide auf eine psychische Erkrankung oder eine akute psychische Krisensituation zurückzuführen ist. Hier setzt auch die Suizidprävention an:

Viele Suizide könnten vermieden werden, wenn gefährdete Menschen schneller qualifizierte Hilfe erhalten würden, beispielsweise über Krisendienste und eine bessere Steuerung suizidaler Patient/innen über Hausärzte. Aufklärung, Enttabuisierung und verantwortungsvolle Medienarbeit sind ebenfalls von Bedeutung. Darüber hinaus sollten Suizidwege erschwert werden, dazu zählt das Entschärfen von örtlichen oder baulichen „Hotspots“ ebenso wie das Verkleinern der Packungsgrößen von Analgetika und Zugangsbeschränkungen zu Schusswaffen und Pestiziden (Zalsmann et al. 2016; Saxena et al. 2014).

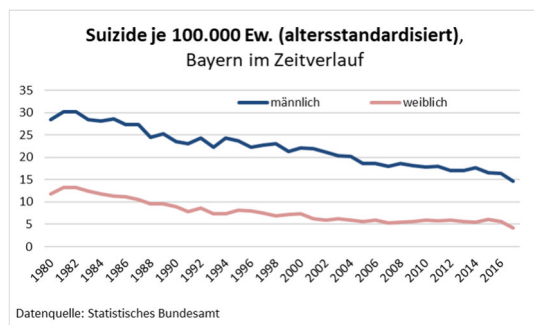
Suizide in Bayern

Unter den 1.597 Menschen, die sich in Bayern 2017 das Leben genommen haben, waren 1.226 Männer und 371 Frauen. Im langfristigen Trend sind die Zahlen bei beiden Geschlechtern deutlich zurückgegangen und befinden sich auf einem historischen Tiefstand.



Gegenüber dem Jahr 1980 ist die Zahl der Suizide in Bayern 2017 um rund 29 % gesunken, bei den Frauen mit gut 50 % deutlich stärker als bei den Männern mit etwa 18 %. Der Anteil der Männer an allen Suizidfällen betrug 2017 knapp 77%.

Auch die Suizidrate, also die Suizide bezogen auf die Bevölkerungszahl, ist rückläufig. Die folgende Grafik zeigt den Trend für altersstandardisierte Raten, d.h. für Raten, bei denen rechnerisch über die Jahre die gleiche Altersstruktur der Bevölkerung zugrunde gelegt wurde, so dass z.B. der demografische Wandel keinen Einfluss mehr auf die Raten hat. Im Jahr 2017 waren in Bayern 9,4 Suizide pro 100.000 Ew. zu verzeichnen, im Jahr 1980 waren es noch 19,5 Suizide pro 100.000 Ew.

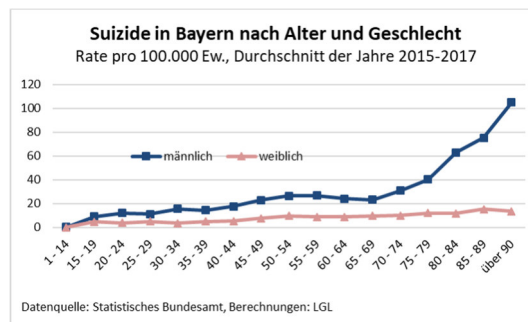


Damit ging die altersstandardisierte Suizidrate in Bayern seit 1980 um mehr als die Hälfte zurück, bei den Frauen war der Rückgang wiederum stärker ausgeprägt als bei den Männern.

Der langfristige Rückgang der Suizide seit 1980 ist auf verschiedene Faktoren zurückzuführen, u.a. spielen eine bessere Diagnostik und Versorgung von Depressionen, die bessere Notfallversorgung und die bessere Betreuung von Risikogruppen wie Drogenabhängigen eine Rolle. Als mögliche Ursachen für die Stagnation in den letzten Jahren werden soziale Isolation, ökonomische Krisen und andere gesellschaftliche Veränderungen diskutiert (Turecki/ Brent 2015).

Im Altersverlauf nimmt die Suizidrate bei beiden Geschlechtern zu, vor allem bei den Männern ab dem 70. Lebensjahr. Dieses Phänomen nennt man ungarisches Muster. Der Anstieg der Suizide im Alter ist u.a. darauf zurückzuführen, dass im hohen Lebensalter Kontaktverluste und Vereinsamung zunehmen, Depressionen öfter unbehandelt bleiben und schwere körperliche Krankheiten häufiger werden, die psychisch belastend sind (z.B. Demenzerkrankungen oder Krebs).

Der Unterschied der Suizidraten zwischen den Geschlechtern ist vor allem bei den Hochaltrigen ausgeprägt. In der Altersgruppe 80 Jahre und mehr beginnen im Durchschnitt der Jahre 2015 bis 2017 Männer etwa sechsmal so häufig Suizid wie Frauen.

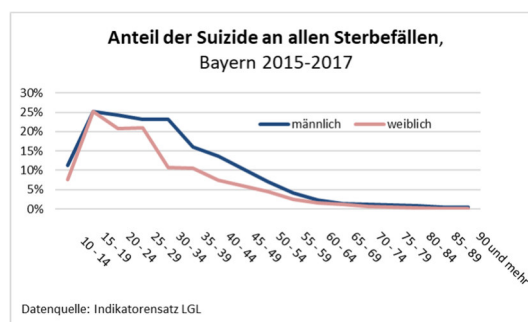


Durch den demographischen Wandel wird sich in den nächsten Jahren die Anzahl der älteren Menschen in Bayern weiter erhöhen. Auswirkungen auf die langfristige Entwicklung der Suizidhäufigkeit sind u.a. auch abhängig vom Ausbau der Hilfesysteme.

