

Reiner Hans Dinkel, Edmund Görtler

Universität Bamberg, Deutschland

Die Suizidsterblichkeit der Geburtsjahrgänge in beiden Teilen Deutschlands

Zusammenfassung

Im langfristigen Vergleich der Suizidsterblichkeit in der Bundesrepublik und der ehemaligen DDR zeigt sich, dass zwar das Niveau in der ehemaligen DDR durchgängig über dem der Bundesrepublik lag, dass aber die Entwicklungen insgesamt relativ gut vergleichbar waren. In beiden deutschen Staaten ging in den letzten Jahrzehnten der Anteil der Suizidsterblichkeit relativ und später auch absolut zurück. Bei einer Kohortenanalyse zeigt sich, dass die Unterschiede der Suizidsterblichkeit einen Kohorteneffekt aufweisen, dessen Schwergewicht vor allem bei den Männern in der Nähe von Geburtsjahrgang 1930 liegt. Eine ganz generelle Gesellschaftsbedingtheit der überhöhten Suizidsterblichkeit im sozialistischen Deutschland lässt sich aus den Daten nicht allein ableiten. Stattdessen dürften die Lebensumstände einer spezifischen Generation dazu geführt haben, dass für diese Jahrgänge in der ehemaligen DDR eine überhöhte Suizidsterblichkeit entstand.

Nach dem Beitritt der neuen Bundesländer zur Bundesrepublik wurde in der Öffentlichkeit, von den statistischen Daten allerdings bislang nicht bestätigt, eine „Selbstmordwelle“ in den neuen Bundesländern festgestellt und als Ausdruck einer Anpassungskrise interpretiert. Nicht nur diese Diskussion lässt es sinnvoll erscheinen, eine Bestandsaufnahme der gesamten Suizidsterblichkeit für die Zeit der getrennten Existenz der beiden deutschen Staaten vorzunehmen und mögliche Ursachen für die unterschiedlichen Verläufe zu diskutieren.

Trotz gemeinsamer kultureller, sozialer oder genetischer Ausgangssituation hat sich die Suizidhäufigkeit in den beiden deutschen Staaten während der Zeit ihrer getrennten Existenz deutlich unterschieden. Stärker als alle anderen Todesursachen können Suizide unerwünschte Einsichten in die innere Verfassung des sozialen Systems und des Wohlbefindens der Bevölkerung eines Landes zulassen^{1, 2}. Diesem Argument entsprechend wurden von 1977 bis 1989 statistische Daten über Suizide in der ehemaligen DDR zwar gesammelt, aber nicht veröffent-

licht. In der Todesursachenstatistik wurde die Todesursache Suizid (ICD9-Position E 950-959) mit anderen Ursachen vermischt, um genauere Informationen zu verhindern. Erst im Zuge der politischen Veränderungen des Jahres 1990 wurden die Daten über Suizid in der ehemaligen DDR auch für die Jahre 1977 bis 1989 verfügbar. Zusammen mit den Informationen über Suizide in der Bundesrepublik von 1949 bis 1989 lässt sich damit ein Vergleich der Suizidsterblichkeit in beiden deutschen Staaten durchführen.

Ausgehend von einer sowohl individual- als auch gesellschaftsorientierten Betrachtung³ liegt es nahe, die Suizidentwicklung durch den Einfluss von unterschiedlichen politischen und sozialen Systemen sowie dadurch entstandener individueller Reaktionen zu erklären^{4, 5}. In der Literatur finden sich als Erklärungsfaktoren von Suiziden einerseits individuelle Faktoren, wie z.B. Verlusterlebnisse, Deprivation, Frustration, fehlende Bedürfnisbefriedigung, Hoffungslosigkeit in vielfältiger Kombination^{6–10}, krankhafte psychische Entwicklungen^{11, 12} oder narzisstisches Ungleichgewicht¹³. Zum anderen werden aber auch gesellschaftliche Faktoren, wie z.B. soziale Integration², Vergesellschaft-

tung³ oder die Interaktion zwischen Individuum und Umwelt als Auslöser^{14,15} betont.

Zur Bewertung der Suizidentwicklungen in der ehemaligen DDR wurde verschiedentlich versucht, die bestehenden soziologischen und sozialpsychologischen Theorien und Modelle zu übertragen^{3,14}, wobei den gesellschaftlichen Akteuren als Ausgangspunkt und den davon abhängenden individuellen Reaktionen besondere Bedeutung zugemessen wurde¹⁶. Auch wenn häufig die Relevanz des politischen und sozialen Systems für die Suizidhandlung hervorgehoben wird, sind empirische Nachweise allerdings bislang kaum gelungen¹⁴. Für die Erklärung der Suizide in der Bundesrepublik dagegen findet die Gesellschaft zumeist nur als Forum für „soziale Integration“ Berücksichtigung. Grössere Bedeutung wird hier der Betrachtung von individuellen Motivationen und Handlungen zugemessen, wobei die soziale Integration eine eher interaktive Rolle spielt^{6,7}.

Unterschiede ergeben sich bei der Relevanz der einzelnen Faktoren für die Suizidhandlung vor allem

durch unterschiedliche Altersgruppen- oder Kohortenzugehörigkeit^{17,18}. Im folgenden soll nicht nur der Versuch einer Bilanz der zahlenmässigen Entwicklungen unternommen werden, sondern auch eine zumindest ansatzweise Betrachtung möglicher Ursachen, vor allem der Frage, ob und wie stark der Einfluss allgemeiner gesellschaftsbedingter Aspekte gewesen sein könnte. Besondere Bedeutung soll im weiteren auf die Betrachtung der Suizidentwicklung der Geburtsjahrgänge gelegt werden, auf die ein spezifischer Erklärungsversuch aufbauen wird.

Suizidentwicklung in der ehemaligen DDR und der Bundesrepublik

Die absolute und relative Bedeutung der Suizide als Todesursache

Daten über Zahl und Altersstruktur der Suizidfälle sind seit 1950 sowohl für die Bundesrepublik als

auch für die ehemalige DDR verfügbar. Um die absoluten Zahlen vergleichen zu können, muss aber berücksichtigt werden, dass die Bevölkerung der Bundesrepublik rund dreimal so gross war wie die der ehemaligen DDR. Aus diesem Grund wurden in der folgenden Abb. 1 (exemplarisch für Frauen) die absoluten Zahlen der Suizide in der ehemaligen DDR mit einer Konstanten multipliziert, die dem Verhältnis von bundesdeutscher Gesamtbevölkerung und der der ehemaligen DDR für die einzelnen Jahre (gemessen jeweils zu Beginn des Jahres) entspricht. Da die Altersstruktur der beiden deutschen Staaten im Betrachtungszeitraum oberhalb von Alter 10 (von wo ab Suizide erst relevant werden) sehr ähnlich war, ist eine Altersstandardisierung (etwa auf die sogenannte „Welt-“ oder „Europabevölkerung“⁴) in diesem Fall nicht erforderlich.

