

Carlos Watzka

# Sozialepidemiologie des Suizids in Österreich 2000-2019

Daten und Analysen mit Fokus Steiermark

facultas



Carlos Watzka

**Sozialepidemiologie des Suizids in Österreich 2000-  
2019**

Daten und Analysen mit Fokus Steiermark

Carlos Watzka

**Sozialepidemiologie  
des Suizids in Österreich  
2000–2019**

Daten und Analysen mit Fokus Steiermark

**facultas**

## **Der Autor**

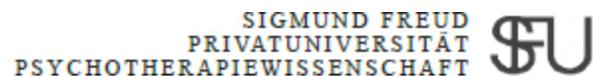
### **Assoz. Prof. PD Dr. Dr. Carlos Watzka**

Studium der Soziologie und der Geschichte an der Universität Graz; Habilitation für Soziologie.

Seit 2020 Assoziierter Professor an der Sigmund Freud Privat Universität, Department für Psychotherapiewissenschaft Linz.

Forschungsschwerpunkte: Gesundheitssoziologie, Versorgungsforschung, Suizidologie, Sozial- und Kulturgeschichte von psychischer Gesundheit/ Krankheit.

Diese Publikation wurde von Seiten der Sigmund Freud Privatuniversität (SFU) als Fördergeber für die Drucklegung einem Peer-Review-Verfahren unterzogen.



## **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle Angaben in diesem Fachbuch erfolgen trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr, eine Haftung des Autors oder des Verlages ist ausgeschlossen.

1. Auflage 2022

Copyright © 2022 Facultas Verlags- und Buchhandels AG

facultas Universitätsverlag, Stolberggasse 26, 1050 Wien, Österreich

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und der Verbreitung sowie der Übersetzung, sind vorbehalten.

Umschlagbild: © Mimadeo/iStock

Druck und Bindung: Facultas Verlags- und Buchhandels AG

Printed in Austria

ISBN 978-3-7089-2247-8 (Print)  
ISBN 978-3-99111-623-3 (E-Pub)

# Vorwort

Bei der hier vorgelegten Publikation „Sozialepidemiologie des Suizids in Österreich 2000-2019. Daten und Analysen mit Fokus Steiermark“ handelt es sich um die überarbeitete Fassung der dritten Studie zur Sozialepidemiologie des Suizids in Österreich, die der Verfasser im Auftrag und in Zusammenarbeit mit dem Land Steiermark erstellen durfte. Wiederum steht die Frage nach den Ursachen der stabilen und erheblichen regionalen Differenzen in den Suizidraten innerhalb Österreichs im Zentrum der Untersuchung und liegt ein besonderer Fokus auf der diesbezüglichen, leider weiterhin ungünstigen Position der Steiermark. Der Untersuchungszeitraum bezieht sich nunmehr auf die beiden Jahrzehnte von 2000 bis 2019. Erstmals wird hier zugleich auch der Versuch unternommen, die psychosoziale Versorgung in der Steiermark im Allgemeinen, sowie insbesondere die 2011 ins Leben gerufene Suizidpräventions-Initiative „GO-ON“ einer Evaluation im Hinblick auf ihre spezifisch suizidpräventiven Wirkungen zu unterziehen.

An dieser Stelle sei vor allem Dank gesagt: Wie schon bei den vergangenen Untersuchungen unterstützte dankenswerterweise auch nun DDr. Susanna Krainz als Psychiatriekoordinatorin im Gesundheitsfonds des Landes Steiermark das Vorhaben einer sozialwissenschaftlichen Untersuchung des rezenten Suizidgeschehens mit dem Ziel der Bereitstellung von vertieften, aktuellen Informationen für die künftige Suizidpräventionsarbeit im Land; gleichermaßen der Dachverband der sozialpsychiatrischen Vereine und Gesellschaften Steiermarks, dessen

Mitgliedsgesellschaften und Vorstand, namentlich den Obleuten PD Dr. Günter Klug und Mag. Leo Payr, hier ebenso herzlich gedankt sei. Besonderer Dank gilt dem Team der Einrichtung GO-ON Suizidprävention Steiermark: Mag. Sigrid Kripser als Projektleiterin und MMag. Dr. Verena Leutgeb als Leiterin des Kompetenzzentrums für Suizidprävention haben nicht nur das Zustandekommen der vorliegenden Studie mit ermöglicht, sondern auch im Rahmen der bestehenden Kooperation mit dem von mir geleiteten, mit der Durchführung dieser Studie beauftragten Forschungsinstitut Trinum wertvolle Informationen bereitgestellt.