Das durchschnittliche Sterbealter durch Suizid lag im Jahr 2017 in Bayern bei knapp 57 Jahren.

Zwar steigt das Suizidrisiko mit dem Alter an, doch stellen Suizide bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen neben Verkehrsunfällen die häufigste Todesursache dar. Bei jungen Männern im Alter von 20 bis 30 Jahren machen Suizide gut ein Viertel aller Sterbefälle aus.

In diesem Alter spielen andere Todesursachen wie Krebs oder Herzinfarkte statistisch noch keine große Rolle. Mit zunehmendem Alter sinkt dann der Anteil der Suizide an den Sterbefällen allein deshalb, weil die Zahl der krankheitsbedingten Sterbefälle zunimmt.



Suizidrisiken

Ein erhöhtes Suizidrisiko haben vor allem psychisch kranke Menschen (u.a. mit den Diagnosen Depression, Schizophrenie, Abhängigkeitserkrankungen) sowie Menschen mit früheren Suizidversuchen oder Suiziden in der Familiengeschichte. Weitere Risikogruppen sind Menschen in sozialer Isolation, die sich bei einer Belastung (z.B. einer schwerwiegenden Krankheit oder einem negativen Lebensereignis) niemandem mitteilen können (Saxena et al. 2014). Häftlinge in Deutschland haben ein mehr als fünffach erhöhtes Risiko für Suizid (Fazel et al. 2017).

Suizide kommen zwar in allen sozialen Schichten vor, für sozial prekäre Lebenslagen wie Arbeitslosigkeit und plötzliche gesellschaftliche Veränderungen ist jedoch ein erhöhtes Suizidrisiko nachgewiesen (Nordt et al. 2015, Turecki/ Brent 2015).

Auch ökonomische Krisen können die Suizidrate erhöhen. Dieser Effekt ist auch für die Finanzkrise 2007/2008 für mehrere Länder nachgewiesen, allerdings scheint sie im Vergleich zu früheren Wirtschaftskrisen geringere Auswirkungen gehabt zu haben. Dabei sind auch geschlechterspezifische Unterschiede zu beobachten, die Suizidrate steigt nach ökonomischen Krisen vor allem bei den Männern an (Huikari et al. 2019).

Der Human Development Index (HDI), ein Wohlstandsindikator, der neben dem Bruttoinlandsprodukt pro Kopf auch die Lebenserwartung und den Bildungsgrad berücksichtigt, zeigt ebenfalls einen Zusammenhang mit den Suizidraten. Je besser ein Land entwickelt ist, desto niedriger sind seine Suizidraten (Khazaei et al. 2017).

Der Einfluss des **Migrationshintergrunds** auf das Suizidrisiko ist unklar. Dies hängt vor allem mit der Heterogenität der Gruppe der Migranten zusammen. Darunter befinden sich vulnerable Gruppen, z.B. Menschen mit traumatischen Erfahrungen aufgrund von Fluchterfahrungen oder auch junge Türkinnen, die erhöhte Suizidraten aufweisen (WHO

2017, Montesinos et al. 2010), aber auch Gruppen in guter sozialer Lage, z.B. hochqualifizierte Fachkräfte aus den westlichen Industrieländern. Die Todesursachenstatistik liefert dazu nur eingeschränkt Informationen, weil hier nur die Staatsangehörigkeit erfasst wird.

In Bayern war die **Suizidrate von Ausländer/innen** in den vergangenen fünf Jahren nur ca. halb so hoch wie die deutscher Staatsangehöriger. Die Unterschiede können dabei nicht allein mit dem niedrigeren Durchschnittsalter der Ausländer/innen erklärt werden. Im Jahr 2017 betrug die altersstandardisierte Suizidrate deutscher Staatsbürger in Bayern 9,7 je 100.000 Einwohner, die altersstandardisierte Suizidrate der nichtdeutschen Staatsbürger lag mit 6,4 je 100.000 deutlich darunter.

Bei den **Suizidmethoden** ist das Erhängen, Erdrosseln und Erstickten bei beiden Geschlechtern am häufigsten. Etwa 46 % der Suizide bei Männern und etwa 35 % der Suizide bei Frauen wurden 2017 auf diese Weise begangen. Bei den Suiziden der Männer folgen Vergiftungen mit 15 % und Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch eine Schusswaffe mit 12 %. Bei den Frauen folgen Vergiftungen mit 22 % und der Sturz in die Tiefe mit 16 %.

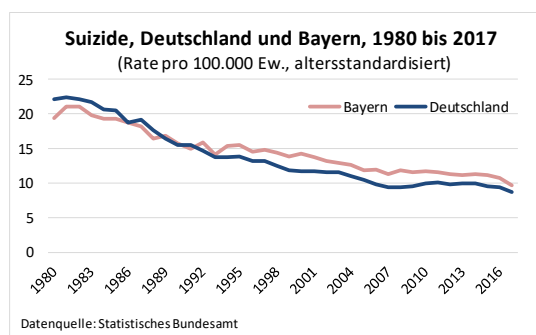
Regionale Unterschiede

Im europäischen Vergleich zeigen sich große Unterschiede in den Suizidraten (siehe Tabellenanhang). Allerdings sind die Suizidraten zwischen den Ländern z.B. aufgrund unterschiedlicher Erfassungsverfahren, kultureller Traditionen oder versicherungsrechtlicher Regelungen nur eingeschränkt vergleichbar (Eurostat 2019).

Die höchste Rate in der Europäischen Union weist derzeit Litauen auf, die niedrigste Zypern. Auch Länder wie Lettland und Slowenien haben vergleichsweise hohe, Italien, England und Griechenland geringe Suizidraten. Die Suizidrate Deutschlands lag im Jahr 2016 geringfügig über dem europäischen Durchschnitt.