Von Beginn der Messung an waren Suizide in der ehemaligen DDR häufiger als in der Bundesrepublik. Bereits an dieser Stelle muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass bereits im Deutschen Reich für Thüringen und Sachsen weit über dem Reichsdurchschnitt liegende Suizidraten gemessen wurden³. Diese regionale Differenzierung blieb bis zum heutigen Tag bestehen. Ähnlich starke und bislang ungeklärte regionale Unterschiede gab und gibt es aber auch zwischen den westlichen Ländern der Bundesrepublik, wobei hier die nördlichen Regionen tendenziell eine höhere Suizidsterblichkeit aufweisen¹⁹. Wenn die deutsche Teilung dazu geführt haben sollte, dass ein relativ grösserer Teil der Regionen mit hohen Suizidraten der DDR angehörte²⁰, dann könnte damit bereits ein von Anfang an bestehender Unterschied der Nachkriegsdaten erklärt werden.

Die Unterschiede in den absoluten Zahlen der Suizidfälle wuchsen bis etwa 1975, was die fehlende Bereitschaft zur weiteren Veröffentli-

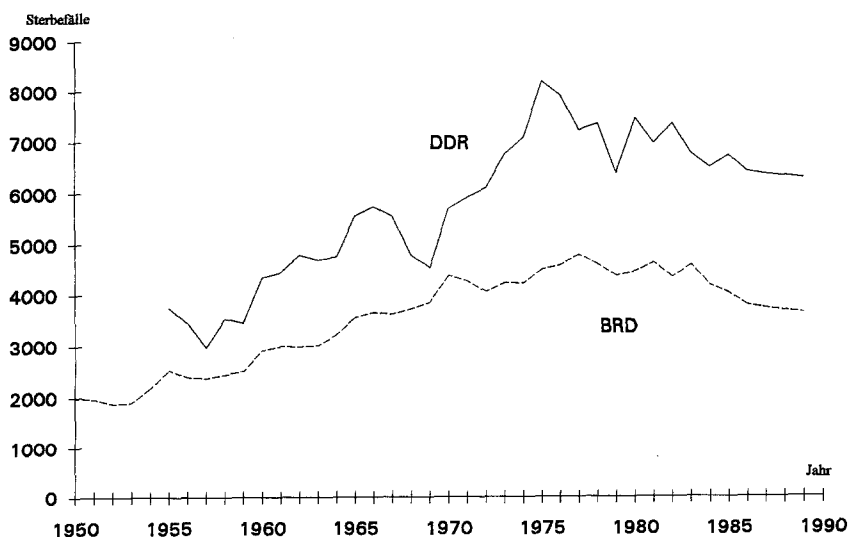


Abb. 1. Suizidsterbefälle von Frauen, 1950 bis 1989, bezogen auf den jeweiligen Bevölkerungsbestand der Bundesrepublik

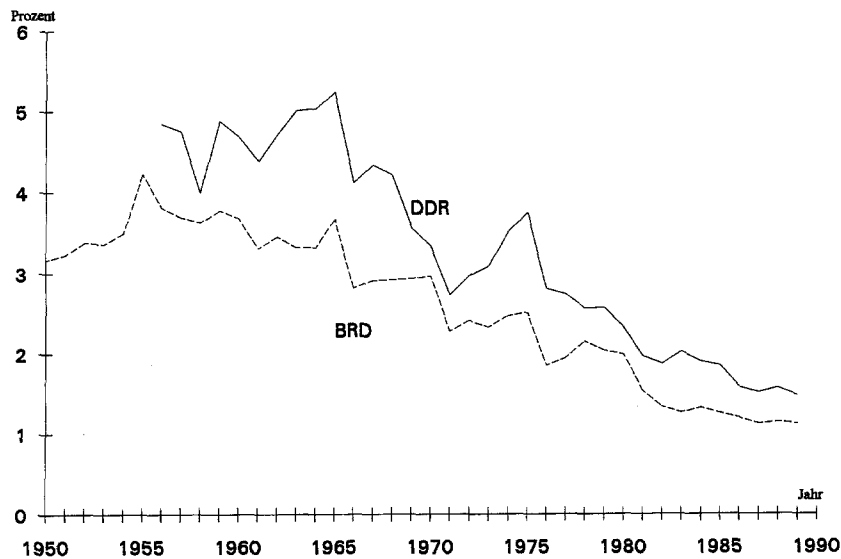


Abb. 2. Anteile der Suizide an allen Todesursachen in Prozent, 1950–1989, Frauen

chung der Daten in der ehemaligen DDR von diesem Zeitpunkt ab erklären könnte. Gerade in der darauffolgenden Zeit wurden allerdings die Unterschiede nicht mehr grösser, die Gesamtzahl der Suizide stagnierte in beiden Ländern seit 1975 und nahm zumindest bei Frauen in den letzten Jahren sogar wieder ab^{18–20, 21}.

Betrachtet man für die beiden deutschen Staaten die Entwicklung der relativen Anteile der Suizide an allen Todesursachen, entsteht ein deutlich anderes Bild. In beiden deutschen Staaten erreichte der Anteil der Suizide an allen Gestorbenen sein Maximum bereits in den 50er Jahren. Vermutlich auch aufgrund des Mauerbaus im Jahr 1961 erreichte der Suizidanteil an allen Sterbefällen in der ehemaligen DDR dann in den frühen 60er Jahren einen kurzzeitigen absoluten Höhepunkt, der in Abb. 1 überhaupt nicht erkennbar ist. Der Anteil der Suizide an allen Sterbefällen nahm in beiden deutschen Staaten, von der Sonderentwicklung am Beginn der 60er Jahre vielleicht abgesehen, einen sehr ähnlichen Verlauf. Bei insgesamt sinkenden Anteilen glich sich die

Bedeutung der Suizide bei den Frauen weitgehend an (Abb. 2), während bei Männern zumindest keine weitere Auseinanderentwicklung mehr stattfand. Der Bedeutungsrückgang der Todesursache Suizid in beiden deutschen Staaten ist umso bemerkenswerter, als die Altersstrukturentwicklung in diesem Zeitraum eher die gegenteilige Entwicklung nahegelegt hätte. Legt man die gänzlich unterschiedlichen Lebensverhältnisse in der Bundesrepublik und der ehemaligen DDR zugrunde, zeigen diese „rohen“ Zahlen eine erstaunliche Parallelität zumindest im Verlauf, auch in jenen Jahren, in denen die Veröffentlichung in der ehemaligen DDR eingestellt wurde. Das absolute Niveau der Suizidsterblichkeit allerdings lag im gesamten Beobachtungszeitraum in der DDR höher.

Alters- und Geschlechtsabhängigkeit der Suizidsterblichkeit

Wie in vielen anderen Ländern auch sind vollendete Suizide bei Männern weitaus häufiger als bei Frauen^{19, 22, 23}, während für Suizidversuche das Gegenteil zuzutreffen

scheint^{24, 25}. Der Grund für diese Diskrepanz dürfte sein, dass Frauen im Gegensatz zu Männern eher „weiche“ als „harte“ Methoden verwenden²⁶. Mit „weichen Methoden“ durchgeführte Suizidversuche sollen häufig nicht zum Tod führen, sondern stellen ein besonders extremes „Signal“ für die Umwelt dar. Dabei sind Suizidrate und Suizidversuchsrate altersabhängig. Das Verhältnis von Suizid zu Suizidversuch nimmt bei Männern und Frauen mit dem Alter kontinuierlich ab, die „Signale“ sind also bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen häufiger anzutreffen als bei älteren Menschen. Die Suizidraten stiegen bis 1978, danach nahmen sie deutlich ab, ebenso die Suizidversuchsraten^{27, 28}.

