



# Vorarlberger Suizidbericht 2019

## Männerdepression / Männersuizid

### Verfassende

Prim. Dr. Albert Lingg  
Prim. Prof. Dr. Reinhard Haller  
MMag. Dr. Isabel Bitriol-Dittrich

# Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung .....	3
2. Vorarlberger Suizidzahlen 2019 .....	4
Suizidraten .....	5
Geschlechtsverteilung .....	6
Altersverteilung .....	8
Verkehrstote und Suizide in Österreich .....	10
3. Schwerpunktthema – Männerdepression /-Suizid .....	12
4. Hilfreiche Links .....	15

## 1. Einleitung

In diesem Jahr hat sich die Erstattung unseres seit 1987 jährlich veröffentlichten Vorarlberger Suizidberichts verzögert, da die STATISTIK AUSTRIA ihre Daten aufgrund Überlastung später frei gab. Auf ihre Daten sind wir zur Darstellung der Entwicklung der Suizidzahlen in unserem Bundesland und Gesamtösterreich angewiesen, jene aus dem aks-Suizidregister können bekanntlich immer nur in der Zusammenschau von 5- oder 10-Jahresperioden zu spezifischeren Analysen herangezogen werden. Wir verweisen dazu etwa auf den Suizidbericht 2018, der eine Analyse des aks- Suizid- Registers 1998-2017 enthielt.

Zur vielfach gestellten Frage, welche Auswirkung die „Coronakrise“ auf die Suizidhäufigkeit hat, kann erst im kommenden Jahr Bezug genommen werden. In der starken Verunsicherung unserer Tage muss hier besonders vor kurzschlüssigen oder reißerischen Meldungen gewarnt werden; so hatten etwa mehrere Webseiten behauptet, die Suizide in Berlin seien seit Beginn der Corona-Maßnahmen um 300% gestiegen, was sich jedoch nur auf eine bestimmte Suizidmethode bezog – im Ganzen stellte es sich also als irreführend heraus, waren etwa in Berlin in besagtem Zeitraum die Notrufe wegen mutmaßlicher suizidaler Handlungen im Vergleich zum Vorjahr sogar gesunken! Die Erhebungen in mehreren deutschen Bundesländern haben bis Sommer jedenfalls noch keinen von Experten befürchteten Anstieg der Suizidrate gezeigt.

Nun wissen wir allerdings, dass sowohl bei der Großen Depression im Jahr 1929 als auch bei der Finanzkrise 2008 eine Steigerung der Suizidzahlen mit einer Verzögerung auftrat, dies vor allem bei Menschen, die in Existenznöte gerieten oder bereits psychische Vorerkrankungen aufwiesen. Diese Gefahr wird in den kommenden Monaten, wenn nicht Jahren, alle in der Krisenhilfe und Suizidprophylaxe engagierten Menschen besonders herausfordern!

Wesentlich ist ferner die Sensibilisierung weiter Kreise der Bevölkerung, der die Präsentation des jährlichen Berichts auch dienen soll! Suizidverhütung lässt sich bekanntlich nicht allein an Experten oder Programme delegieren, sondern beginnt bei der Bereitschaft jedes Einzelnen, Krisen und Gefährdungen Betroffener ernst zu nehmen, bei Hilferufen nicht weg zu hören und nach Möglichkeit Hilfen zu vermitteln.

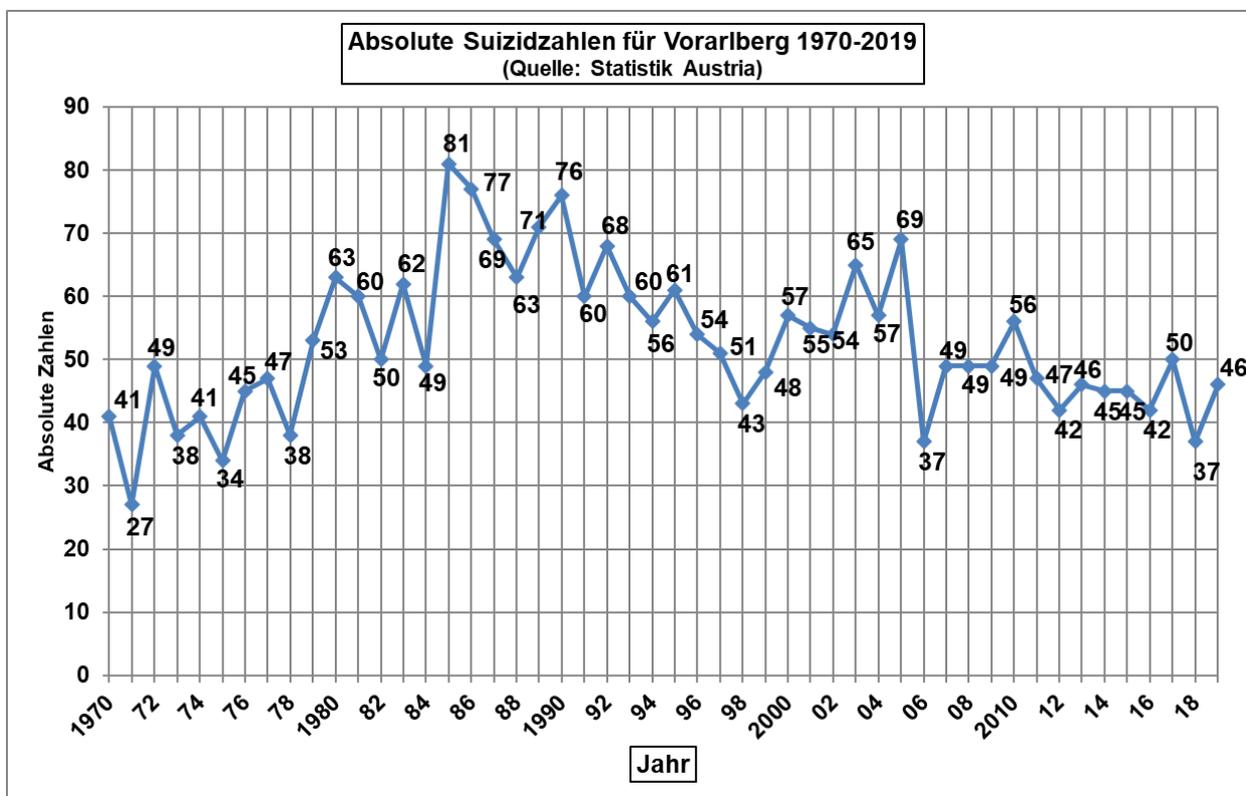
Unser diesjähriges Schwerpunktthema ist der Männergesundheit gewidmet und hier den zuletzt mehr beachteten Besonderheiten der Depressionen von Männern sowie ihren deutlich höheren Suizidzahlen.