Im Bundesvergleich war 2017 die altersstandardisierte Suizidrate in Thüringen am höchsten, in Brandenburg am niedrigsten (siehe Tabellenanhang). Im Bundesdurchschnitt gab es 8,7 Suizidfälle pro 100.000 Ew. (männlich: 13,6, weiblich: 4,1). In Bayern waren es 9,7 pro 100.000 Ew. (männlich: 15,5, weiblich: 4,3).

Die Suizidrate in Bayern liegt seit Anfang der 1990er Jahre etwas über dem Bundesdurchschnitt. Dies gilt für praktisch alle Altersgruppen. Die Gründe dafür sind unbekannt. Unterschiede in der Dokumentation der Todesursachen auf Landes- und Bundesebene sind grundsätzlich nicht auszuschließen. Bayern weist z.B. gegenüber dem Bundesdurchschnitt weniger nicht näher bezeichnete Todesursachen auf, allerdings war dies auch schon in den 1980er Jahren der Fall, als die Suizidrate Bayerns noch unterhalb des Bundesdurchschnitts lag.



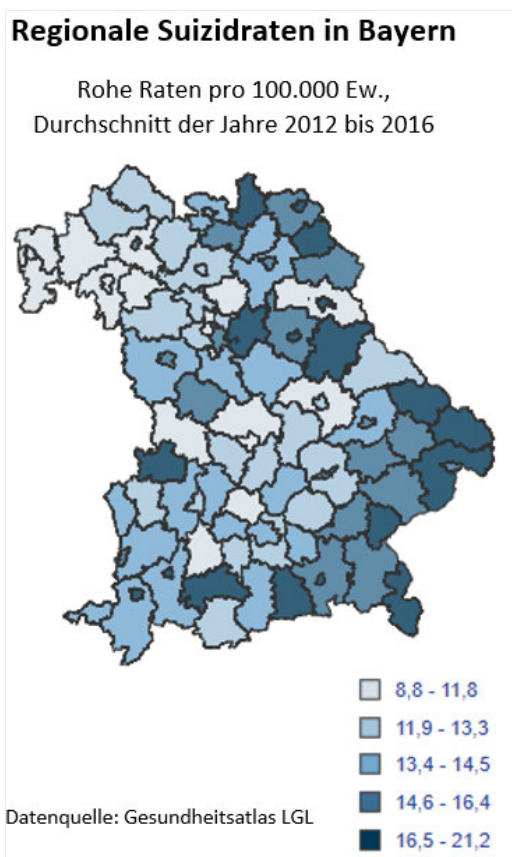
Bei den Regierungsbezirken ist die Suizidrate in Unterfranken am niedrigsten und in Niederbayern am höchsten. Dieser regionale Unterschied besteht auch altersstandardisiert und im längeren historischen Rückblick. Die Ursachen dafür sind nicht bekannt.

Suizide nach Regierungsbezirken, 2012 bis 2016		
(Fälle und rohe Rate pro 100.000 Ew.)		
	Fälle	Rohe Rate
Oberbayern	619	13,8
Niederbayern	185	15,5
Oberpfalz	151	14,0
Oberfranken	150	14,1
Mittelfranken	244	14,2
Unterfranken	149	11,4
Schwaben	255	14,0
Bayern	1753	13,8

Datenquelle: LfStat

In den kreisfreien Städten Bayerns liegen die Suizidraten zeitlich stabil etwas über denen in den Landkreisen. Im 5-Jahresdurchschnitt 2012-2016 lag die Suizidrate der kreisfreien Städte in Bayern bei 14,1 Suiziden pro 100.000 Ew., die der Landkreise bei 13,7 Suiziden pro 100.000 Ew. (jeweils rohe Raten). Beim kleinräumigen Vergleich von Suiziden ist zu berücksichtigen, dass die Fallzahlen in den meisten Städten und Landkreisen sehr klein sind und die Raten daher erheblich durch Zufallsschwankungen beeinflusst sind.

Gemittelt über 5 Jahre (2012-2016) reicht die Suizidrate der Landkreise und kreisfreien Städte in Bayern von 8,8 pro 100.000 Ew. im Landkreis Kitzingen bis 21,2 pro 100.000 Ew. im Landkreis Berchtesgaden. Das kleinräumige geografische Muster ist zeitlich jedoch nicht sehr stabil.



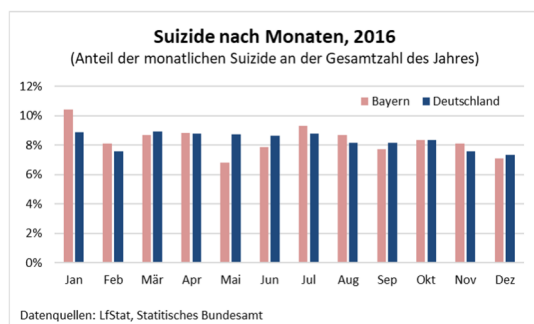
In der weiterführenden statistischen Analyse zeigt sich erwartungsgemäß der Anteil der älteren Bevölkerung als Haupteinflussfaktor auf die regionale Verteilung der rohen Suizidraten.

Zusammenhänge mit sozioökonomischen Merkmalen der Regionen (beispielsweise Bildungsniveau und Bruttoinlandsprodukt pro Kopf) sind nur schwach ausgeprägt. Etwas erhöht ist das Suizidrisiko in Landkreisen und kreisfreien Städten mit hoher Arbeitslosenquote - und in Regionen mit einem hohen Anteil ambulanter Patientinnen und Patienten mit affektiven Störungen (im Wesentlichen Depressionen).