Auch die Altersstrukturen der Suizide entsprachen sich in beiden deutschen Staaten weitgehend (für das Jahr 1988 vgl.⁴) und entspricht im übrigen auch den internationalen Erfahrungen²⁹. Absolut gesehen steigt die Suizidmortalität für beide Geschlechter mit dem Alter. Relativ gesehen ist der Suizid bei jungen Erwachsenen besonders bedeutsam, wo er eine der häufigsten Todesursachen überhaupt ist.

Die Motive für Suizide bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen dürften sich deutlich von jenen unterscheiden, die für den Suizid in höheren Lebensaltern verantwortlich sind. Eine gesellschaftliche Bedingtheit sollte insgesamt eher bei den jugendlichen Suiziden existieren.

Das politische und soziale System setzt den Rahmen für individuelle Entfaltungsmöglichkeiten. Es wirkt u. a. auf zwischenmenschliche Kommunikation, auf familiäre Strukturen und somit auch auf die Einschätzung der eigenen Entwicklungsmöglichkeiten und deren Umsetzung. Die Entscheidung zum Suizid hängt vor allem von der Stärke der subjektiv empfundenen Unzufriedenheit ab⁶. Düstere Zukunftsaussichten oder Hoffnungslosigkeit kön-

nen zum Suizid führen, vor allem wenn darüber hinaus das soziale Netz und damit mögliche Unterstützung fehlt^{6, 7}. Obwohl es sehr wenige empirische Untersuchungen gibt, um diese Hypothesen für die ehemalige DDR zu validieren, betont Schulze¹⁴, dass sowohl individuelle als auch soziale Probleme bei jungen Menschen für den Suizid verantwortlich sind.

Individuelle Probleme bestehen überwiegend in einem fehlenden positiven Lebensentwurf, vor allem bei Frauen in zwischenmenschlichen Konflikten oder einer geringeren Frustrationstoleranz. Fakultativ individuelle Freiheiten (durch Anpassung an die Umwelt) und das Fehlen eines Erziehungssystems werden ebenso wie der Zusammenbruch des sozialistischen Wertesystems (Unterschiede zwischen Anspruch und Wirklichkeit) als Hauptursachen für Suizide genannt. Auch in der Bundesrepublik spielen für die Erklärung von Suizidhandlungen junger Menschen in erster Linie Probleme mit Freunden oder Partnern eine Rolle. Aber auch fehlende Lebensperspektiven, Versagensängste oder finanzielle Probleme können unter der Bedingung einer fehlenden Kompensationsmöglichkeit zum Suizid führen^{30–32}. Daneben gibt es eine hohe Korrelation mit Alkohol- und Drogenmissbrauch²⁷.

Für Suizide im hohen Alter stellt vor allem die stark ansteigende Krankheitshäufigkeit, zunehmende Pflegebedürftigkeit und Perspektivlosigkeit^{17, 33, 34} ein starkes Motiv dar. Unter den vollendeten Suiziden in Nürnberg beispielsweise waren oberhalb von Alter 60 insgesamt 59% der Frauen und 30 Prozent der betroffenen Männer verwitwet oder geschieden²⁵. Gesundheitliche Beeinträchtigungen, vor allem chronische und unheilbare Krankheiten, aber auch chronischer Schmerz bilden in diesen Altersstufen ein Zentralmotiv³⁵, gerade auch unter jenen tatsäch-

lichen Suizidfällen, die nicht als solche in die Statistik eingehen. Für diese Form der Suizidmotive ist des insgesamt weniger wahrscheinlich, dass es einen starken Einfluss des gesellschaftlichen Systems geben sollte. Eine ausschliesslich auf politischen und gesellschaftlichen Druck basierende Erklärung der höheren Suizidsterblichkeit in diesen Altersstufen wird auch dadurch behindert, dass diesen Altersstufen die Ausreise aus der DDR erlaubt war und auch häufig stattfand. Damit ist zwar nicht jeder denkbare Einfluss des politischen Systems ausgeschlossen, aber die Existenz eines „Ventils“ für einen vom Sozialsystem ausgehenden Druck darf gerade für diese Altersstufen nicht übersehen werden.

Einige kritische Bemerkungen zum internationalen Vergleich von Todesursachendaten

Bevor man Aussagen über die Ursachen der höheren Suizidsterblichkeit in der ehemaligen DDR machen will, müssen einige Aspekte angesprochen werden, die grundsätzlich jede internationale Gegenüberstellung solcher Daten betreffen, die im Fall des vorliegenden Vergleichs aber besonders wichtig sind. In praktisch allen Gesellschaften gehört aufgrund seiner religiös, sozial oder juristisch stigmatisierten Bewertung der Suizid zu jenen Todesursachen, die bewusst oder unbewusst zu vielen falschen Totenscheinangaben führen.

Bei jüngeren Betroffenen findet relativ häufig eine Vermischung mit der Unfallsterblichkeit statt. So solle beispielsweise rund 5 Prozent aller Verkehrstoten in Wahrheit Suizidfälle sein³⁶. Bei älteren Betroffenen wird häufig eine andere durchaus existierende Grundkrankheit (z.B. eine Herz-Kreislauf-Erkrankung oder Neubildung) angegeben, besonders

dann, wenn etwa der Hausarzt bereits vorher eine unheilbare Krankheit diagnostiziert hatte. Nicht nur aufgrund von vermögens- oder versicherungsrechtlichen Fragen kann der Druck auf den Totenscheinsteller bei äusserlich nicht sofort als Suizid erkennbaren Fällen sehr gross sein, selbst bei bestehenden Zweifeln die Grundkrankheit als Todesursache einzutragen. Da die Suizidsterbefälle in den höchsten Altersstufen insgesamt weitaus am bedeutsamsten sind, nimmt diese Frage für die Gesamtbeurteilung der Daten durchaus eine Schlüsselrolle ein.

Dieses Argument gilt grundsätzlich, ist aber besonders wichtig für längerfristige³⁷ und für internationale Vergleiche, wenn sich innerhalb eines Landes das Diagnostizierverhalten änderte oder wenn es in den beiden Staaten unterschiedlich gehandhabt wird. In der ehemaligen DDR besteht insofern eine besondere Situation, als praktisch alle Sterbefälle seziert wurden, bei denen die Vermutung einer „unnatürliche Todesursache“ bestand. Anders als in der Bundesrepublik wurden deshalb in den letzten Jahrzehnten jährlich rund 20 Prozent aller Sterbefälle seziert. Anders als in der Bundesrepublik wurde im übrigen auch die Todesursachenstatistik (nicht nur bei Suiziden) aufgrund der Sektionsergebnisse korrigiert. Für einen Totenscheinsteller in der DDR ergab sich unter diesen Bedingungen eine völlig andere Situation als in der Bundesrepublik und er dürfte weitaus weniger bereit gewesen sein, einen von ihm erkannten oder vermuteten Suizidfall nicht als solchen in den Totenschein einzutragen.