Hilfreiche Links zu verschiedenen Themen um den Suizid sind am Schluss angeführt.

## 2. Vorarlberger Suizidzahlen 2019

Im Jahr 2019 wurden in Vorarlberg **46 Suizide** registriert. Damit weist unser Bundesland erneut eine vergleichsweise erfreulich niedrige Zahl auf. Bekanntlich geht nach einem Höchststand Mitte der 80er Jahre die Zahl der Selbsttötungen **in ganz Österreich** anhaltend zurück: wurden etwa 1986 national noch 2139 Suizide registriert, waren es im vergangenen Jahr **1113**, im Jahr 2018 noch 1219. Das bedeutet mehr als eine Halbierung der Selbsttötungen in diesem Zeitraum! Dazu geholfen haben sicher die Enttabuisierung des Suizidthemas, das Einrichten leichter zugänglicher Beratungs- und Behandlungsstellen, bessere Behandlungsmöglichkeiten vor allem depressiver aber auch anderer psychischer Erkrankungen mit hohem Suizidrisiko, die verbesserte Notfallversorgung nach Suizidversuchen, ferner ein verantwortungsvoller Umgang der Medien mit der Thematik. Die Bedeutung eines verlässlichen sozialen Auffangnetzes wird sicher in den kommenden Jahren von besonderer Wichtigkeit werden, wenn es nämlich gilt, die durch die sozioökonomischen Verwerfungen nach Corona solidarisch aufzufangen!

Abb. 1: Absolute Suizidzahlen für Vorarlberg 1970-2019 (Quelle Statistik Austria)

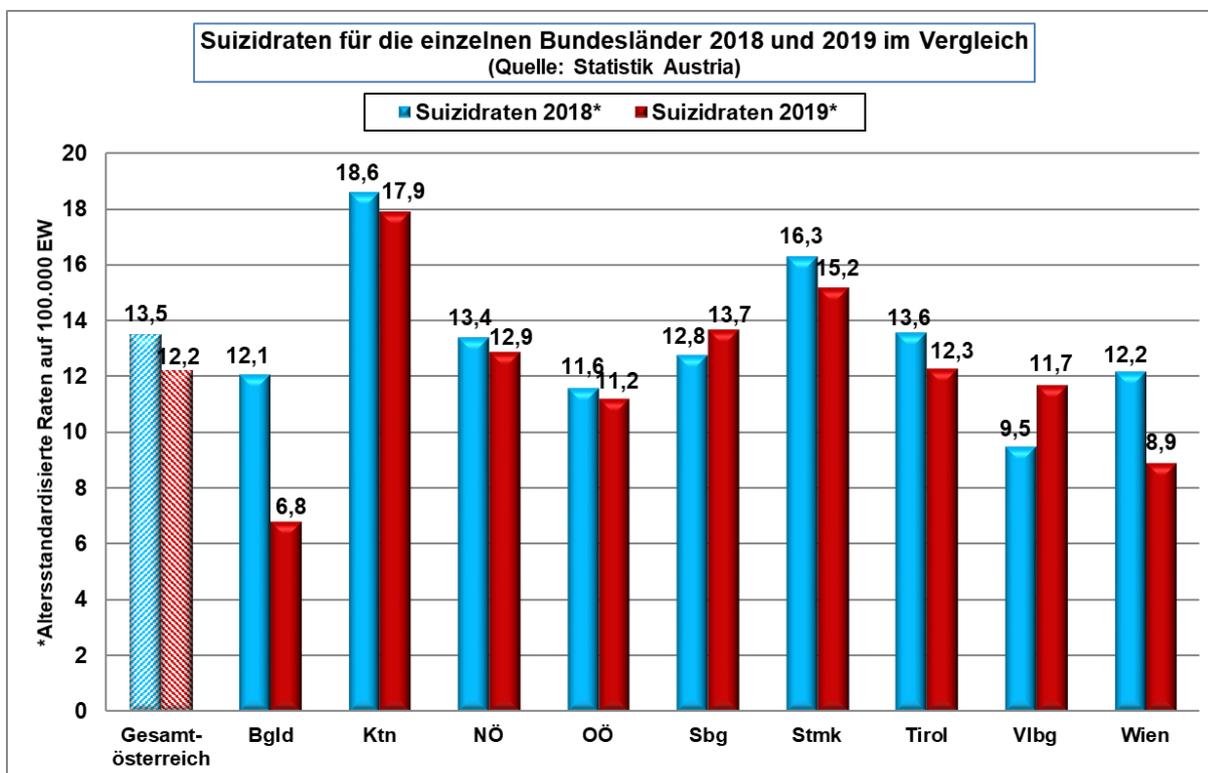


Schwankungen von Jahr zu Jahr, wie sie im folgenden Bundesländervergleich noch deutlicher aufscheinen, sind schwer zu erklären. Mutmaßungen, es bestehe wohl eine hohe Dunkelziffer, können wie folgt entkräftet werden: Weil früher noch wesentlich stärker tabuisiert, wurden Suizide in zurückliegender Zeit sicher häufiger versteckt; auch hinter Berg-, Auto- oder Drogenunfällen können sich aufgrund der dort vorliegenden Zahlen nicht so viele Suizide verbergen, dass dies die Schwankungen von Jahr zu Jahr oder – wie auch gelegentlich angenommen - den deutlichen Rückgang der Suizidzahlen erkläre.