Außerdem danke ich allen weiteren Vertreter\*innen und Mitarbeiter\*innen von Institutionen, Behörden und Unternehmen, die durch die Bereitstellung von spezifisch erbetenen Datensätzen die Durchführung der Untersuchung in der vorliegenden Form erst möglich gemacht haben - namentlich Hofrat DI Martin Mayer und DI Dr. Sigrid Kern, Referat für Statistik und Geoinformation der Steiermärkischen Landesregierung, Mag. Barbara Leitner, Statistik Austria, Mag. Alexander Grabenhofer-Eggerth, Abteilungsleiter für Psychosoziale Gesundheit der Gesundheit Österreich GmbH, Mag. Thomas Bergmair und Mag. Sophie Niedenzu MSc, Österreichische Ärztekammer, sowie Mag. Gerhard Wasner, MSc, Geschäftsführer der badok systems GmbH, die im Untersuchungszeitraum die den steirischen Psychiatrieberichten zugrundeliegende Datenbank betrieben hat.

Auch bin ich weiterhin all jenen Personen aus verschiedenen Disziplinen und Bereichen dankbar verbunden, die an den beiden Vorgänger-Studien zur nun vorliegenden Untersuchung in der einen oder anderen Weise mitgewirkt haben, und deren vollständige namentliche Aufzählung mir hier leider nicht möglich wäre.

Schließlich will ich an dieser Stelle auch dem Team des Departments für Psychotherapiewissenschaften der

Sigmund Freud Privatuniversität Linz - allen voran Univ.  
Prof. Dr. Thomas Stephenson als Departmentleiter -  
herzlich danken.

Markt Hartmannsdorf, September 2022  
Carlos Watzka

# Inhaltsverzeichnis

## **1. Einleitung**

- 1.1. Suizid in der Steiermark – ein massives Problem
- 1.2. Grundbegriffe epidemiologischer Suizidforschung
- 1.3. Internationale Epidemiologie des Suizids

## **2. Konzept, Methode und Durchführung**

- 2.1. Studiendesign und Datenstruktur
- 2.2. Datenquellen
- 2.3. Untersuchungseinheiten
- 2.4. Variable für die Analysen auf Bundesland-Ebene
- 2.5. Variablen für die Analysen auf Bezirksebene
- 2.6. Praktische und ethische Aspekte

## **3. Daten und Analysen zur Epidemiologie des Suizids in Österreich. Durchschnitte, Bundesländer-Differenzen und spezifische Befunde für Steiermark**

- 3.1. Suizide und Suizidraten 2000-19: Trends und Durchschnitte
- 3.2. Geschlecht als Risiko-/Protektivfaktor für Suizid. Österreich und Steiermark im Vergleich
- 3.3. Alter als Risiko-/Protektivfaktor für Suizid. Österreich und Steiermark im Vergleich
- 3.4. Familienstand als Risiko-/Protektivfaktor
- 3.5. Geburtsland und Staatsbürgerschaft als Risiko-/Protektivfaktor
- 3.6. Religionszugehörigkeit als Risiko-/Protektivfaktor
- 3.7. Sozialer Status als Risiko-/Protektivfaktor

- 3.8. Wohnortgröße als Risiko-/Protektivfaktor
- 3.9. Psychische/somatische Erkrankungen als Risikofaktoren
- 3.10. (Nicht-)Inanspruchnahme von medizinischpsychosozialen Versorgungsangeboten
- 3.11. Saisonale Verteilung, Methoden und Orte von Suiziden

#### **4. Daten und Analysen zur Epidemiologie des Suizids in Österreich: Regionale Differenzen auf Bezirksebene**

- 4.1. Methodische Vorbemerkungen
- 4.2. Gesamt-Suizidraten in den österreichischen Bezirken 2000-2019
- 4.3. Suizidraten der männlichen Bevölkerung nach Bezirken
- 4.3. Suizidraten der weiblichen Bevölkerung nach Bezirken
- 4.4. Aussagekraft des ermittelten Rückgangs von Suizidraten auf Bezirksebene
- 4.5. Multivariate Regressionsanalysen. Vorbemerkung.
- 4.6. Prüfung der statistischen Voraussetzungen
- 4.7. Multiple Regressionsmodelle - Ergebnisse
- 4.8. Die Stellung der Steiermark hinsichtlich der ermittelten Erklärungsvariablen

#### **5. Suizidpräventions-Aktivitäten und psychosoziale Versorgung in Steiermark 2010-19 - eine Evaluierung**

#### **6. Zusammenfassung**

#### **7. Verzeichnisse**

- 7.1. Abkürzungsverzeichnis
- 7.2. Quellenverzeichnis
- 7.3. Literaturverzeichnis

## **8. Anhang**

# **1. Einleitung**

## **1.1. Suizid in der Steiermark - ein massives Problem**

Die vorliegende Studie ist die dritte Untersuchung des Verfassers zu Häufigkeiten, Bedingungen und Ursachen von Selbsttötungen in Österreich, sowie im Speziellen in der Steiermark, die dankenswerterweise mit Unterstützung der Steiermärkischen Landesregierung durchgeführt werden konnte. Die erste, 2008 publizierte Studie (Watzka 2008) bezug sich auf den Untersuchungszeitraum 1995-2004, die zweite (Watzka 2015) auf die Jahre 2005-2009. Nunmehr steht das zweite Jahrzehnt des 21. Jahrhunderts, also die Jahre 2010 bis 2019 im Zentrum der Aufmerksamkeit, die Analysen beziehen aber, zu Vergleichszwecken, vielfach auch die Dekade 2000-09 ein.