Das von der Gesamtsterblichkeit in Bayern her bekannte, sozioökonomisch bedingte, Nordost-Südwestgefälle zeigt sich bei der Suizidsterblichkeit nur mit Abstrichen. Die Suizidraten sind im Osten und Südosten Bayerns etwas erhöht.

Jahreszeitlicher Verlauf

Die Verteilung der Suizide über das Jahr hinweg folgt keinem einheitlichen Muster. Im Jahr 2016 ereigneten sich in Bayern die meisten Suizide im Januar (181 Fälle, ca. 10 % aller Suizide des Jahres 2016).



Im Winter ist die Suizidsterblichkeit entgegen verbreiteter Meinung nicht wesentlich erhöht. Ein leichter Anstieg der Suizidsterblichkeit während der Sommermonate Juli und August wird damit in Verbindung gebracht, dass depressiv Erkrankte in dieser „sonnigen“ Jahreszeit im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt besonders unter ihrer niedergeschlagenen Stimmung leiden. So weisen Studien darauf hin, dass die wahrgenommene Lebenszufriedenheit der Mitmenschen das individuelle Suizidrisiko erhöht (Daly et al. 2011).

Suizidversuche

Die WHO schätzt, dass weltweit auf jeden Suizid mehr als 20 Versuche zur Selbsttötung kommen (Saxena et al. 2014). Die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention geht von mindestens 100.000 Suizidversuchen in Deutschland pro Jahr aus.

Während Suizide gehäuft bei älteren Männern auftreten, sind Suizidversuche und suizidale Gedanken bereits im jüngeren Lebensalter häufig, hier sind vor allem Mädchen und junge Frauen betroffen (Plener et al. 2009).

Daten

Suizide werden in der Todesursachenstatistik im Kapitel XX (Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität) mit den Schlüsselziffern X60 bis X84 (Vorsätzliche Selbstbeschädigung) codiert. Diese Schlüsselziffern stellen eine Zusatzcodierung zu Kapitel XIX (Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen) dar. Die Datenlage zu Suizidversuchen in der Gesamtbevölkerung ist deutlich schlechter, denn in der Krankenhausstatistik wird diese Zusatzcodierung aus Datenschutzgründen nicht vorgenommen. Es ist davon auszugehen, dass es über die in der Todesursachenstatistik erfassten Suizide hinaus eine erhebliche Dunkelziffer gibt, etwa unter den Verkehrsunfällen, den Todesfällen mit unklarer Ursache oder den Drogentoten.

Die **Angehörigenarbeit** ist ein wichtiges Interventionsfeld. Ein Suizid betrifft viele Menschen, durchschnittlich mehr als sechs Personen (neben Angehörigen können auch Freunde, Kollegen, Mitschüler etc. betroffen sein): www.suizidprophylaxe.de

Prävention

Die Prävention von Suiziden ist eng verknüpft mit der Früherkennung und qualifizierten Behandlung der zugrundeliegenden psychischen Störungen sowie suizid auslösender Krisen (vgl. auch StMG 2017).

Auf fachlicher Ebene setzt sich die **International Association for Suicide Prevention (IASP)** für mehr Aufklärung und Netzwerkarbeit zur Suizidprävention ein. Die IASP ist eine Nichtregierungsorganisation und richtet unter anderem den Welttag der Suizidprävention aus, der alljährlich am 10. September stattfindet: www.iasp.info

Die WHO spricht sich in ihrem **Mental Health Action Plan 2013-2020** für den Aufbau systematischer und evidenzbasierter Suizidpräventionsprogramme insbesondere für vulnerable Gruppen aus (WHO 2015).

2008 hat die europäische High-Level Conference (EU-Kommission und Regierungsvertreter) den „**European Pact for Mental Health and Well-being**“ verabschiedet. Daraus ging das „Consensus Paper Prevention of Depression and Suicide“ hervor, das folgende Punkte einer erfolgreichen Suizidprävention benennt (Wahlbeck/ Mäkinen 2008):

- Etablierung nationaler Präventionsprogramme,
- Maßnahmen, die auf die Determinanten psychischer Gesundheit abzielen, einschließlich der Bekämpfung sozialer Ungleichheit,
- Beschränkung des Zugangs zu Suizidmitteln (Waffen, Medikamente, Sicherung von Brücken),
- Mental Health Literacy: Aufklärung, verantwortungsvolle Medienarbeit, Enttabuisierung,
- Bessere gesundheitliche Versorgung von depressiv Erkrankten, insbesondere auch Überlebenden von Suizidversuchen, Schwerpunkte bei Kindern und Familien, Schulen und Betrieben sowie älteren Menschen.
- Ausbau der Forschung.

Auf nationaler Ebene vernetzt die **Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen e. V.** Akteure der Suizidforschung und Suizidprävention, um nachhaltig dazu beizutragen, dass suizidgefährdete Menschen und deren Angehörige unterstützt werden.

Die **Stiftung Deutsche Depressionshilfe** leistet ebenfalls Netzwerk- und koordinative Arbeit im Bereich der Suizidprävention. Neben Forschungsaktivitäten bietet die Stiftung vielfältige Informations- und Hilfsangebote für Betroffene sowie deren Angehörige an.

Unter dem Dach der Stiftung koordiniert das **Deutsche Bündnis gegen Depression** zahlreiche lokale Aktivitäten im Bereich der Aufklärung in mehr als 75 Städten und Kommunen. Das Bündnis hat in Bayern als „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ begonnen, der Ansatz ist inzwischen europaweit verbreitet. Mehr dazu unter www.deutsche-depressionshilfe.de

Suizidprävention

Das Nationale Suizidpräventionsprogramm (NaSPro) Deutschland vernetzt über 90 Institutionen, Organisationen und Verbände, um das Thema Suizidprävention in Deutschland gesellschaftlich stärker zu verankern. Am NaSPro beteiligen sich u. a. politische Akteure, Kirchen, Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände, Medienverbände, Dach- und Fachgesellschaften des Gesundheitswesens, wissenschaftliche Einrichtungen sowie Betroffenenorganisationen.