## Suizidraten

Absolute Zahlen müssen stets mit der Einwohnerzahl in Beziehung gesetzt werden, so ist die **Suizidrate**, d. h. die Zahl der Suizide / 100.000 Einwohner, aussagekräftiger. Lag die Rate Mitte der 80er Jahre auch in Vorarlberg noch deutlich über 20, liegt sie 2019 mit 11,7 knapp unter dem gesamtösterreichischen Schnitt von 12,2. Das von der WHO um die Jahrtausendwende ausgegebene Ziel, die Suizidrate unter 15 zu drücken, wurde damit in Österreich wieder erfüllt.

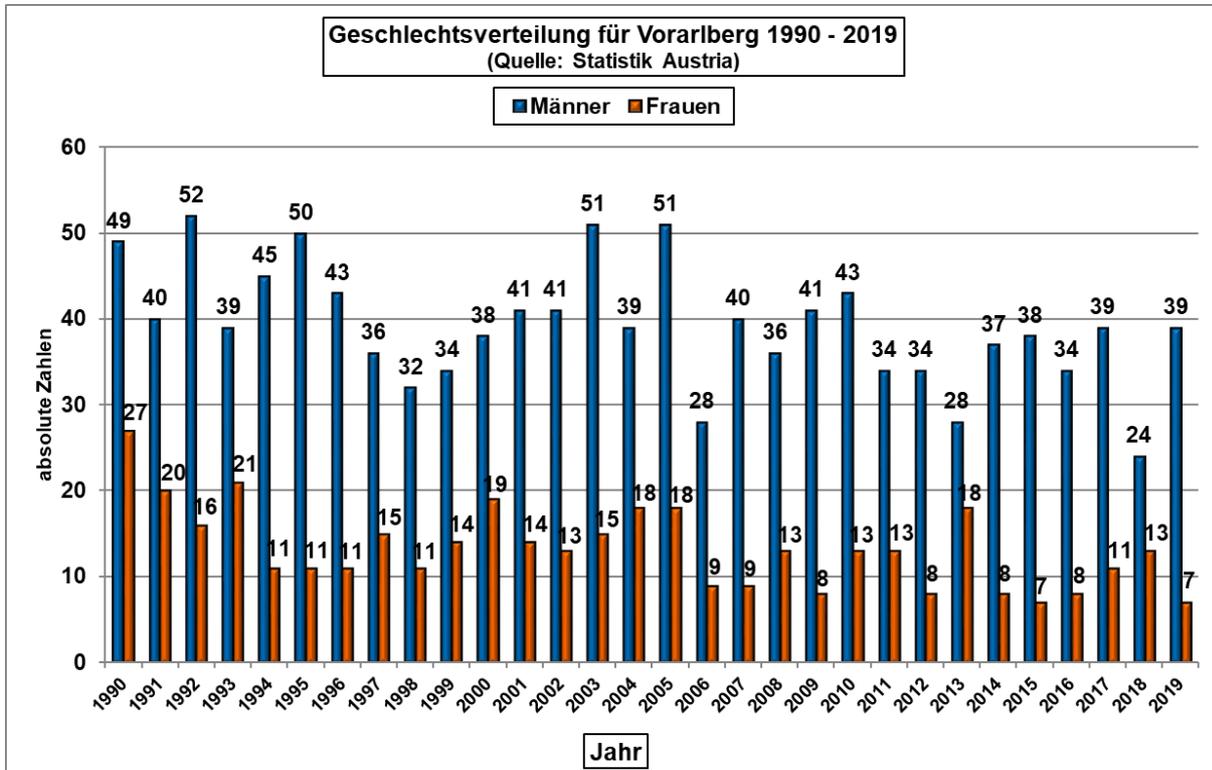
Abb. 2: Suizidraten 2018/19 für die einzelnen Bundesländer (Quelle: Statistik Austria)