Im Verlauf des letzten Jahrzehnts sind speziell in der Steiermark vielfältige Aktivitäten gesetzt worden, um die Suizidprävention in der Steiermark voranzutreiben – insbesondere durch die spezifisch zu diesem Zweck im Jahr 2011 gegründete, vom Land Steiermark finanzierte und vom Dachverband der sozialpsychiatrischen Vereine und Gesellschaften Steiermarks getragene Organisation „GO-ON“. Die genannten Forschungs- und Präventionsaktivitäten, sowie deren Unterstützung durch das Land Steiermark, waren und sind nicht zuletzt durch das Bewusstsein getragen, dass die Steiermark seit langem zu den „Hochrisikoregionen“ für Suizid innerhalb Österreichs zählt:

In Relation zur Bevölkerungszahl suizidierten sich hierzulande in den 1980er Jahren 15 % mehr Menschen als

im Österreich-Durchschnitt, in den 1990er Jahren knapp 20 %, und in den beiden letzten Dezennien sogar jeweils etwa 25 %. Gleichzeitig sind, und das ist positiv hervorzuheben, die Höhen der Suizidraten in Österreich insgesamt, und auch in der Steiermark im Speziellen, (nach einem Anstieg ab den 1970er Jahren) seit den 1990er Jahren wieder klar rückläufig (vgl. Watzka 2008, 19): Während sich in den 1980er Jahren im Österreich-Durchschnitt noch jährlich 27 von 100.000 Menschen selbst das Leben nahmen -und in der Steiermark 30 - waren es in den 1990er Jahren österreichweit 22 bzw. steiermarkweit 26, in den 2000ern aber ‚nur‘ mehr 17 (Ö) bzw. 21 (ST) und in den 2010er Jahren ca. 15 (Ö) bzw. 18.

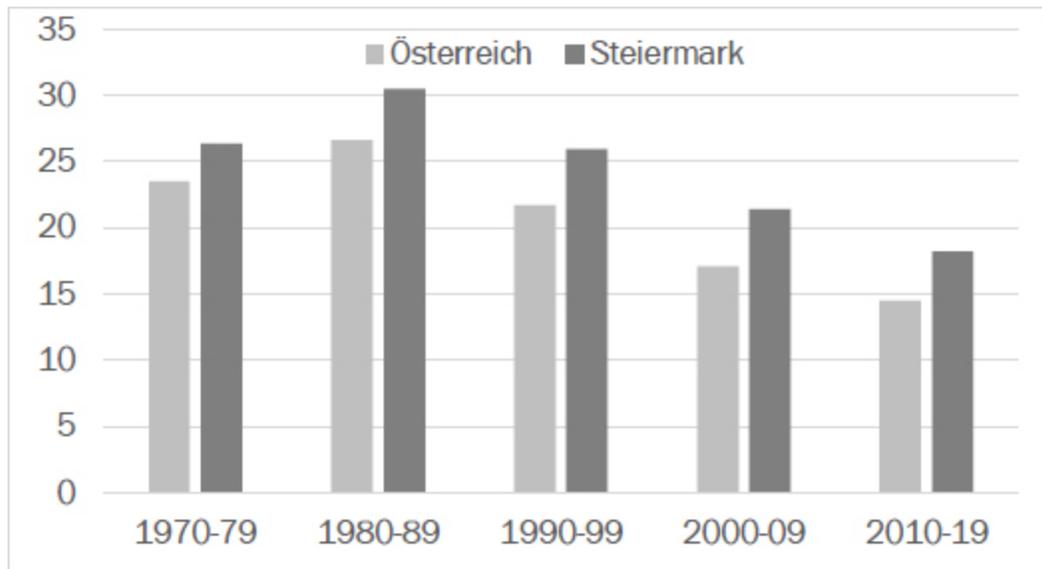
*Tab. 1: Suizidraten in Österreich nach BL, 1970-2019 - Diskrepanz der gesamtösterreichischen und der steirischen Suizidraten\**

Gebiet / Zeitraum	1970-1979	1980-1989	1990-1999	2000-2009	2010-2019
Österreich	23.5	26.6	21.7	17.1	14.5
Burgenland	19.9	22.7	17.3	14.2	12.4
Kärnten	26.2	30.6	23.5	20.8	19.1
Niederösterr.	23.7	25.4	20.9	16.2	15.1
Oberösterr.	23.6	25.3	21.3	16.5	13.9
Salzburg	24.2	27.0	23.8	18.4	15.1
Steiermark	26.3	30.5	25.9	21.4	18.2
Tirol	16.4	21.9	18.8	16.6	13.4
Vorarlberg	14.2	20.8	17.0	15.1	12.0
Wien	24.9	28.2	21.3	15.0	11.8
<i>Diff. SR Ö-ST</i>	<i>2.8</i>	<i>3.9</i>	<i>4.2</i>	<i>4.3</i>	<i>3.7</i>
<i>Diff. SR Ö-ST %</i>	<i>11.9</i>	<i>14.5</i>	<i>19.4</i>	<i>25.1</i>	<i>25.5</i>