Ein starkes Indiz für dieses Argument ist die weit überdurchschnittlich hohe Übereinstimmung von Totenschein und Sektionsergebnis in der DDR noch im Jahr 1989 gerade bei den Suiziden, wie sie sich in einer durch die Verfasser

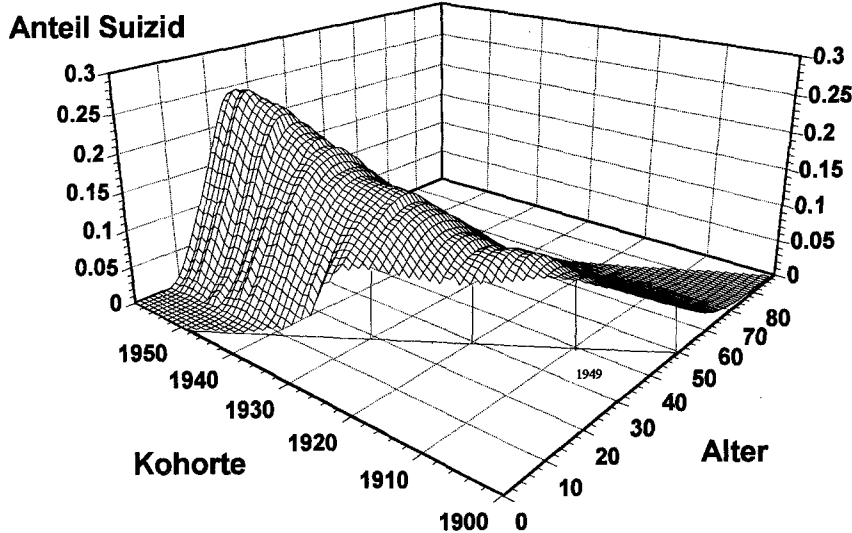


Abb. 3. Anteil der Suizide von Kohorte x an allen Sterbefällen im Alter y , Männer, Bundesrepublik

durchgeführten Auszählung aller 34700 Obduktionsergebnisse und der entsprechenden Totenscheinangaben in der ehemaligen DDR ergab. Während bei allen in diesem Jahr seziierten Sterbefällen die vierstellige ICD-Position nur in 27,3 Prozent der Sterbefälle vollständig übereinstimmte, waren dies bei Suiziden 67,0 Prozent. Bei der gröberen dreistelligen ICD-Verkodung stimmten bei allen Obduzierten die Totenscheinangaben und das Obduktionsergebnis in 36,4 Prozent der Fälle vollständig überein, bei Suiziden in 71,2 Prozent.

Diese Praxis dürfte sich in den ersten Jahren nach der Gründung der DDR erst langsam durchgesetzt haben. Folglich könnte in diesem Tatbestand sowohl eine mögliche Ursache für die von Anfang an bestehenden Unterschiede als auch zum Teil für die weitere Auseinanderentwicklung der in der Statistik angegebenen Suizidfälle am Beginn des Beobachtungszeitraums liegen. In diesem Zusammenhang muss betont werden, dass in den jüngsten Altersstufen 15–20, zum Teil bei Alter 20–25 und bei Frauen auch

in der Altersstufe 25–30, wo Suizidfälle wegen des Fehlens einer sonstigen Erkrankung mit Ausnahme einer möglichen Verquickung mit Unfällen zweifelsfrei diagnostiziert werden (müssen), die Suizidsterblichkeit der Bundesrepublik zumindest in den letzten Jahren gleich gross war wie in der DDR. Zumindest ein Teil der Unterschiede in den Suiziddaten der beiden

deutschen Staaten könnte somit tatsächlich gar nicht erst für eine Erklärung im Sinne der „spezifischen Lebensbedingungen des Sozialismus“ zur Verfügung stehen. Ein (allerdings nicht quantifizierbarer) Teil der Unterschiede in der Todesursachenstatistik ist sicherlich bereits durch eine „Gleichsetzung von Nicht-Gleichem“ entstanden. Ganz in diesem Sinne wurden auch in der Literatur bereits vorschnell vereinfachende Erklärungsversuche kritisiert⁵.

Kohortenspezifische Entwicklungen der Suizidsterblichkeit in Deutschland und deren mögliche Erklärungen

Der Anteil der Suizide an allen Sterbefällen in Kohortendarstellung

Um herauszufinden, in welcher Form Menschen von den unterschiedlichen Lebensbedingungen und sozialen und politischen Verhältnissen betroffen waren, ist es sinnvoll, die einzelnen Geburtsjahrgänge zum Gegenstand des Vergleichs zu machen. Der Vorteil der Betrachtung der Sterblichkeit

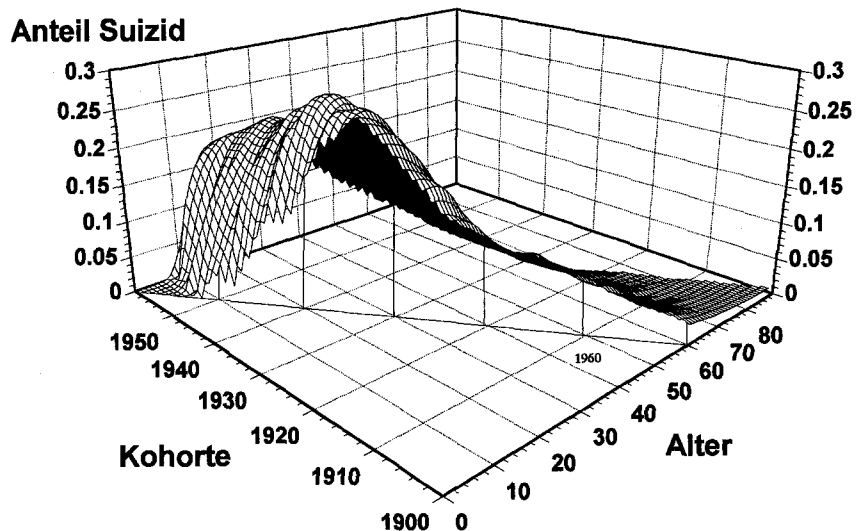


Abb. 4. Anteil der Suizide von Kohorte x an allen Sterbefällen im Alter y , Männer, DDR

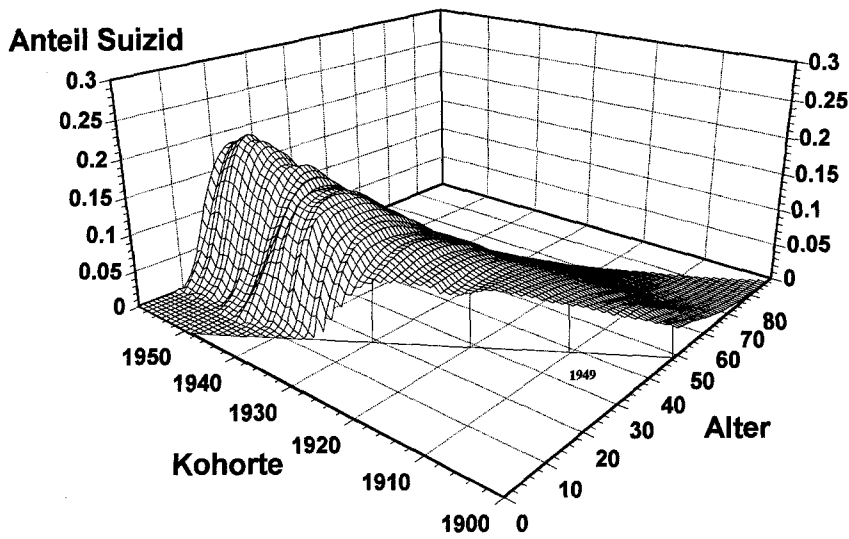


Abb. 5. Anteil der Suizide von Kohorte x an allen Sterbefällen im Alter y , Frauen, Bundesrepublik

von Geburtsjahrgängen gegenüber der Periodendarstellung liegt darin, dass bei Geburtsjahrgängen langfristig wirkende Faktoren, wie etwa der lebenslange Einfluss des politischen und gesellschaftlichen Systems, in der Analyse klar erkennbar sein sollten. Wir sollten zu diesem Zweck im weiteren die Ergebnisse einer konsequenten Kohortenanalyse der Sterblichkeit nach Todesursachen verwenden, wie sie von den Verfassern in einem anderen Zusammenhang erstellt wurde. Zwar wurde bereits mehrfach in der Literatur^{38, 39} der Kohortenaspekt bei der Erklärung der bundesdeutschen Suizidentwicklung betont, dort wurde aber als Datenbasis eine Längsschnittinterpretation der Querschnittdaten vorgenommen.