## Geschlechtsverteilung

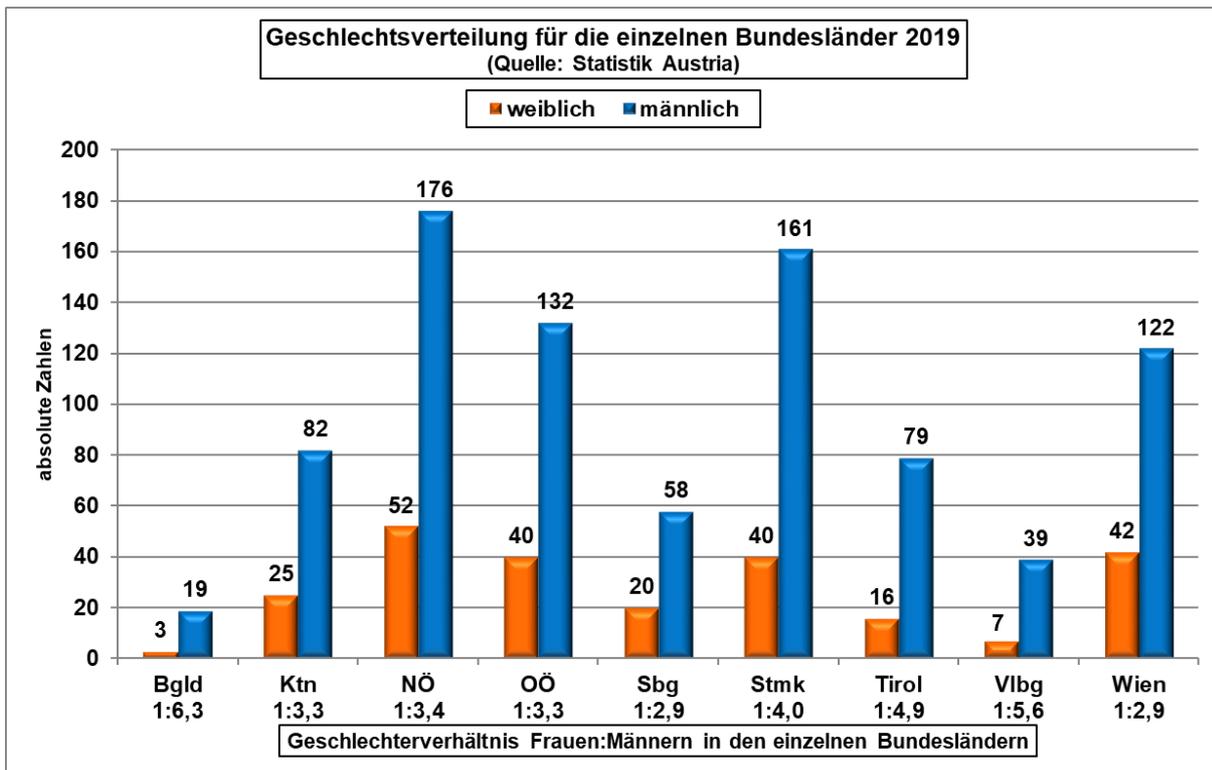
Das Jahr 2019 weist für unser Bundesland ein besonders deutliches **Überwiegen der Männer** auf: Das auch international meist berichtete 3-4:1 Verhältnis männlicher zu weiblichen Suiziden liegt hier nun **bei fast 6:1**. Selbsttötungen bei Männern sind bekanntlich besonders im Zusammenhang mit Kurzschlussreaktionen (Kränkungen in Partner- oder Familienkrisen, Probleme am Arbeitsplatz u. ä.) und im Rahmen von Suchtkrankheiten zu finden. Auch diese Verhältniszahl schwankt von Jahr zu Jahr, doch veranlasst uns dieser aktuelle Befund, diese Problematik im Schwerpunktthema näher zu betrachten und auf das mitunter schwierige Erkennen von Depressionen bei Männern hinzuweisen.

Abb. 3: Geschlechtsverteilung 1990 bis 2019 in Vorarlberg (Quelle: Statistik Austria)



7

Abb. 4: Geschlechtsverteilung nach den Bundesländern 2019 (Quelle: Statistik Austria)



## Altersverteilung

Die Betrachtung der **Altersverteilung** in einem bestimmten Beobachtungsjahr ist aufgrund der (für statistische Berechnungen) kleinen Zahlen schwierig; hier sind wir auf Analysen längerer Zeiträume und dann Einrechnung der Jahrgangsstärken angewiesen.

2019 wurde in Vorarlberg kein Kindersuizid registriert. Betroffen sind besonders Männer mittleren Alters. Im Vergleich der beiden Vorjahre sind in den Altersgruppen starke Unterschiede auffällig, auch hier verbietet sich der kleinen Zahlen wegen eine Interpretation. Es muss auch berücksichtigt werden, dass wir es hier mit den „starken Jahrgängen“ zu tun haben. Das sog. „Ungarische Muster“ (Zunahme der Suizide mit dem Lebensalter) zeichnet sich österreichweit nicht mehr so deutlich wie früher ab.