\* Berechnung des Verfassers auf Basis der Todesursachen- und Bevölkerungsstatistik der Statistik Austria. Als Berechnungsgrundlage dienten

für den Zeitraum 1970 - 2000 die Jahresdurchschnitts-Bevölkerungszahlen, für die Phase ab 2001 die jeweiligen Jahresanfangs-Bevölkerungsdaten.

*Abb. 1: Veränderung der Suizidraten 1970-2019 im Vergleich*



Insgesamt kam es also sowohl in ganz Österreich, als auch in der Steiermark im Speziellen im Verlauf der letzten 4 Jahrzehnte erfreulicherweise zu einem ganz beträchtlichen Rückgang der Suizidhäufigkeiten, was zweifellos – neben anderen Faktoren – auch den in der Zwischenzeit ganz erheblich verbesserten Angeboten medizinischer, psychotherapeutisch-psychologischer sowie psychosozialer Behandlung bei seelischen Leiden und Krankheiten zu verdanken ist. Zugleich muss gesagt werden, dass die betreffenden Reduktionen in den Suizidraten in großen Teilen Österreichs höher ausfielen als in der Steiermark. Neben sozialstrukturellen Ursachen hierfür, auf die noch ausführlich eingegangen wird, spielt dabei wahrscheinlich auch ein weiterer Faktor eine sehr negative Rolle, nämlich der vergleichsweise immer noch ausgesprochen bescheidene Ausbaugrad spezifisch suizidpräventiver Versorgungsangebote:

Zwar ist mit der schrittweisen Etablierung der Initiative GO-ON in allen Bezirken der Steiermark im Verlauf des letzten Jahrzehnts ein ganz bedeutender „Meilenstein“ speziell im Hinblick auf suizidpräventive Informationsarbeit sowie Erhöhung von Sichtbarkeit und Umfang einschlägiger, „gemeindenaher“ Betreuungs- und Behandlungsangebote erreicht worden. Allerdings ist zum einen zu vermuten, dass sich dessen positive Auswirkungen erst langfristig – und damit vielfach erst in der Zukunft – in messbaren Beiträgen zur Reduktion der Suizidzahlen niederschlagen werden. Zum anderen fehlen in der Steiermark leider immer noch weitere zentrale Bestandteile einer zeitgemäßen, effizienz-orientierten Krisenintervention – obwohl zahllose Expert\*innen – international, national und regional – deren dringliche Bereitstellung mittlerweile seit Jahrzehnten fordern:

Allen voran ist diesbezüglich die Etablierung einer *professionell besetzten, und rund um die Uhr erreichbaren Krisenhotline mit Expert\*innen vor Ort* zu nennen, die idealerweise über ausreichend personelle Ressourcen verfügen, um nötigenfalls akut Suizidgefährdete im Anschluss an ein Erstgespräch auch *aktiv* an deren jeweiligen Wohn- oder Aufenthaltsorten *aufzusuchen* und eine Krisen-Erstintervention samt Abklärung des weiteren Vorgehens gemeinsam mit den Betroffenen durchführen zu können (vgl. Mishara/Daigle 2001; Lester 2002; Gould/Kalafat 2008; Watzka 2012a; Turley 2013).

Dass es sich hierbei keineswegs um eine „utopische“ Idee handelt, zeigt der Umstand, dass regional verankerte, professionelle 24-Stunden-Krisenhotlines mittlerweile nicht nur in vielen anderen Staaten in- und außerhalb Europas, sondern bereits in nahezu allen österreichischen Bundesländern bestehen. Lediglich Tirol, Vorarlberg und die Steiermark leisten sich – auch jetzt noch, inmitten einer psychisch für weite Teile der Bevölkerung höchst belastenden Ausnahmesituation, kein derartiges

Hilfsangebot, trotz dessen unzweifelhaft lebensrettender Wirksamkeit.

Diese Situation kann – jedenfalls von einem humanitären Standpunkt aus, den der Verfasser hier einzunehmen sich gestattet – gerade für die Steiermark angesichts der weiterhin massiv über dem Bundesdurchschnitt gelegenen Suizidzahlen im Bundesland, nur als Schande und schweres politisches und ethisches Versäumnis der Verantwortungsträger bezeichnet werden.