In den folgenden Abb. 3 bis 6 wurde für die einzelnen Geburtsjahrgänge in der Bundesrepublik und der ehemaligen DDR der Anteil der Suizide an allen Sterbefällen dargestellt. Für die Bundesrepublik konnten die Daten ab 1949 in die Betrachtung einbezogen werden, für die DDR aufgrund der zum Vergleich notwendigen Aufspaltung in Einzelaltersstufen erst

die Werte ab dem Kalenderjahr 1960. Die der Todesursachenstatistik entnommenen Anteilswerte für Fünferaltersgruppen wurden mittels Splines nach Einzelaltern aufgespalten und anschliessend für jeden Geburtsjahrgang ebenfalls mittels kubischer Splines geglättet (zum Verfahren⁴⁰). Auf diese Weise lässt sich für jeden Geburtsjahr-

gang in der Bundesrepublik (z. B. für Jahrgang 1905) zwischen dem Alter, das dieser Jahrgang im Kalenderjahr 1949 durchlief (Alter 44) bis zu jenem Alter, das im Jahr 1989 durchlaufen wurde (Alter 84) ein Bild des Anteils der Suizide an allen Sterbefällen gewinnen.

Für die Männer in der Bundesrepublik zeigt der Anteil der Suizide an allen Sterbefällen in Abb. 3. einen deutlich steigenden Kohortentrend. Der maximale Anteil der Suizide an allen Sterbefällen ist für die Kohorte 1925 nur etwa halb so gross wie der Anteil der Suizide von Kohorte 1960. Für die jüngeren Kohorten liegt das Maximum etwa im Alter von 25–30 Jahren, für die älteren Kohorten im Alter von 30–35 Jahren. Bereits an dieser Stelle muss allerdings betont werden, dass ein steigender Anteil einer Todesursache in einem bestimmten Alter nicht notwendigerweise eine steigende Zahl von Sterbefällen implizieren muss, da ein steigender Anteil bereits dann entsteht, wenn die Sterblichkeit insgesamt sinkt, andere Todesursachen aber noch stärker als die betrachtete Ursache zurückgehen. Für die ehemalige DDR erbringen

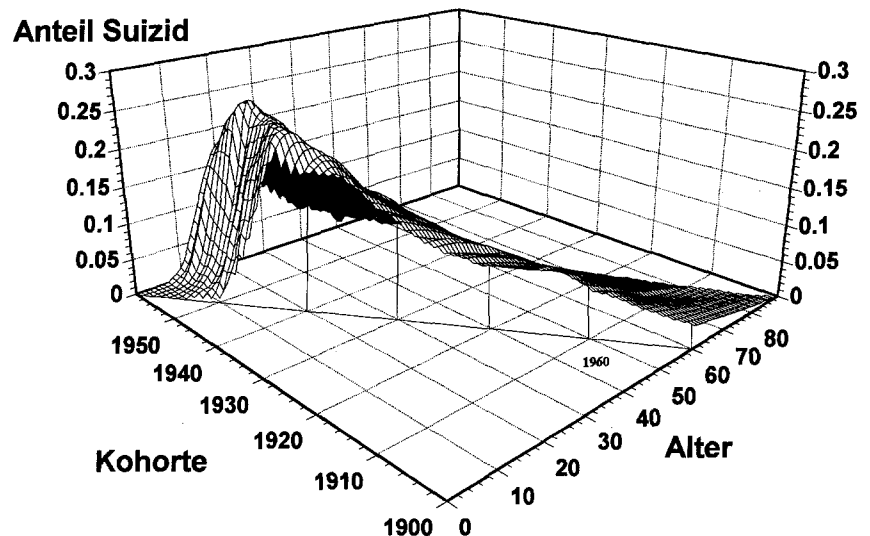


Abb. 6. Anteil der Suizide von Kohorte x an allen Sterbefällen im Alter y , Frauen, DDR

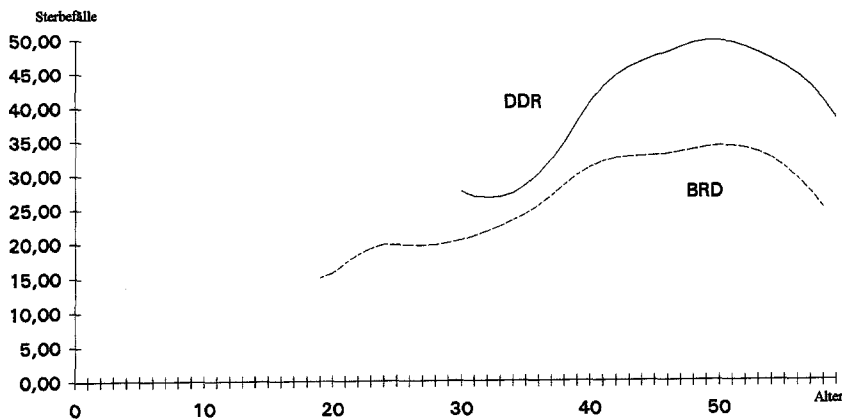


Abb. 7. Suizidsterbefälle pro 100000 lebendgeborenen Männern, Geburtsjahrgang 1930

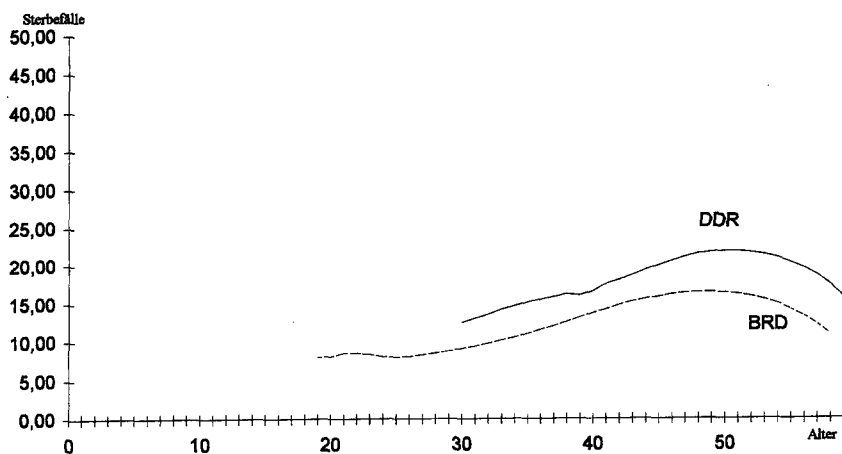


Abb. 8. Suizidsterbefälle pro 100000 lebendgeborene Frauen, Geburtsjahrgang 1930

die Daten von 1960 bis 1989 für die einzelnen Geburtsjahrgänge ein etwas anderes Bild. Der Anteil der Suizide an allen Sterbefällen erreicht hier sein Maximum bei den Kohorten 1940 bis 1945. Bei den jüngeren Kohorten nimmt der Anteil anders als bei der Bundesrepublik wieder ab. Die Anteilswerte der Suizide an allen Todesursachen liegen für die jüngeren Kohorten 1950 bis 1960 in der Bundesrepublik über den Werten der ehemaligen DDR. Für die älteren Kohorten ist dies genau umgekehrt. Erst für die Kohorten 1900 bis 1910 gleichen sich die Werte wieder an. Das