**Abb. 5: Suizidfälle nach Alter in Vorarlberg 2019 (Quelle: Statistik Austria)**

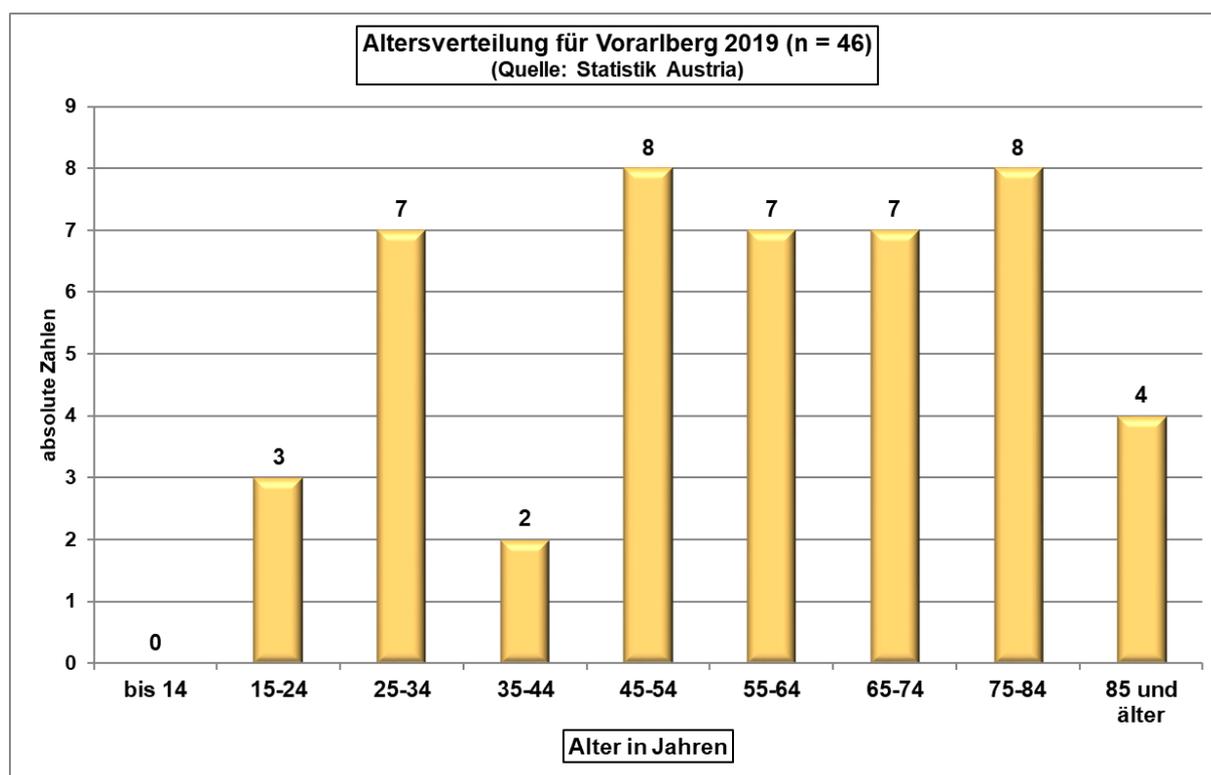
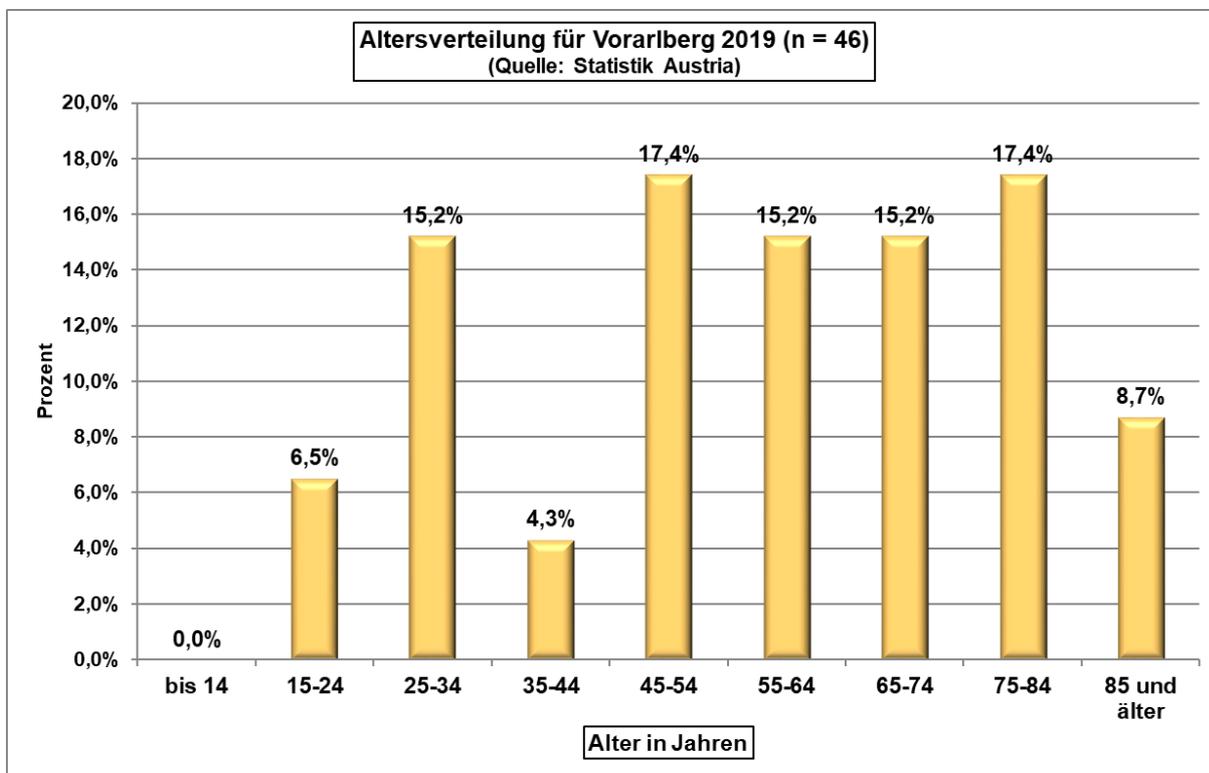
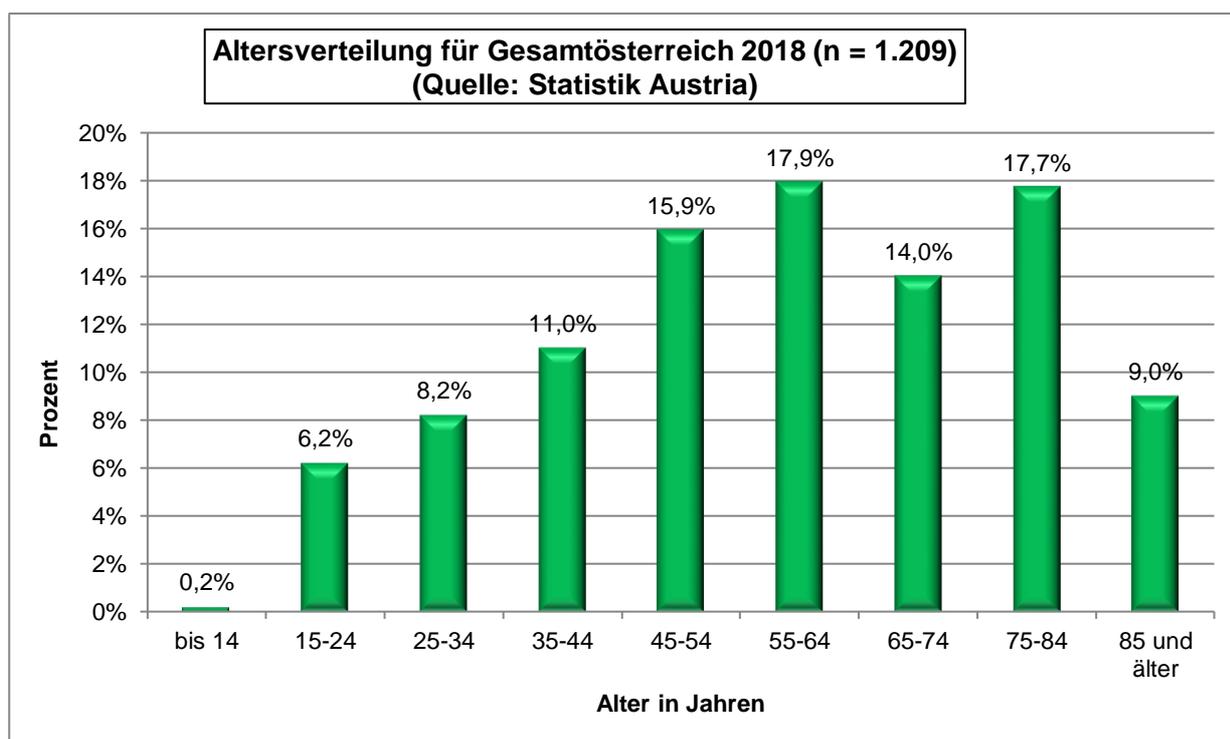