Es ist zu hoffen, dass dieses schwerwiegende Defizit wenigstens nun in baldiger Zukunft behoben wird; sowohl in den mit Gesundheitsfragen befassten Teilen der Landesverwaltung als auch bei den psychosozialen Vereinen und Institutionen, die ja als Träger und Durchführende einer solchen Krisenhotline primär in Frage kommen, ist zweifellos ausreichend Kompetenz und Bereitschaft zu einer zügigen Realisierung gegeben. Was, wie meist in solchen Angelegenheiten, fehlt, ist schlicht die Bereitstellung der finanziellen Ressourcen in ausreichender Höhe und mit langfristiger Perspektive durch die „öffentliche Hand“.

## **1.2. Grundbegriffe epidemiologischer Suizidforschung**

Hinsichtlich einer eingehenden Auseinandersetzung mit dem Begriff

„Suizid“ selbst kann hier auf die zahlreich vorliegende Fachliteratur verwiesen werden (vgl. Bronisch 2014, Schmidtke et al. 2004; Wolfersdorf/Bronisch/Wedler 2008; Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011, Sonneck et al. 2014);<sup>1</sup> gemeint ist mit „Suizid“ in der vorliegenden Studie, entsprechend der Definition der Weltgesundheitsorganisation stets „eine Handlung mit tödlichem Ausgang, die der Verstorbene mit Wissen und in Erwartung des tödlichen Ausgangs selbst geplant und

ausgeführt hat mit der Absicht, die [...] gewünschten Veränderungen herbeizuführen“ (Kelleher et al. 2000, 228), also eine intentionale und „erfolgreiche“ Selbsttötung. Diese tödlichen Handlungen bilden hier den Untersuchungsgegenstand; nicht tödlich endende Versuche von Selbsttötungen dagegen werden, wo überhaupt angesprochen, konsequent als „Suizidversuche“ oder „Parasuizide“ bezeichnet, und werden in den statistischen Analysen dieser Studie nicht berücksichtigt (dies schon wegen der bis dato sehr mangel- und lückenhaften Datenlage im Vergleich zu jener betreffend die „vollendeten“ Suizide). Entsprechend der obigen Definition sind auch Todesfälle, die auf mehr oder minder bewusst „risikofreudiges“ Handeln bzw. dauerhaft selbstschädigendes Verhalten zurückzuführen sind (z.B. massiver Drogenkonsum, riskantes Autofahren, Nicht-Einnahme von Medikamenten trotz Wissens um eventuell lebensbedrohliche Konsequenzen u.a.), aber nicht einen gezielten Selbsttötungsakt beinhalten, wie allgemein üblich aus der Betrachtung des Phänomens „Suizid“ ausgeklammert, trotz der unzweifelhaft gegebenen, erheblichen Schnittmengen sowohl in psychowie in soziologischer Hinsicht. Im vorliegenden Text ist weiters stets – synonym – von „Suizid“ oder „Selbsttötung“ die Rede; insbesondere die medial immer noch kursierenden Begriffe „Freitod“ und „Selbstmord“ sollten wegen ihrer massiv wertenden Konnotationen im wissenschaftlichen wie im öffentlichen Diskurs gemieden werden (vgl. Kettner/Gerisch 2004).

Auch die in der vorliegenden Studie zur Anwendung kommenden, epidemiologischen Fachbegriffe und Maßzahlen sollen gleich an dieser Stelle kurz expliziert werden (vgl. bes.: Gordis 2001; Bonita/Beaglehole/Kjellström 2008): Von grundlegender Bedeutung ist hierbei selbstredend die Anzahl der Selbsttötungen, die innerhalb einer bestimmten Population

in einem bestimmten Zeitraum auftritt. In Österreich wird diese - grundsätzlich für alle Ebenen der politischen Gliederung des Landes, also Gemeinden, Bezirke, Bundesländer und „Gesamtstaat“ - im Rahmen der Todesursachenstatistik von der Statistik Austria in Zusammenarbeit mit anderen Behörden, insbesondere Standesämtern und den statistischen Abteilungen der Landesverwaltungen erstellt und jährlich auch publiziert, wobei neben den räumlichen Zuordnungen insbesondere die demographischen „Basisvariablen“ Geschlecht und Alter eine differenzierende Berücksichtigung finden. Durch Inbezug-Setzung der jährlichen Suizidzahlen zu den jeweiligen Bevölkerungszahlen wird die Suizidrate ermittelt, die eine jährliche Inzidenzrate pro 100.000 Personen darstellt. Konkret bedeutet dies, dass, wenn etwa in der Steiermark im Verlauf eines Jahres insgesamt 200 Selbsttötungen behördlich registriert wurden (tatsächlich waren es 2019 201 Fälle), die resultierende Suizidrate („SR“) so errechnet wird (im Beispiel wird hier die Bevölkerungszahl  $z$  als genau 1,2 Millionen angenommen):

$$200 / 1.200.000 \times 100.000 = 200 / 12 = 16,67$$

Die so ermittelten Suizidraten werden nachfolgend entweder auf ganze Zahlen oder auf eine Zahl hinter dem Komma gerundet angegeben (z.B. „17“ bzw. „16,7“).<sup>2</sup> In der vorliegenden Studie werden vielfach auch Suizidraten für mehrjährige Zeiträume berechnet; diese sind *immer* als Durchschnittsraten der jährlichen Suizidraten angegeben (d.h. für einen Zehn-Jahres-Zeitraum mit 2000 Suiziden in der Steiermark würde die Rate gleichfalls als „16,7“ ausgewiesen, und nicht etwa - was grundsätzlich genau so richtig wäre - als „167“).