Maximum der Anteile der Suizide an allen Sterbefällen verschiebt sich ganz analog zu der Entwicklung in der Bundesrepublik bei der ehemaligen DDR vom Alter 20–25 für die Kohorte 1960 auf das Alter 25–30 für die Kohorte 1940. Bei den Frauen liegen die Anteile der Suizide an allen Sterbefällen in der Bundesrepublik für nahezu alle Kohorten deutlich unter denen der Männer. Das Maximum der Anteile der Suizidsterbefälle für die Geburtsjahrgänge liegt bei den Frauen ebenfalls etwa im Altersbereich zwischen 25 und 30 Jahren. Für die ehemalige DDR liegen die

Anteilswerte bei den Frauen über den Werten für die Bundesrepublik, wobei es für die ehemalige DDR ein Maximum bei den Kohorten um 1955 gibt, das im Altersbereich zwischen 25 und 30 Jahren liegt.

Die Suizidsterbefälle der Kohorten in Ost- und Westdeutschland

Die Anteile an allen Sterbefällen besitzen nur relative Aussagekraft. Wir werden deshalb nun zu einer Betrachtung der Zahl der Suizidsterbefälle aus einer Gesamtheit von 100000 Lebendgeborenen eines bestimmten Geburtsjahrgangs übergehen, wie das in einer Sterbetafelbetrachtung üblich ist. Zu diesem Zweck müssen die Anteilswerte der Abb. 3 bis 6 in Kohortensterbetafeln der Bundesrepublik und der ehemaligen DDR eingestellt werden, wie sie von Dinkel⁴⁰ konstruiert wurden. Wenn man z. B. aus der Kohortensterbetafel von Männern des Geburtsjahrgangs 1907 in der Bundesrepublik entnehmen kann, dass im Alter 60 (im Kalenderjahr 1967) insgesamt 1183 der ursprünglich 100000 Lebendgeborenen dieses Jahrgangs gestorben sind, wenn gleichzeitig der Anteil der Suizide in diesem Alter bei diesem Geburtsjahrgang 2,1 Prozent ist, dann weiss man, dass von 100000 Lebendgeborenen des Jahrgangs 1907 im Alter 60 insgesamt 25 Personen aufgrund eines Suizids starben.

Diese Darstellung der Sterbefälle der Geburtsjahrgänge in Ost und West ist die denkbar exakteste Methode der Darstellung, zumindest wenn man der zugrundeliegenden Todesursachenstatistik vertraut. In den folgenden Abb. 7 bis 10 sind jeweils für Männer und Frauen getrennt Vergleiche zwischen der Bundesrepublik und der ehemaligen DDR für die herausgegriffenen Kohorten 1930 und 1955 dargestellt.

Für die Kohorte 1930 zeigt sich, dass die absolute Zahl der Suizid-

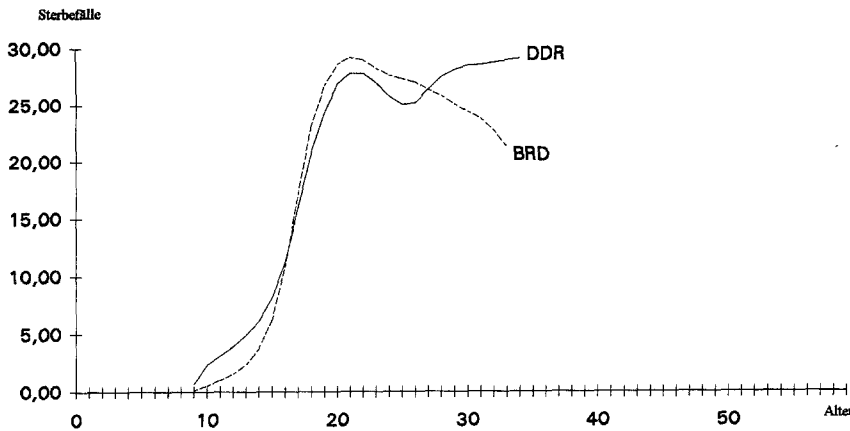


Abb. 9. Suizidsterbefälle pro 100 000 lebendgeborenen Männern, Geburtsjahrgang 1955

sterbefälle auf allen einbezogenen Altersstufen für die ehemalige DDR grösser ist als für den gleichaltrigen Männerjahrgang der Bundesrepublik. Lebenslang gesehen dürfte somit bei der Kohorte 1930 der ehemaligen DDR ein deutlich höherer Anteil aller Sterbefälle auf Suizide zurückgehen, da bereits im durchlebten Altersabschnitt dieser Kohorte die Unterschiede eindeutig sind. Ähnliche Unterschiede treten im übrigen auch für die benachbarten Geburtsjahrgänge (bis etwa zu Jahrgang 1945) auf. Die alleine auf die Todesursache Suizid zurückgehenden Unterschiede der Sterblichkeit zwischen Ost und West sind so gross, dass sie zumindest für diese Jahrgänge in bestimmten Altersstufen einen bemerkenswerten Beitrag von rund 25 Prozent zur Erklärung der gesamten Sterblichkeitsdifferenzen leisten. Für Frauen des gleichen Jahrgangs zeigt sich ebenfalls eine höhere Suizidsterblichkeit in der ehemaligen DDR, was wiederum für benachbarte Kohorten bis 1950 gilt. Das Niveau der Sterbefälle liegt jedoch sowohl in der Bundesrepublik als auch in der ehemaligen DDR deutlich unter dem der Männer.

Für den zweiten betrachteten Jahrgang, die Kohorte 1955, ergibt sich ein etwas anderes Bild. Den Abb. 9

und 10 ist zu entnehmen, dass die Suizidsterbefälle in der Bundesrepublik bei der Kohorten 1955 (wie auch bei den später geborenen Jahrgängen) zum Teil über denen der ehemaligen DDR liegen. Erst ab dem Alter von 27 Jahren liegen die Suizidsterbefälle bei den Männern in der ehemaligen DDR für die Kohorte 1955 wieder über denen des gleichen Jahrgangs in der Bundesrepublik. Bei den Frauen liegen die Sterbefälle bis zum Alter 24 in der ehemaligen DDR über denen der Bundesrepublik, danach sind die Suizidsterbefälle für den gleichen Jahrgang in der Bundesrepublik höher. Für die Kohorte 1955 (und entsprechend