Abb. 6: Suizidfälle nach Alter in Vorarlberg 2019 in % (Quelle: Statistik Austria)

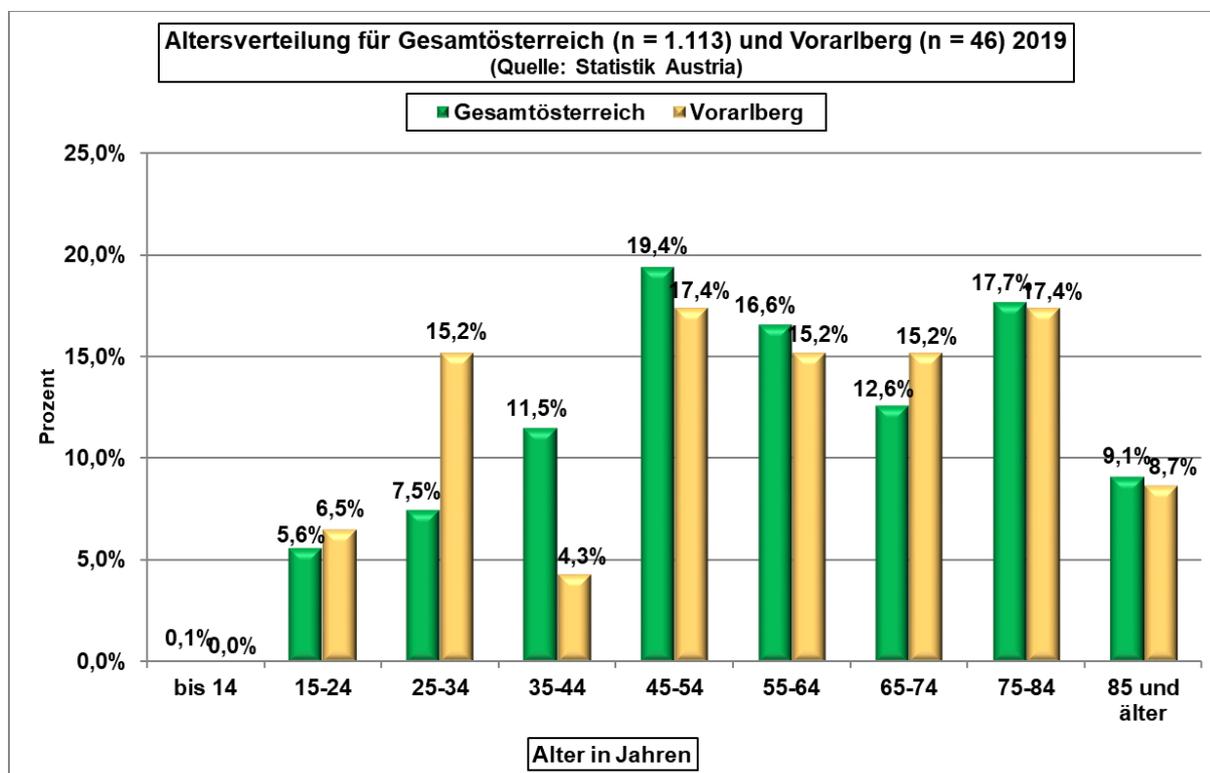


9

Abb. 7: Altersverteilung der Suizidfälle 2018 in ganz Österreich (in Prozentzahlen)



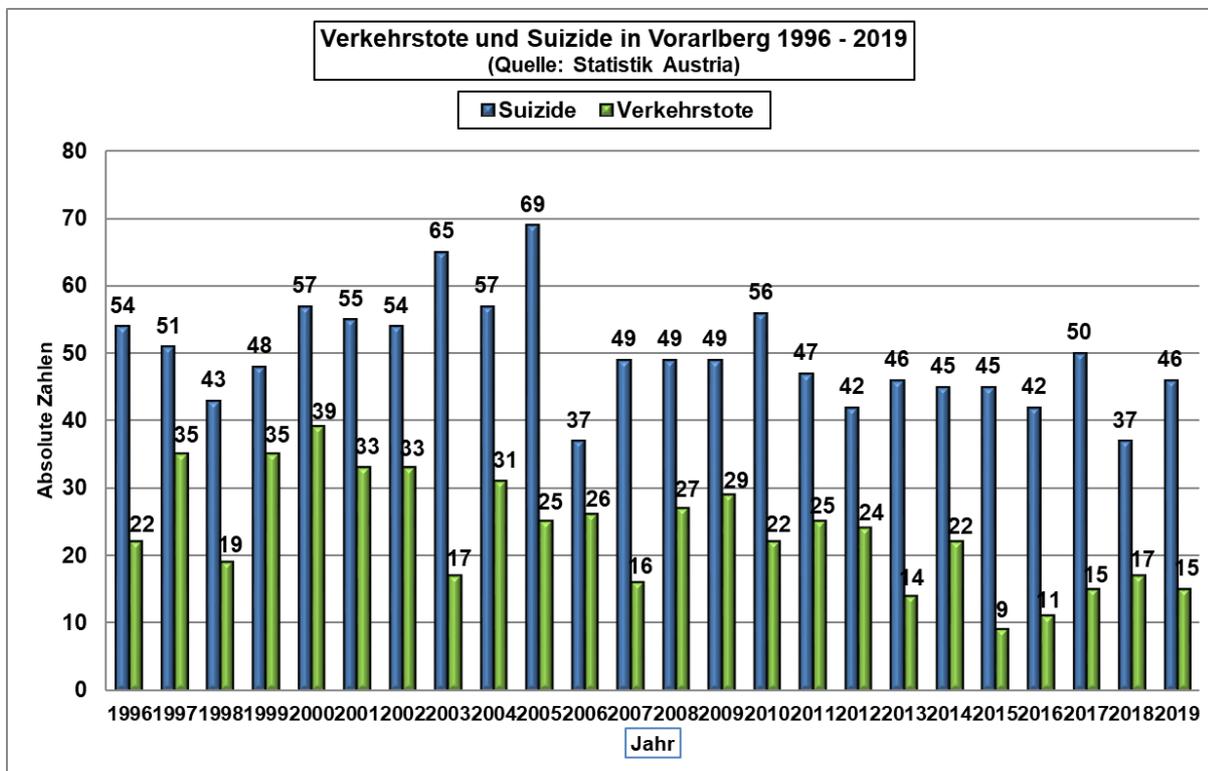
**Abb. 8: Altersverteilung der Suizidfälle in Vorarlberg und Gesamtösterreich 2019 (in Prozentzahlen)**