Suizidprävention wird in verschiedenen Alltagsbereichen und Problemfeldern (beispielsweise Umwelt, Arbeitsplatz, Medien und Öffentlichkeitsarbeit, etc.) sowohl durch bundesweite Programme als auch durch regionale Initiativen und Einzelprojekte geleistet.

Die Deutsche Akademie für Suizidprävention e.V. fördert und unterstützt diese und weitere Maßnahmen der Suizidprävention. Darüber hinaus trägt sie zum Aufbau und zur Pflege von Netzwerken bei.

Seit 2017 führen die NaSPro und die Deutsche Akademie für Suizidprävention das Projekt „Suizidprävention Deutschland – Aktueller Stand und Perspektiven“ durch, in dessen Rahmen ein Bericht mit Empfehlungen für zukünftige suizidpräventive Maßnahmen erstellt wird. Nähere Informationen unter:

www.suizidpraevention-deutschland.de/
www.akademie-suizidpraevention.de/

Eine wichtige Grundlage der Suizidprävention sind aussagekräftige Daten. Im November 2019 beginnt das Robert Koch-Institut mit dem Aufbau einer **Nationalen Mental Health-Surveillance**, in der auch die Datenlage zu Suiziden berücksichtigt wird. In Bayern wird dies Teil der Psychatrieberichterstattung nach Art. 4 PsychKHG sein. Demnach ist alle drei Jahre dem Landtag ein Psychatriebericht vorzulegen.

Neben der Auswertung von Routinedaten ist auch praxisbezogene Forschung zur Suizidprävention notwendig. Das Forschungsprojekt „**Suizidgefahr auf der Spur**“ der Ludwig-Maximilians-Universität München zielt beispielsweise darauf ab, geeignete Methoden der Suizidprävention in den Hausarztpraxen zu identifizieren und im Praxisalltag umzusetzen. Dazu wurde ein kurzer Fragebogen entwickelt, der Anhaltspunkte für eine mögliche Suizidneigung aufzeigen soll. Je nach Einzelfall sollen die Betroffenen in einem Zusammenwirken von ambulanter und stationärer Betreuung weiterversorgt werden. Die Datenerhebung findet zwischen September 2019 und März 2020 statt (KVB 2019).

Krisenintervention

Wenn Menschen Suizidwünsche äußern, ist von einer lebensbedrohlichen Situation auszugehen. Dies gilt insbesondere, wenn bereits früher Suizidversuche stattgefunden haben.

Ab 2021 sollen bayernweit **Krisendienste** für Menschen in psychischen Notlagen eingerichtet, deren Leitstellen dann rund um die Uhr besetzt sein. Die Bezirke im Freistaat arbeiten an einer entsprechenden Umsetzung des 2018 in Kraft getretenen Hilfeteils des Bayerischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes.

In jedem Bezirk besteht der Krisendienst dabei aus einer telefonischen Leitstelle sowie mobilen Einsatzteams. Die Kosten für den Betrieb der sieben Leitstellen werden auf jährlich bis zu 8,5 Millionen Euro geschätzt und zusätzlich zu den Aufbaukosten der Leitstellen vom Freistaat getragen, während die Regierungsbezirke die Finanzierung der mobilen Einsatzteams übernehmen.

Unterstützung leistet darüber hinaus die **Telefonseelsorge**, die von den beiden christlichen Kirchen getragen wird. Die Beratung erfolgt rund um die Uhr, anonym und kostenfrei. Neben dem telefonischen Kontakt sind auch Mail- und Chatberatung oder ein Gespräch vor Ort möglich. In Bayern gibt es Kontaktstellen in Erlangen, München, Nürnberg, Passau, Schweinfurt und Würzburg: www.telefonseelsorge.de.

Das anonyme und kostenlose **Online-Beratungsangebot „U25“** wird vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege gefördert und richtet sich an junge Menschen bis 25 Jahren, die Suizidgedanken haben. Die Beratungsstelle ist in Bayern beim Nürnberger Caritasverband angesiedelt. Bei der Mailberatung [U25] werden die Jugendlichen und jungen Erwachsenen von gleichaltrigen Ehrenamtlichen beraten, die von professionellen, hauptamtlichen Mitarbeitern ausgebildet und fachlich begleitet werden: www.u25-nuernberg.de

In allen größeren Städten gibt es zudem regionale Beratungsstellen, z.B. in München „DIE ARCHE“. www.die-arche.de, 089/334041.

Für Schulen in Bayern wurde vom Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus eine Gruppe von Fachleuten zum Krisenmanagement und zur Prävention aufgebaut: www.km.bayern.de/kibbs.