Erwähnt sei, dass die in dieser Form kalkulierten Suizidraten in der Literatur häufig auch als „rohe“ Suizidraten bezeichnet werden, was insofern eine unpassende Begriffswahl ist, als es sich hierbei um die

eigentlichen, grundlegenden Suizidraten handelt. In der epidemiologischen Forschung spielen allerdings – je nach konkretem Gebiet mit mehr oder weniger Recht – auch die sogenannten „standardisierten“ Raten eine beträchtliche Rolle; hierunter werden i.d.R. altersstandardisierte Raten („ASR“) verstanden. Im Prozess der „Altersstandardisierung“ werden die tatsächlichen Verhältniswerte im Hinblick auf eine fiktive „Standardpopulation“ hin „angepasst“, was insbesondere dazu dienen kann, Populationen mit sehr unterschiedlichen Alters-Strukturen im Hinblick auf ihre Betroffenheit von einem Phänomen unabhängig von den durch die Altersdifferenzen gegebenen Unterschiede vergleichbar zu machen.

Dies kann oftmals, auch in der Suizidforschung, sehr nützlich sein. Eine *ausschließliche* Verwendung von ASR hat jedoch den gewichtigen Nachteil, dass die resultierenden Werte für Nicht-Expert\*innen zumeist nicht mehr in ihrer konkreten quantitativen Bedeutung fassbar sind. Außerdem lag für den europäischen Bereich lange die Situation vor, dass die von internationalen Behörden etablierte „Europäische Standardbevölkerung“ einem demographischen Modell der 1970er Jahre entstammte, und damit die unter seiner Verwendung kalkulierten „altersstandardisierten Raten“ (welcher Phänomene auch immer) spätestens ab den 1990er Jahren von den tatsächlichen („rohen“) Suizidraten systematisch erheblich nach unten hin abwichen, sodass bei – regelmäßig vorkommender – fälschlicher Interpretation der ASR als „reale Raten“ die betreffenden quantitativen Dimensionen unterschätzt wurden (vgl. Watzka 2008, 29-31). Allerdings wurde diese Problematik mittlerweile durch die Publikation einer revidierten „Europäischen Standardbevölkerung 2013“ (siehe Europäische Kommission 2013) – einstweilen – weitgehend entschärft.

Für die vorliegende Studie wurden zumindest für die grundlegenden Maßzahlen stets sowohl SR als auch ASR kalkuliert und in die Darstellung mit aufgenommen, soweit nicht ohnehin alters- (und geschlechts-) spezifische Suizidraten („asSR“) zum Einsatz kamen, also Maßzahlen, die im Hinblick auf die Suizidhäufigkeit in einem bestimmten Alterssegment (und ggf. einem bestimmten Geschlecht) berechnet wurden. In diesen Fällen behebt („kontrolliert“) die altersspezifische Datenselektion das Problem etwaig differierender Altersstrukturen für Vergleiche unterschiedlicher Populationen (z.B. Österreich insgesamt und Steiermark alleine) unmittelbar – zumindest dann, wenn die Altersklassen ausreichend eng – als 5- oder 10-Jahres-Kohorten definiert sind. Auf die spezifischeren methodischen Aspekte der vorliegenden Studie wird gesondert in [Kapitel 2](#) eingegangen.

### **1.3. Internationale Epidemiologie des Suizids**

Im Kontext der hier vorliegenden Studie erscheint es nicht nötig, den inter- und transdisziplinären wissenschaftlichen Forschungsstand zum Phänomen Suizid insgesamt umfassend zu referieren. Einige grundlegende Einführungswerke wurden bereits genannt (für ein umfassendes, rezentes Gesamtmodell individueller Suizidalität vgl. außerdem: Cramer/Kapusta 2017).