## Verkehrstote und Suizide in Österreich

Wenn wir immer auch den Vergleich registrierter Verkehrs- und Suizidopfer über die Jahre anschaulich machen, dann vor allem um aufzuzeigen, wie wirkungsvoll Vorsorgemaßnahmen da wie dort sind, aber auch wieviel naturgemäß schwieriger dies im Falle der Suizidverhütung ist. Überwogen früher die Verkehrstoten bei weitem (anfangs der 70er Jahre in Österreich noch fast 3000 Verkehrstote pro Jahr!), hat sich dies seit langem gedreht (2019 waren es 410). Auch die Suizidzahl ließ sich die letzten 4 Jahrzehnte halbieren – übersteigt jedoch Jahr um Jahr jene der Verkehrstoten. Vorsorge ist also hier wie da möglich, Suizidverhütung ist weit schwieriger.

Abb. 9: Suizide und Verkehrstote in Vorarlberg 1996-2019 (Quelle: Statistik Austria)



### 3. Schwerpunktthema: Männerdepression /-Suizid

Die Gendermedizin bemüht sich die letzten Jahre verstärkt um die geschlechtsspezifische Erforschung und Behandlung von Krankheiten. Im somatischen Bereich interessieren schon lange die unterschiedliche Lebenserwartung von Mann und Frau, die verschiedenen Häufigkeiten und Ausdrucksformen zahlreicher körperlicher Erkrankungen und das mitunter unterschiedliche Ansprechen auf Behandlungen. Wir nehmen hier die psychischen Störungen und dort die Krankheit mit der höchsten Suizidalität, die Depression und die fast weltweit registrierte Dominanz der Männer bei Selbsttötungen in den Fokus.

Das Ganze ist nicht neu, hat jedoch lange nicht die gebührende Beachtung in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis gefunden. Dabei wird etwa die doch deutlich niedrigere (-5 Jahre) Lebenserwartung der Männer neben genetischen Faktoren nach heutigem Wissenstand vor allem auch mit verhaltens- und umweltbezogenen Einflüssen (Betroffenheit von kardiovaskulärer Mortalität, Unfällen, Suiziden, Suchtfolgen...) erklärt. Die immer wieder bestätigte [Geschlechterdifferenz in den Depressionsraten](#) ist bis heute nicht restlos geklärt. Einerseits wird zwar für die bipolare affektive Störung eine etwa gleiche Betroffenheit der Geschlechter, für die depressive Störung jedoch ein Morbiditätsrisiko über Lebenszeit bei Männern von ca. 10%, bei Frauen von ca. 23% erhoben. Dafür verantwortlich gesehen werden vor allem die stärkeren Hormonschwankungen in Zusammenhang mit reproduktiven körperlichen Vorgängen beim weiblichen Geschlecht, jedoch auch gesellschaftliche Gründe, das höhere Risiko eine Traumatisierung zu erleiden oder noch bestehende Diskriminierungen von Frauen in manchen Bereichen.

Eine Depression kann aufgrund sehr unterschiedlicher Faktoren entstehen und die diagnostische Zuordnung (vornehmlich dispositionell, körperlich, stressbedingt u.a.) dann schwierig geraten; auch verstecken sich nicht wenige Depressionen hinter ihren Folgen, häufig Abundanz von Alkohol oder Drogen, letzteres vor allem bei Männern, wonach ihre

Betroffenheit höher zu veranschlagen wäre! Oft werden gerade von Männern schwere Depressionen dem gesellschaftlich besser akzeptierten Begriff des „Burnout“ zugeordnet.

Noch mehr beachtenswert sind [geschlechtsspezifische Unterschiede in der vorherrschenden Symptomatik](#), worauf übrigens schon die Mystikerin Hildegard von Bingen im 12. Jhdt. in ihrem Werk „Causae et Cure“, nämlich den eher „zornigen Charakter“ melancholischer Männer, hinwies. Männer reagieren allgemein eher auf der Verhaltens- als der emotionalen Ebene, etwa durch Hyperaktivität, Aggressivität oder riskantes Verhalten und setzten häufiger Alkohol als Spannungslöser ein.

VOLKER FAUST weist vor allem auf den vermehrten sozialen Rückzug, das Abstreiten von Kummer und Freudlosigkeit, berufliches Überengagement (das mit Klagen und Stress maskiert wird), eine rigide Forderung nach Autonomie („In Ruhe gelassen werden“), verzögerte Inanspruchnahme von Hilfe („Ich kann das schon alleine“), abnehmendes oder zunehmendes sexuelles Interesse, zunehmende Intensität und Häufigkeit von Ärgerattacken, vermehrten bis exzessiven Alkohol- und/oder Nikotin- bzw. TV- oder Sportkonsum bei depressiven Männern hin; ferner finden sich auch ausgeprägte Selbstkritik, bezogen auf vermeintliches Versagen, das Zuschieben der Verantwortung für eigene Probleme an andere, verdeckte oder offene Feindseligkeit, Unruhe und Agitiertheit sowie Konzentrations-, Schlaf- und Gewichtsprobleme.