Literatur

1. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2017). Bericht zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen in Bayern.
2. Daly M et al. (2011) Dark contrasts: The Paradox of High Rates of Suicide in Happy Places. *Journal of Economic Behavior and Organization* 80 (3): 435-442.
3. Fazel S et al. (2017) Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *The Lancet Psychiatry* 4 (12): 946-52.
4. Grashoff U (2010) Suizidprophylaxe in der DDR: Auf verlorenem Posten. *Deutsches Ärzteblatt* PP 9: 168.
5. Huikari et al. (2019) Economic crises and suicides between 1970 and 2011: time trend study in 21 developed countries. *J Epidemiol Community Health* 73 (4): 311-316.
6. Khazaei S et al. (2017) Suicide rate in relation to the Human Development Index and other health related factors: A global ecological study from 91 countries. *Journal of Epidemiology and Global Health* 7 (2): 131-134.
7. Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2019). Suizidgefahr auf der Spur. *KVB Forum* 7-8/2019: 30.
8. Montesinos A et al. (2010) Suizid und suizidales Verhalten bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 58: 173-179.
9. Nordt C et al. (2015) Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000-11. *The Lancet Psychiatry* 2 (3): 239-245.
10. Plener P et al. (2009) An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychological Medicine* 39 (9): 1549-58.
11. Saxena S et al. (2014) Preventing Suicide: A global imperative. WHO.
12. Turecki G, Brent D (2016) Suicide and suicidal behaviour. *Lancet* 387 (10024): 1227-39.
13. Wahlbeck K, Mäkinen M (2008) Prevention of depression and suicide. Consensus paper. Luxemburg: European Communities.
14. WHO (2015) The European Mental Health Action Plan 2013-2020. WHO Europe.
15. WHO (2017) Suicide Fact sheet. Online abrufbar unter: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
16. Zalsman G et al. (2016) Suicide prevention strategies revisited: 10 year systematic review. *The Lancet Psychiatry* 3 (7): 646-659.

Tabellenanhang

Suizide nach Landkreisen und kreisfreien Städten Bayerns				
(Durchschnittliche Zahl der Fälle und durchschnittliche rohe Rate in den Jahren 2012 bis 2016)				
	Durchschnittliche jährliche-Zahl der Fälle 2012-2016	Durchschnittliche rohe Rate pro 100.000 Ew., 2012-2016	95 %-Konfidenzintervall der Rate	
			untere Grenze	obere Grenze
Ingolstadt (Krfr.St)	15	11,4	8,8	14,0
München (Krfr.St)	193	13,6	12,8	14,5
Rosenheim (Krfr.St)	10	17,1	12,4	21,7
Altötting (Lkr)	19	18,1	14,5	21,6
Berchtesgadener Land (Lkr)	22	21,2	17,2	25,2
Bad Tölz-Wolfratshausen (Lkr)	17	14,0	11,1	17,0
Dachau (Lkr)	14	9,9	7,6	12,2
Ebersberg (Lkr)	18	13,7	10,9	16,5
Eichstätt (Lkr)	15	11,5	8,9	14,1
Erding (Lkr)	16	11,9	9,3	14,5
Freising (Lkr)	24	13,9	11,4	16,4
Fürstenfeldbruck (Lkr)	29	14,0	11,8	16,3
Garmisch-Partenkirchen (Lkr)	11	13,3	9,8	16,7
Landsberg am Lech (Lkr)	13	11,1	8,3	13,8
Miesbach (Lkr)	16	17,0	13,3	20,7
Mühldorf a.Inn (Lkr)	16	14,8	11,5	18,0
München (Lkr)	40	12,1	10,4	13,8
Neuburg-Schrobenhausen (Lkr)	12	12,9	9,6	16,1
Pfaffenhofen a.d.Ilm (Lkr)	15	12,2	9,4	15,0
Rosenheim (Lkr)	38	15,0	12,9	17,2
Starnberg (Lkr)	16	11,9	9,2	14,5
Traunstein (Lkr)	27	15,5	12,9	18,1
Weilheim-Schongau (Lkr)	22	17,1	13,9	20,2
Oberbayern	619	13,8	13,3	14,2
Landshut (Krfr.St)	11	16,4	12,1	20,7
Passau (Krfr.St)	8	15,7	10,8	20,6
Straubing (Krfr.St)	7	16,1	10,9	21,3
Deggendorf (Lkr)	19	16,4	13,1	19,7
Freyung-Grafenau (Lkr)	13	16,7	12,6	20,7
Kelheim (Lkr)	14	12,4	9,5	15,2
Landshut (Lkr)	18	12,2	9,7	14,6
Passau (Lkr)	31	16,7	14,1	19,4
Regen (Lkr)	16	20,9	16,3	25,5
Rottal-Inn (Lkr)	18	15,2	12,1	18,4
Straubing-Bogen (Lkr)	14	14,5	11,2	17,9
Dingolfing-Landau (Lkr)	15	16,2	12,5	19,8
Niederbayern	185	15,5	14,5	16,5

Suizide nach Landkreisen und kreisfreien Städten Bayerns				
(Durchschnittliche Zahl der Fälle und durchschnittliche rohe Rate in den Jahren 2012 bis 2016)				
	Durchschnittliche jährliche Zahl der Fälle 2012-2016	Durchschnittliche rohe Rate pro 100.000 Ew., 2012-2016	95 %-Konfidenzintervall der Rate	
			untere Grenze	obere Grenze
Amberg (Krfr.St)	7	17,7	12,0	23,4
Regensburg (Krfr.St)	18	13,0	10,3	15,6
Weiden i.d.OPf. (Krfr.St)	8	18,1	12,4	23,9
Amberg-Weizsach (Lkr)	16	15,9	12,4	19,3
Cham (Lkr)	17	13,3	10,5	16,2
Neumarkt i.d.OPf. (Lkr)	17	13,5	10,7	16,4
Neustadt a.d.Waldnaab (Lkr)	10	10,9	7,9	13,9
Regensburg (Lkr)	22	11,7	9,5	13,9
Schwandorf (Lkr)	24	16,6	13,6	19,5
Tirschenreuth (Lkr)	11	15,2	11,2	19,2
Oberpfalz	151	14,0	13,0	15,0
Bamberg (Krfr.St)	9	12,5	8,8	16,1
Bayreuth (Krfr.St)	11	15,0	11,0	19,1
Coburg (Krfr.St)	6	13,6	8,6	18,7
Hof (Krfr.St)	8	17,1	11,6	22,5
Bamberg (Lkr)	18	12,7	10,1	15,3
Bayreuth (Lkr)	14	13,6	10,4	16,7
Coburg (Lkr)	13	14,5	10,9	18,1
Forchheim (Lkr)	12	10,5	7,9	13,2
Hof (Lkr)	14	14,8	11,4	18,3
Kronach (Lkr)	12	17,2	12,8	21,6
Kulmbach (Lkr)	10	14,3	10,4	18,2
Lichtenfels (Lkr)	10	15,6	11,3	19,8
Wunsiedel i.Fichtelgebirge (Lkr)	12	16,8	12,6	21,0
Oberfranken	150	14,1	13,1	15,1
Ansbach (Krfr.St)	6	15,9	10,4	21,4
Erlangen (Krfr.St)	11	10,3	7,6	13,0
Fürth (Krfr.St)	14	11,6	8,9	14,3
Nürnberg (Krfr.St)	81	16,2	14,6	17,8
Schwabach (Krfr.St)	4	11,1	6,4	15,7
Ansbach (Lkr)	26	14,3	11,8	16,7
Erlangen-Höchstadt (Lkr)	17	13,1	10,4	15,9
Fürth (Lkr)	14	11,9	9,1	14,7
Nürnberger Land (Lkr)	27	16,5	13,7	19,3
Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim (Lkr)	12	12,7	9,5	15,8
Roth (Lkr)	17	13,4	10,5	16,3
Weißenburg-Gunzenhausen (Lkr)	14	14,7	11,2	18,2
Mittelfranken	244	14,2	13,4	15,0