Es erscheint aber angebracht, darauf hinzuweisen, dass die österreichische Gesellschaft insgesamt lange eine – im europäischen, aber auch im globalen Vergleich – sehr hohe Suizidalität aufwies: So galten zwar im 19. Jahrhundert die protestantisch dominierten Länder Europas den meisten einschlägig tätigen Gelehrten als stärker von Suiziden betroffen als die katholischen (Minois 1996; Baumann 2001) – so auch für Emile Durkheim, einen der „Gründerväter“ der modernen Soziologie, der gegen Ende

des Jahrhunderts mit „Le suicide“ das lange umfassendste und wirkmächtigste Werk zur Epidemiologie des „Selbstmords“ vorlegte (Durkheim 1897), wie zuvor bereits auch dem damals österreichischen Philosophie-Dozenten (und späteren ersten Präsidenten der Tschechischen Republik) Thomas Masaryk (Masaryk 1881) (vgl. Watzka 2020). Allerdings wiesen schon die vom italienischen Psychiater Enrico Morselli 1881 auf Basis der Daten der jeweiligen amtlichen Statistiken kalkulierten, langjährigen Suizidraten der „civilirten Staaten“ darauf hin, dass „Deutsch-Österreich“ – also die den Großteil auch des heutigen Österreich darstellenden Länder mit dominant deutschsprachiger Einwohnerschaft – im Hinblick auf dieses ‚soziologische Gesetz‘ eine Ausnahme darstellten (Morselli 1881, bes. 44): Diesen zufolge ergaben die berichteten Suizidzahlen in Österreich zwar um 1820 noch, im europäischen Vergleich, sehr niedrige Raten (ca. 3), bis in die 1870er Jahre waren die jährlichen Suizidraten hierzulande aber bereits auf 22 / 100.000 Einwohner\*innen angestiegen – und damit auf eine Größenordnung ähnlich der zur selben Zeit in den mittel- und norddeutschen Ländern oder auch für Frankreich berichteten Suizidraten (Preußen: 13; Mecklenburg 17; Oldenburg: 30; Sachsen 31; Frankreich: 15). An diesem Befund würde sich auch nichts ändern, wenn statt der bei Morselli berichteten in rezentere Studien kalkulierte Zahlen herangezogen werden: Laut Ortmayr schwankte die Suizidrate in Österreich – auf Basis der zeitgenössischen amtlichen Statistiken berechnet – in den Jahren 1873 bis 1879 zwischen 13 und 19 (Ortmayr 1990; vgl. Leidinger 2012, 485-489).

Für die Jahre kurz vor, während und nach dem ersten Weltkrieg berichtete sodann Maurice Halbwachs – ein weiterer prominenter Soziologe und Historiker – in seinem allerdings etwas in Vergessenheit geratenen Werk *Les Causes du suicide*, gleichfalls auf Basis amtlicher Daten,

für Österreich jährliche Suizidraten von 20 bis 24 - womit Österreich, gemeinsam mit der Schweiz, Deutschland und Frankreich in der Spitzengruppe einer internationalen Vergleichstabelle rangierte (Halbwachs 1930, 72). Für die Jahre bis 1930 konstatierte dann schon 1937 der deutsche Psychiater Raphael Weichbrodt in einer gleichfalls - schon aufgrund der politischen „Zeitumstände“ - eher wenig beachtet gebliebenen Monographie, ebenfalls auf Basis amtlicher Daten, dass „nun [1930] an erster Stelle [der internationalen Suizidstatistik] die Nachfolgestaaten von Oesterreich stehen, und zwar Oesterreich mit [einer Suizidrate von] 39,9, Ungarn mit 35, und die Tschechoslowakei mit 30,1“. (Weichbrodt 1937, 101).<sup>3</sup>

Hieran wird sich in den Folgejahren kaum etwas geändert haben, die Zeit der ‚großen Depression‘, des Ständestaates und des Nationalsozialismus brachte jedenfalls in Österreich davor und danach bis dato nie wieder erreichte Häufigkeiten von Selbsttötungen hervor.<sup>4</sup>

Bereits ein Jahr nach Ende des Zweiten Weltkriegs sanken die Suizidfrequenzen zwar drastisch ab und die amtlich registrierten, jährlichen Suizidraten blieben dann die gesamte Zeitspanne der 1950er bis 1970er Jahre hindurch im Bereich zwischen 20 und 25, dennoch zählte Österreich damit weiterhin im internationalen Vergleich zu den Hochrisiko-Ländern für Suizid - freilich unter weitgehender Ausblendung des osteuropäischen Raumes, für den aufgrund der politischen Lage keine verlässlichen Daten zur Häufigkeit von Selbsttötungen vorlagen. Eindrucksvoll wird diese bedrückende „Spitzenposition“ selbst noch in einer Graphik von Oliver Bieri sichtbar, welche für die gesamte zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts kalkulierte Mittelwerte der amtlichen Suizidraten von 25 ausgewählten europäischen bzw. ‚westlichen‘ Staaten vergleichend darstellt. Die österreichische Gesellschaft nimmt hier, gemeinsam mit Finnland, mit einer SR von ca.

24 den zweitschlechtesten Rang nach Ungarn ein (Bieri 2005, 124).