[Daraus resultiert der Rat, direkt nach Freudlosigkeit, Gereiztheit, Versagensgefühlen, Perspektiv- und Hoffnungslosigkeit zu fragen, auch wenn diese Beschwerden zunächst im Hintergrund bleiben oder gehalten werden!](#)

All dies findet inzwischen nach und nach mehr Beachtung in der Ausbildung und im praktischen Vorgehen von Behandlern, diesbezügliche Aufklärung breiter Art könnte allerdings vor allem auch Betroffene wie ihre Umgebung [auf die Spur nicht einfach erkennbarer depressiver Zustände](#) bringen. Nachdem Depressionen verschiedener Genese mit besonders hohem Suizidrisiko belastet sind, kann deren Erkennung und konsequente Behandlung Suizide verhindern!

Die erhöhte Suizidrate bei geringerer Suizidversuchsrate bei Männern im Vergleich zu Frauen wird wissenschaftlich als Gender Paradox diskutiert (WOLFERSDORF, M. & PLÖDERL, M. 2016). Paradox erscheint dabei besonders, dass der Suizidversuch als stärkster Prädiktor für künftige Suizide gilt und demnach Frauen eine höhere Suizidrate als Männer aufweisen müssten. Als Erklärungsansätze werden folgende **suizidfördernde Faktoren bei Männern** angeführt:

- Verwendung härterer Suizidmethoden, dadurch Überlebenschancen verringert
- Weniger Hilfesuchverhalten, Männer verbalisieren ihr Leiden seltener und haben eine niedrigere Behandlungsbereitschaft
- Dysfunktionelle Bewältigungsstrategien: Etwa Alkoholkonsum als Selbstbehandlungsversuch; kann letztlich auch letzte Hemmungen beseitigen
- Auffälligkeiten in Krisen und bei Trennungen: Trennungen oder Tod der Partnerin sowie allein lebend zu sein werden bei Männern schlechter toleriert; Männer haben häufig weniger emotional stützende Alternativressourcen, verlieren bei Trennungen häufiger auch ihre Kinder sowie ihr Zuhause
- Geringerer Schutz „Elternschaft“: Unter Umständen geht Muttersein im Vergleich zu Vatersein mit einem höheren Gefühl der Verbundenheit einher. Das Gefühl der Verbundenheit stellt dabei einen entscheidenden Schutzfaktor gegen Suizid dar.
- Männliche Stereotype: Mit der sozialgeprägten Geschlechterrolle ist ein Suizid bei Männern leichter vereinbar als ein Suizidversuch, was die Durchführung suizidaler Handlungen prägt. Auch werden Misserfolge im Beruf bei Männern stärker als bei Frauen mit sozialem Versagen assoziiert. Die Folgen der Wirtschaftskrise von 2008 (Verlust des Arbeitsplatzes sowie finanzieller Ressourcen) soll hauptsächlich bei Männern im Arbeitsalter zu einer erhöhten Suizidrate geführt haben.

## 4. Hilfreiche Links

<http://www.suizidpraevention.at/pdf/suizidpraeventionsplan.pdf>

Univ.-Prof. Dr. Gernot Sonneck, Dr. Thomas Niederkrotenthaler  
Institut für Medizinische Psychologie,  
Zentrum für Public Health, Medizinische Universität Wien;  
Ludwig Boltzmann Institut für Sozialpsychiatrie

[file:///C:/Users/Toshiba/Downloads/Suizidbericht%202019%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Toshiba/Downloads/Suizidbericht%202019%20(2).pdf)

Suizid und Suizidprävention in Österreich Bericht 2019 / BM Soziales, Gesundheit,  
Pflege und Gesundheitsschutz

[http://www.suizidforschung.at/statistik\\_suizide\\_oesterreich.pdf](http://www.suizidforschung.at/statistik_suizide_oesterreich.pdf)

Ursachen für den Rückgang der Suizidraten 2010 / Dr. Nestor Kapusta

<http://www.suizidprophylaxe.de/>

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention

<https://www.supro.at/wissenswertes/suizidpraevention/wissenswertes/wie-soll-ich-mich-verhalten-wenn-jemand-suizidgedanken-aeussert>

SUPRO Stiftung Maria Ebene

15

<https://www.suizidpraevention.at/pdf/leitfaden.pdf>

LEITFADEN ZUR BERICHTERSTATTUNG ÜBER SUIZID

<https://www.gesundheit.gv.at/leben/suizidpraevention/hinterbliebene/erste-hilfe>

ERSTE HILFE FÜR HINTERBLIEBENE NACH SUIZID

[http://www.kriseninterventionszentrum.at/wp-content/uploads/2018/03/Nach-Suizid\\_Online\\_Doppelseiten.pdf](http://www.kriseninterventionszentrum.at/wp-content/uploads/2018/03/Nach-Suizid_Online_Doppelseiten.pdf)

TABUTHEMA SUIZID – Wenn ein nahestehender Mensch sich das Leben genommen hat

<http://www.lebensraum-bregenz.at/selbsthilfegruppen/gespraechsrunde-hinterbliebene-nach-suizid/>

SELBSTHILFE VORARLBERG – HINTERBLIEBENE NACH SUIZID

<https://www.suizidpraevention.at/pdf/selbsthilfe.pdf>

Selbsthilfegruppen für Hinterbliebene nach Suizid in Österreich Österreichische  
Gesellschaft für Suizidprävention - [www.suizidpraevention.at](http://www.suizidpraevention.at)