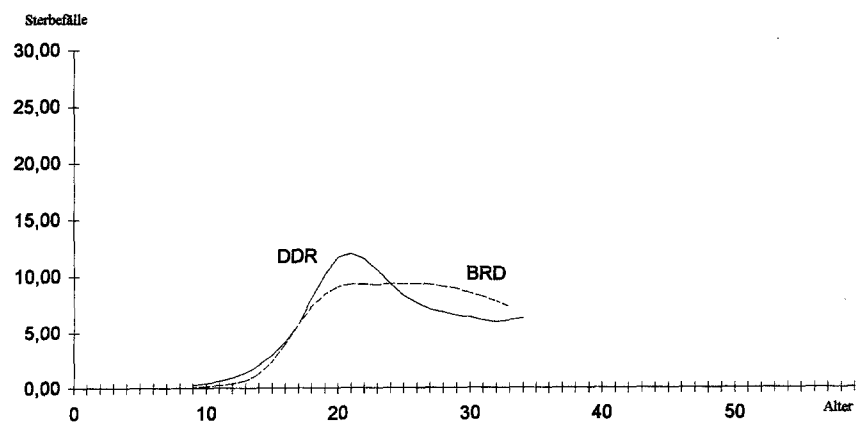


Abb. 10. Suizidsterbefälle pro 100 000 lebendgeborenen Frauen, Geburtsjahrgang 1955

für alle Kohorten 1950 bis 1960) lässt sich für die lebenslange Betrachtung der Sterblichkeit im bereits bekannten Lebensabschnitt kein eindeutiger Unterschied feststellen.

Wenn die gesellschaftlichen Bedingungen am ehesten noch das Suizidgeschehen im jungen Erwachsenenalter bestimmen, dann sprechen die vorgestellten Daten eher gegen einen ganz allgemeinen Einfluss des sozialistischen Gesellschaftssystems. Bemerkenswert ist aber, dass die Unterschiede der Suizidsterblichkeit zwischen Ost und West zu einem beachtenswerten Anteil das Ergebnis eines Kohortenphänomens sind. Während die Jahrgänge ab 1950 überhaupt keine Unterschiede erkennen lassen, liegt das Schwergewicht der Unterschiede in der Suizidsterblichkeit bei den Geburtsjahrgängen um 1930 herum.

Ausblick

Das etwas unerwartete Ergebnis der vorgegangenen Überlegungen bietet durchaus Raum für weitergehende Interpretationen. In den 50er Jahren konnten die noch offene Grenze und die weiterhin existierenden kulturellen und familiären Bindungen dazu führen, dass trotz des Kalten Krieges ein

kaum unterbrochenes Gefühl der Zusammengehörigkeit vorhanden sein konnte. Für Generationen, die noch im Deutschen Reich geboren wurden oder im Schulalter waren, war eine Wiedervereinigung beider deutscher Staaten oder zumindest eine Übersiedlung in die Bundesrepublik eine möglicherweise realistische und wichtige Lebensoption. Gerade für diese Jahrgänge bedeutete der sozialistische Staat und vor allem der Bau der Mauer eine schwerwiegende Einschränkung ihrer individuellen Lebenspläne. Zumindest für diese Generationen erscheint es plausibel, in der politischen und sozialen Lage einen zusätzlichen Erklärungsbeitrag für die Unterschiede der Suizidsterblichkeit zu sehen.

Dieses Argument traf weniger oder gar nicht mehr zu für die Generationen, die bereits in der DDR geboren wurden und zu einem Zeitpunkt jung waren, als die Mauer schon stand. Diese neuen Generationen wurden dazu gebracht oder waren von sich aus in der Lage, sich den Lebensbedingungen anzupassen, in denen sie aufwuchsen. Mit beträchtlicher Zustimmung arrangierten sie sich mit dem existierenden politischen System¹⁴. Zumindest für diese Generationen hätte es nur noch für eine kleine ausreisewillige Minderheit überhaupt eine ausschliessliche oder vorwiegende „Gesellschaftsbedingtheit“ des Suizids geben können. Auch die sich annähernden Suizidsterberaten der jungen Erwachsenen in den beiden deutschen Staaten sprechen gegen eine solche Interpretation. Trotz aller vordergründigen Plausibilität dürfte deshalb die These von der höheren Suizidsterblichkeit der DDR als Reaktion auf die politischen und sozialen Verhältnisse zu allgemein sein. Die „Gesellschaftsbedingtheit“ der höheren Suizidraten in der ehemaligen DDR dürfte ganz zum überwiegenden Teil ein Kohortenphänomen gewesen sein. Sie wäre dann ein

Ausdruck der aussergewöhnlichen Schwierigkeiten, die einige spezifische Generationen hatten, den Sozialismus und die damit einhergehenden Lebensbedingungen zu akzeptieren. Auf diese Weise kann unter anderem erklärt werden, dass die Suizidsterblichkeit der älteren Jahrgänge in der DDR sich noch zu einem Zeitpunkt von denen des westlichen Deutschlands wegentwickelte, wo sich die Sterblichkeit der Jugendlichen bereits wieder angenähert hatte.

Alles in allem war aber die Suizidsterblichkeit in den beiden deutschen Staaten weniger stark verschieden, als man auf den ersten Blick vermuten könnte. Dies gilt insbesondere, wenn man akzeptiert, dass die gemessenen Niveauunterschiede zum Teil auf unterschiedlich genaue Totenschein- oder Sektionsangaben beruhen. Die verbleibenden „echten“ Unterschiede, deren Ausmass nicht zu quantifizieren ist, dürften zumindest zum Teil ein kohortenspezifisches Phänomen gewesen sein.

Es stellt sich abschliessend zwangsläufig die Frage, wie die politischen Veränderungen und die neuerliche Einheit Deutschlands mit all den Chancen (individuelle Freiheiten) und Problemen (Arbeitslosigkeit, Orientierungslosigkeit oder Drogen) auf das Suizidverhalten vor allem der Menschen in den neuen Bundesländern wirken wird. Eine Prognose ist abhängig von vielen im Moment unsicheren Faktoren, wie z.B. der zukünftigen Wirtschaftsentwicklung oder den Erfahrungen, wie einzelnen Kohorten die Anpassung an die veränderten Lebensverhältnisse gelingt.

Für die Entwicklung der Suizidraten der Geburtsjahrgänge in den alten Bundesländern gibt es keinen Grund, einen weiteren Fortgang des insgesamt leicht sinkenden Niveaus anzunehmen. Bei einer über kurz oder lang erfolgenden Anpassung der Lebensverhältnisse in den neuen Bundesländern dürften sich langfristig auch die Suizid-

raten angleichen. In der Umbruchphase jedoch könnten aufgrund der gestiegenen Unsicherheit die Suizide in den neuen Bundesländern kurzfristig wieder ansteigen, ohne dass dies eine Änderung der langfristigen Trends bedeuten müsste.

Summary**The suicide mortality of age groups in both parts of Germany**

In the past a long-term comparison of suicides between the two German states has been prevented by the lack of published data on suicide mortality in the former GDR. These data are available now, showing a surprising similarity in the developments. The level of suicide mortality has been higher in the GDR from the beginning, but both countries experienced very similar reductions in the absolute und relative importance of suicide for overall mortality since the mid 1970's. A cohort analysis of suicide mortality is able to contribute to the explanation of the gap in suicide mortality between East and West Germany. The excess suicide mortality in East Germany is the result of a cohort effect and heavily concentrates on male and female birth cohorts from 1925 to 1945. For these cohorts the excess mortality due to suicide explains up to 25 percent of the total excess mortality compared with the same West German birth cohorts.