Allerdings, dies ist relativierend hinzufügen, ändert sich das betreffende Bild doch recht deutlich, wenn in die internationalen Vergleichsstatistiken auch mittelost- und osteuropäische Staaten in einem größeren Umfang mit einbezogen werden, was seit dem Ende der „staatssozialistischen“ Diktaturen ebendort um 1990 möglich wurde. Seither weisen insbesondere die von der WHO laufend auf Basis der Berichte nationaler Gesundheitsbehörden global aggregierten internationalen Suizid-Statistiken die Russische Föderation, Litauen, Lettland, Estland, Kasachstan, Weißrussland, Ukraine und Ungarn als diejenigen Staaten aus, deren amtlich berichtete Suizidhäufigkeiten mit jährlichen ASR zwischen 30 und 45 regelmäßig weit über denen aller anderen Länder Europas liegen, und damit auch weit über den für Österreich im Zeitraum ab 1990 ermittelten, (altersstandardisierten) Suizidraten, deren Maximum – für 1990 – bei knapp unter 20 lag (vgl. bes. Ritchie/Roser/Ortiz-Opsina 2021).

Auch in den ersten beiden Dekaden des 21. Jahrhunderts lag die jährliche Suizidfrequenz in Österreich aber im europäischen Vergleich meist auf einem der höheren Ränge, immerhin aber in ähnlicher Höhe wie etliche andere mittel- und ostmitteleuropäische Länder und weiterhin erheblich unter den für das Gebiet der ehemaligen Sowjetunion zu beobachtenden Zahlen (vgl. Gerngroß 2020b, 21).

Die Ursachen hierfür sind zweifellos komplex, und auch nicht Thema der vorliegenden Studie.<sup>5</sup> Es sei hier lediglich bemerkt, dass die eben skizzierte, im langfristigen historischen Verlauf im internationalen Vergleich besonders hohe Betroffenheit Österreichs von letaler Suizidalität einerseits durchaus zu denken gibt, was mögliche

spezifische Ursachen angeht<sup>6</sup> – und andererseits hierzulande doch wohl Anlaß zu besonders intensivem, staatlichem wie gesellschaftlichem Engagement für die Ziele der Suizidprävention sein sollte.<sup>7</sup>

- 
- 1 Der erste Teil dieses Abschnitts ist nahezu textident entnommen aus: Watzka, 2015, 19. Aktualisiert und um einige Angaben erweitert wurden die Literaturhinweise.
  - 2 So wird u.a. dem Umstand Rechnung getragen, dass eine völlig exakte Ermittlung der betreffenden ‚realen‘ Werte nicht möglich ist; eine Mehrzahl von Stellen hinter dem Komma verstellt häufig nur die klare Sichtbarkeit von Relationen und täuscht allenfalls eine Exaktheit vor, die bei sozialepidemiologischen Erhebungen nicht erreichbar ist.
  - 3 Der heute auch in der Suizidforschung weitgehend vergessene Autor wurde wenige Jahre später als „Nicht-Arier“ im KZ Mauthausen bzw. einem seiner Nebenlager ermordet
  - 4 Vgl. Ortmayr 1990; Watzka 2008a; Leidinger 2012, bes. 485-489. Die bis dahin höchste ermittelte Rate von 44 für 1932 ist als so reliabel und valide zu betrachten, wie die amtlichen Daten für andere Jahre; die gleich hoch angegebene amtliche Rate von 1938 ist mit stärkeren Unsicherheiten behaftet, da es plausibel scheint, dass sowohl „Umklassifizierungen“ von Morden in Suizide durch die neuen „Machthaber“, als auch Verschleierungen von tatsächlichen Suiziden als natürliche Todesfälle in diesem Jahr des „Anschlusses“ Österreichs an NS-Deutschland in größerer Zahl durchgeführt wurden. Erst recht gilt das, worauf schon Leidinger hinweist (Leidinger 2012, 262-264), für die offizielle Suizidrate für das Jahr 1945, die mit 66 ausgesprochen hoch ausfiel. Auch hier ist schwer abzuschätzen, in welchem Ausmaß Verschleierungshandlungen – vor allem im Rahmen der Todesursachenfeststellungen vor Ort – eine Rolle spielten – und in welche Richtung sich dies in der amtlichen Statistik verzerrend ausgewirkt haben könnte (Mancher Nazi-Funktionär lebte bekanntlich nach seinem „Suizid“ unter falschem Namen weiter, andere vermeintliche „Selbstmörder“ waren in den Wirren des Untergangs zweifellos Gewalttaten zum Opfer gefallen; umgekehrt war es aber in einer solchen Lage zweifellos auch einfacher als sonst, tatsächliche Selbsttötungen zu vertuschen, wenn dies etwa der betroffenen Familie oder Gemeinde ein (z.B. religiös motiviertes) Anliegen war. Vgl. zum Thema der Suizidalität in Österreich 1938-45: Sonneck/Hirnsperger/Mundschutz 2012.
  - 5 Hinzuweisen ist auf die immer noch nachwirkenden, massiven Traumatisierungen der osteuropäischen Bevölkerung durch die dort besonders intensive Betroffenheit durch Massenmorde und Terror sowohl durch die NS-Besatzer als auch durch den stalinistischen Terror während und nach dem Zweiten Weltkrieg. Vgl. bes. Snyder 2013.