Suizide nach Landkreisen und kreisfreien Städten Bayerns				
(Durchschnittliche Zahl der Fälle und durchschnittliche rohe Rate in den Jahren 2012 bis 2016)				
	Durchschnittliche jährliche-Zahl der Fälle 2012-2016	Durchschnittliche rohe Rate pro 100.000 Ew., 2012-2016	95 %-Konfidenzintervall der Rate	
			untere Grenze	obere Grenze
Aschaffenburg (Krfr.St)	8	11,1	7,6	14,7
Schweinfurt (Krfr.St)	8	15,8	10,9	20,6
Würzburg (Krfr.St)	14	11,5	8,9	14,2
Aschaffenburg (Lkr)	19	11,2	9,0	13,4
Bad Kissingen (Lkr)	13	12,2	9,2	15,2
Rhön-Grabfeld (Lkr)	11	13,3	9,7	16,8
Haßberge (Lkr)	10	12,3	9,0	15,7
Kitzingen (Lkr)	8	8,8	6,0	11,6
Miltenberg (Lkr)	13	10,3	7,8	12,8
Main-Spessart (Lkr)	15	11,6	8,9	14,2
Schweinfurt (Lkr)	12	10,9	8,2	13,6
Würzburg (Lkr)	17	10,9	8,6	13,2
Unterfranken	149	11,4	10,6	12,2
Augsburg (Krfr.St)	36	13,0	11,1	14,9
Kaufbeuren (Krfr.St)	8	20,0	13,9	26,0
Kempten (Allgäu) (Krfr.St)	14	20,7	15,8	25,6
Memmingen (Krfr.St)	7	15,7	10,3	21,0
Aichach-Friedberg (Lkr)	18	14,0	11,1	16,8
Augsburg (Lkr)	34	14,0	11,9	16,1
Dillingen a.d.Donau (Lkr)	16	17,5	13,7	21,3
Günzburg (Lkr)	16	13,0	10,1	15,9
Neu-Ulm (Lkr)	23	13,5	11,0	16,0
Lindau (Bodensee) (Lkr)	11	14,4	10,6	18,1
Ostallgäu (Lkr)	20	14,4	11,6	17,3
Unterallgäu (Lkr)	19	13,5	10,7	16,2
Donau-Ries (Lkr)	14	10,8	8,2	13,3
Oberallgäu (Lkr)	20	13,4	10,8	16,0
Schwaben	255	14,0	13,3	14,8
Bayern	1.753	13,8	13,5	14,1
Datenquelle: Bayerisches Landesamt für Statistik, Berechnungen: LGL				

Hinweis: Beim Vergleich der Raten ist zu beachten, dass die absoluten Fallzahlen in den meisten Städten und Landkreisen sehr klein sind und auch die über fünf Jahre gemittelten Raten daher erheblich durch zufällige Schwankungen beeinflusst sein können. Die Konfidenzintervalle geben einen Hinweis auf die zufallsbedingten Unsicherheiten. Des Weiteren ist zu beachten, dass die Raten in dieser Tabelle nicht altersstandardisiert sind.

Suizide in Bayern nach Alter und Geschlecht, absolute Fallzahlen									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
	männlich								
Alle Altersgruppen	1.307	1.300	1.298	1.250	1.258	1.335	1.298	1.283	1226
1 - 14	2	6	3	1	1	6	1	3	4
15 - 19	26	23	30	30	28	29	33	35	29
20 - 24	53	53	60	51	44	44	47	48	52
25 - 29	73	74	65	53	63	65	51	49	51
30 - 34	41	54	46	69	66	68	58	84	57
35 - 39	75	69	61	61	68	72	51	63	64
40 - 44	122	112	99	112	90	77	82	70	64
45 - 49	142	131	163	127	117	132	112	124	120
50 - 54	143	148	123	125	145	153	152	141	140
55 - 59	111	104	128	115	113	118	131	117	131
60 - 64	92	90	93	91	103	103	97	94	83
65 - 69	99	114	89	83	93	82	71	82	75
70 - 74	101	114	116	104	103	95	103	86	65
75 - 79	85	77	81	81	90	105	114	122	103
80 - 84	71	73	65	75	65	82	102	92	97
85 - 89	55	48	58	49	50	75	52	56	65
90 und älter	16	10	18	23	19	29	41	17	26
	weiblich								
Alle Altersgruppen	442	467	454	462	469	450	501	455	371
1 - 14	1	4	4	1	2	2	3	1	1
15 - 19	14	5	8	11	4	11	13	23	10
20 - 24	16	19	18	15	12	13	14	17	11
25 - 29	16	14	14	15	16	12	26	24	12
30 - 34	15	18	23	21	16	19	16	12	15
35 - 39	25	18	24	19	12	14	27	14	19
40 - 44	35	35	36	38	32	42	29	20	16
45 - 49	59	54	40	44	53	46	47	41	29
50 - 54	35	52	44	56	56	50	45	64	48
55 - 59	47	44	38	61	41	47	52	47	27
60 - 64	22	40	36	27	49	30	35	41	30
65 - 69	43	42	36	33	39	30	37	30	35
70 - 74	30	40	41	46	32	35	45	26	21
75 - 79	29	27	37	30	39	36	53	37	35
80 - 84	28	22	26	20	34	25	25	31	23
85 - 89	17	22	21	16	21	25	19	19	28
90 und älter	10	11	8	9	11	13	15	8	11
Datenquelle: Bayerisches Landesamt für Statistik									