Resumé**Une analyse de cohortes des taux de suicide dans les deux Allemagne**

Une analyse à long terme de la mortalité par suicide a montré des taux généralement plus en République démocratique d'Allemagne qu'en République fédérale d'Allemagne. L'évolution dans le temps, par contre, était très semblable, avec une diminution relative des suicides au cours des dernières décennies et finalement même une réduction des nombres absolus. L'analyse a démontré un effet de cohorte dans la différence des taux de suicide, qui se concentre surtout sur les hommes nés autour de 1930. Les données ne permettent donc pas de mettre le taux de suicide plus élevé de l'Allemagne socialiste en rapport avec la situation générale de sa société. Par contre on peut admettre, que le mode de vie d'une cohorte de la population de l'ancienne Allemagne de l'Est était responsable de son taux de suicide élevé.

Literaturverzeichnis

- 1 DeCatanzaro D. Suicide and Self-Damaging Behavior. A Sociobiological Perspective, New York 1981.
- 2 Durkheim E. Der Selbstmord, Frankfurt 1983.
- 3 Müller P. Suizid in Sachsen. Soziologische Annäherung an ein britisches Thema, in: MMG 16, 1991, S. 136–145.
- 4 Hoffmeister H, Wiesener G, Junge B und Kant H. Selbstmordsterblichkeit in der DDR und in der Bundesrepublik Deutschland, in: MMW, 132, 1990, S. 603–609.
- 5 Kirsch OV. Suizidalität in Ost und West: Bedeutung sozialer Faktoren?, MMW, 133, 1991, Nr. 5, S. 18.
- 6 Pöhls V. Kognitiv-utilitaristische Suizidhandlungstheorie. Darstellung, abgeleitete Massnahmen, Anwendung und Konfrontation mit anderen Suizidhandlungstheorien, Regensburg 1987.
- 7 Schmidtke A. Verhaltenstheoretisches Modell suizidalen Verhaltens, Regensburg 1988.
- 8 Baechler J. Suicides, Oxford 1979.
- 9 Welz R, Pohlmeier H (Hrsg.). Selbstmordhandlungen. Suizid und Suizidversuch aus interdisziplinärer Sicht, Weinheim 1981.
- 10 Welz R, Möller HJ (Hrsg.). Bestandsaufnahme der Suizidforschung, Regensburg 1984.
- 11 Ringel E. Der Selbstmord, Wien 1953.
- 12 Kneerich-Woerner M. Der Selbstmord, Frankfurt am Main 1988.
- 13 Henseler H. Narzisstische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmords. Reinbek 1974.
- 14 Schulze A. Selbstmord und Selbstmordversuche in Leipzig. Zur Erklärung suizidaler Handlungen in der DDR, Regensburg 1986.
- 15 Douglas JD. The Social Meanings of Suicide, Princeton 1967.
- 16 Jantzen W, von Salzen W. Autoaggressivität und selbstverletzendes Verhalten. Pathogenese, Neuropsychologie und Psychotherapie, Berlin, 1990.

- 17 *Christe Ch.* Suizid im Alter. Dimensionen eines ignorierten Problems, Bielefeld 1989.
- 18 *Vössing G, Welz R, Pohlmeier H.* Häufigkeit und Veränderungen der Suizidziffer älterer Menschen in der Bundesrepublik Deutschland von 1953 bis 1986, in: Böhme, K., Lungershausen, E.: Suizid und Depression im Alter, Regensburg 1988.
- 19 *Heim N, Konkol N.* Suizidverteilung in der Bundesrepublik Deutschland (1981–1986), in: Öff. Gesundh.-Wes. 51, 1989, S. 608–613.
- 20 *Casper W.* Selbstmordsterblichkeit in der DDR 1961–1989 und nach Bezirken 1989, Sonderheft des Instituts für Medizinische Statistik und Datenverarbeitung, Berlin 1990.
- 21 *Hoffmeister H, Wiesner G, Junge B, Kant H.* Selbstmordsterblichkeit in der DDR und in der Bundesrepublik Deutschland, in: MMW, 132, 1990, S. 603–609.
- 22 *Lindner-Braun Ch.* Soziologie des Selbstmords, Opladen 1990.
- 23 *Barraclough BM, Hughes J.* Suicide: clinical and epidemiological studies, London 1987.
- 24 *Faust V (Hrsg.).* Suizidgefahr. Häufigkeit-Ursachen-Motive-Prävention-Therapie. Stuttgart 1984.
- 25 *Moesler TA, Weidenhammer W, Lungershausen E.* Vergleich soziodemographischer Daten von selbst-aggressiven mit fremdaggressiven Personen im Nürnberger Stadtgebiet. in: Nervenheilkunde, 10, 1991, S. 193–197.
- 26 *Schmitt W, Mundt Ch.* Zur Differentialtypologie von Patienten mit harten und weichen Suizidmethoden, in: Der Nervenarzt 62, 1991, S. 440–444.
- 27 *Stosberg K.* Sucht und Suizid als Formen abweichenden Verhaltens in der soziologischen Analyse, in Nervenheilkunde, 9, 1990, S. 191–195.
- 28 *Schmidtke A, Häfner H, Möller HJ, Wedler H, Böhme K.* Häufigkeiten und Trends von Suizidversuchen in der Bundesrepublik Deutschland – eine methodische Studie, in: Das Öffentliche Gesundheitswesen, 50, 1988, S. 272–277.
- 29 *Stillion JM und McDowell EE.* Examining suicide from a lifespan perspective, in: Death Studies, 15, 1991, S. 327–354.
- 30 *Reimer C (Hrsg.).* Suizid. Ergebnisse und Therapie. Berlin 1982.
- 31 *Specht F, Schmidtke A (Hrsg.).* Selbstmordhandlungen bei Kindern und Jugendlichen, Regensburg 1986.
- 32 *Wolf S.* Die suizidale Krise, in: Z. ärztl. Fortbild. 85, 1991, S. 465–468.
- 33 *Venzlaff U.* Die Lebenssituation alter Menschen im Hinblick auf die Suizidgefährdung. MMG 18, 1980, S. 671–676.
- 34 *Hautzinger M.* Selbstmordhandlung im Alter, in: Hautzinger, M., Hoffmann, N. (Hrsg.): Depression und Umwelt, Salzburg 1979, S. 225–237.
- 35 *Dorpat TL, Anderson WF, Ripley HS.* The relationship of physical illness to suicide, in: H.L.P. Resnik, Hrsg., Suicide: Diagnosis and management, Boston, 1968, S. 209–219.
- 36 *Schneider V.* Das Auto als Mittel zum Suizid, MMW, 132, 1990, Heft 38, S. 29–30.
- 37 *Jakob O.* Der Suizid in der Schweiz 1876–1977, in: Sozial- und Präventivmedizin, 24, 1979, S. 21–27.
- 38 *Angermeyer MC, Robra BP, Wagner P.* Suizid in der Bundesrepublik Deutschland 1952–1981, in: MMW, 127, 1985, S., 153–156.
- 39 *Häfner H, Schmidtke A.* Suizid und Suizidversuche – Epidemiologie und Ätiologie, in: Nervenheilkunde, 6, 1987, S. 49–63.
- 40 *Dinkel RH.* Kohortensterbetafeln für die Geburtsjahrgänge ab 1900 bis 1962 in den beiden Teilen Deutschlands, in: Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, 1, 1992, S. 95–116.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Reiner Hans Dinkel
 Universität Bamberg
 Feldkirchenstr. 21
 D-96052 Bamberg/Deutschland