Suizidrate nach Bundesländern, 2017 (Suizide pro 100.000 Ew., altersstandardisiert)			
	insgesamt	männlich	weiblich
Deutschland	8,7	13,6	4,1
Brandenburg	3,1	5,1	1,2
Berlin	6,1	9,3	3,2
Nordrhein-Westfalen	6,8	10,4	3,4
Bremen	7,5	11,7	3,4
Mecklenburg-Vorpommern	7,7	13,1	2,8
Saarland	8,1	12,8	3,7
Niedersachsen	9,3	14,2	4,8
Hessen	9,4	14,8	4,4
Baden-Württemberg	9,7	15,0	4,7
Bayern	9,7	15,5	4,3
Schleswig-Holstein	9,7	15,3	4,7
Rheinland-Pfalz	9,8	14,9	5,0
Hamburg	10	15,3	4,8
Sachsen	10,3	16,9	4,2
Sachsen-Anhalt	10,4	17,0	4,5
Thüringen	10,7	17,2	4,6
Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Altersstandardisierung: Alte Europastandardbevölkerung			

Suizidraten in Europa (Rate pro 100.000 Ew., altersstandardisiert)		
	2015	2016
Belgien	16,9	17,1
Bulgarien	9,3	9,2
Dänemark	10,2	10,2
Deutschland	11,7	11,3
Estland	15,9	14,3
Finnland	13,5	14,3
Frankreich	14,1	13,2
Griechenland	4,7	4,3
Irland	9,5	9,4
Island	13,1	12,4
Italien	6,1	5,9
Kroatien	17,3	16,0
Lettland	19,3	18,6
Liechtenstein	2,5	15,6
Litauen	30,3	28,3
Luxemburg	13,9	9,4
Malta	7,6	5,3
Niederlande	11,3	11,3
Norwegen	11,7	12,1
Österreich	14,5	13,7
Polen	14,2	12,3
Portugal	10,4	9,0
Rumänien	11,4	10,1
Schweden	12,3	11,7
Schweiz	13,0	12,2
Serbien	15,0	13,5
Slowakei	9,2	7,5
Slowenien	20,7	18,1
Spanien	7,5	7,4
Tschechien	13,2	12,6
Türkei	2,2	2,6
Ungarn	19,0	18,0
Vereinigtes Königreich	7,4	7,2
Zypern	4,5	3,9
Datenquelle: Eurostat, Standardbevölkerung: Europastandardbevölkerung 2013		

Hinweis: Da der Berechnung der altersstandardisierten Raten in dieser Tabelle eine andere Standardbevölkerung zugrunde liegt, ist die Vergleichbarkeit mit den nationalen Suizidraten nicht gegeben.

Impressum

Der Gesundheitsreport ist Teil der bayerischen Gesundheitsberichterstattung nach Art. 10 des Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetzes.

Bayerisches Landesamt
für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

Eggenreuther Weg 43
91058 Erlangen
www.lgl.bayern.de, poststelle@lgl.bayern.de

Erlangen, November 2019

Ihre Ansprechpartner

Johannes Brettner
Tel.: 09131 / 6808-5105
johannes.brettner@lgl.bayern.de

Sylvia Zollikofer
Tel.: 09131 / 6808-5607
sylvia.zollikofer@lgl.bayern.de

Dr. Joseph Kuhn
Tel.: 09131 / 6808-5302
joseph.kuhn@lgl.bayern.de

Diese Druckschrift wird kostenlos im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Bayerischen Staatsregierung herausgegeben. Sie darf weder von den Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern im Zeitraum von fünf Monaten vor einer Wahl zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags-, Kommunal- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zweck der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Staatsregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden. Bei publizistischer Verwertung – auch von Teilen – wird um Angabe der Quelle und Übersendung eines Belegexemplars gebeten.

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte sind vorbehalten. Die Broschüre wird kostenlos abgegeben, jede entgeltliche Weitergabe ist untersagt. Diese Broschüre wurde mit großer Sorgfalt zusammengestellt. Eine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit kann dennoch nicht übernommen werden. Für die Inhalte fremder Internetangebote sind wir nicht verantwortlich.



BAYERN | DIREKT ist Ihr direkter Draht zur Bayerischen Staatsregierung.

Unter Telefon 089 122220 oder per E-Mail unter direkt@bayern.de erhalten Sie Informationsmaterial und Broschüren, Auskunft zu aktuellen Themen und Internetquellen sowie Hinweise zu Behörden, zuständigen Stellen und Ansprechpartnern bei der Bayerischen Staatsregierung.