

Gesundheitsberichterstattung Berlin

Statistische Kurzinformation 2007 - 1
Zur Suizidhäufigkeit in Berlin 1991 - 2005

von
Anita Kis
Dr. Sabine Hermann

Herausgegeben und bearbeitet von der
Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz

Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister,
Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme

Berlin, Januar 2007
ISSN 1863-9305

Verfasserinnen: Anita Kis
Dr. Sabine Hermann

Redaktionsschluss: Januar 2007
Internetadressen und Referatsbezeichnung aktualisiert im Dezember 2007.

Herausgeber: Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz
Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister,
Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme
Prof. Dr. Gerhard Meinschmidt
Oranienstraße 106, 10969 Berlin
ISSN 1863-9305

Telefon: (030) 9028 2660
Telefax: (030) 9028 2067
E-Mail: Gerhard.Meinschmidt@senguv.verwalt-berlin.de
Homepage: <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html>

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet.

Jährlich nehmen sich in der Bundesrepublik Deutschland rund 10.700 Menschen das Leben

Suizide zählen zu den nichtnatürlichen Todesursachen, die sich auf äußere Ursachen beziehen. Neben Selbsttötungen, Mord und Totschlag gehören alle Todesfälle infolge von Verletzungen und Vergiftungen (Kfz.-Unfälle, häusliche Unfälle etc.) in die Kategorie der nichtnatürlichen Todesursachen. Der Anteil der nichtnatürlichen Todesfälle an der Gesamtmortalität beträgt insgesamt etwa vier Prozent. Bei unter 65-Jährigen geht jedoch mehr als jeder zehnte Todesfall zu Lasten einer unnatürlichen Todesursache. Innerhalb der Gruppe der nichtnatürlichen Todesfälle hat der Suizid die größte gesundheitsrelevante Bedeutung. Sein Anteil an allen nichtnatürlichen Todesursachen liegt bei 40 %. Von einer Dunkelziffer begleitet nahmen sich in der Bundesrepublik Deutschland im Zeitraum von 2003 bis 2005 im Durchschnitt per anno 10.700 Personen (davon etwa 2.800 Frauen) das Leben.

Valide Angaben zu suizidalen Handlungen ohne Todesfolge existieren kaum. Aus den umfangreichen Veröffentlichungen der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention ist zu entnehmen (DGS - www.suizidprophylaxe.de), dass die Zahl ernsthafter Suizidversuche um ein Vielfaches über der der Selbsttötungen liegt. Über zwei Drittel derjenigen, die einen Suizidversuch unternehmen sind weiblichen Geschlechts.

Für Patienten, bei denen aufgrund suizidaler Handlungen ein stationärer Krankenhausaufenthalt notwendig wird, werden als Behandlungsanlass aus datenschutzrechtlichen Gründen im Rahmen der Krankenhausdiagnosedaten lediglich die Folgen von Verletzungen (wie etwa nach Stürzen aus der Höhe oder nach zugefügten Schnittwunden) und Vergiftungen (z. B. durch Sedativa und Hypnotika) angegeben. Seit 2003 kann zwar eine Zusatzinformation „Selbsttötungsversuch“ im Rahmen der Kodierung nach dem Fallpauschalensystem als Sekundär - bzw. Nebendiagnose verschlüsselt werden. Derzeit dürfen jedoch diese so genannten „DRG-Daten“ (Diagnose Related Groups) laut § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) für die Gesundheitsberichtsberichterstattung (GBE) nicht genutzt werden.

In Bezug auf Suizidversuche kann jedoch aus den der GBE zur Verfügung stehenden Krankenhausdiagnosedaten vermutet werden, dass von den jährlich etwa 2.600 Berliner Krankenhauspatienten (davon etwa 1.800 weiblichen Geschlechts; 80 % der betroffenen Personen sind jünger als 65 Jahre), die wegen Vergiftungen stationär behandelt werden müssen, ein Großteil suizidale Absichten hatte.

Informationen über Anfragen zu suizidalen Vergiftungen beim Giftnotruf Berlin (www.giftnotruf.de) sind dem Basisbericht 2005, S. 338 - 340 der Berliner Gesundheitsberichterstattung zu entnehmen.

Nachfolgende Aussagen zum Suizidgeschehen in Berlin beziehen sich auf Daten der jährlich vorliegenden amtlichen Todesursachenstatistik.

Suizidsterblichkeit in Berlin rückläufig - bei unter 65-Jährigen liegt die Mortalitätsrate über und bei über 65-Jährigen unter dem Bundesdurchschnitt

Im Durchschnitt der letzten Jahre starben in Berlin jährlich etwa 440 Personen durch Suizid. Männer bringen sich deutlich häufiger um als Frauen. Das Verhältnis beträgt etwa 3:1. Erfreulicherweise ist die Zahl der Selbsttötungen seit Mitte der neunziger Jahre rückläufig. Die Suizidrate der Berlinerinnen ging um fast ein Drittel und die der Männern um knapp ein Fünftel zurück. Während Berlinerinnen im gesamten Beobachtungszeitraum (1991 bis 2005) gegenüber Frauen aus dem übrigen Bundesgebiet ein deutlich erhöhtes Suizidrisiko hatten (durchschnittlich etwa 17 % über dem Bundesniveau liegend), war das bei den Berliner Männern nicht der Fall. Deren Mortalitätsrate infolge von Selbsttötungen lag im Durchschnitt gesehen etwa 6 % unter der der Männer aus dem übrigen Bundesgebiet.

Bei Betrachtung nach Altersgruppen stellt sich eine gegenläufige Konstellation dar:

Bei unter 65-jährigen Suizidenten - insgesamt gesehen sind fast drei Viertel aller männlichen und rund 60 % aller weiblichen Suizidenten jünger als 65 Jahre - lag die Mortalitätsrate der Berlinerinnen und Berliner (obwohl stärker als im übrigen Bundesgebiet zurückgehend) seit Mitte der neunziger Jahre (insbesondere bei den Frauen) über dem Bundesniveau. Im Zeitraum 2003 bis 2005 hatten unter 65-jährige Berlinerinnen mit 5,0 Suiziden je 100.000 Frauen gegenüber Gleichaltrigen (4,4 je 100.000) aus dem übrigen Bundesgebiet ein 15 % höheres Sterberisiko. Bei den Berlinern lag die Sterbeziffer mit 15,3 Selbsttötungen je 100.000 knapp 5 % über dem Bundesniveau (14,6 je 100.000).

Demgegenüber haben in Berlin lebende ältere Menschen seit über zehn Jahren eine deutlich unter dem Bundesdurchschnitt liegende Mortalität. Die Alterssuizidrate lag z. B. im Zeitraum von 2003 bis 2005 mit 18,1 Gestorbenen je 100.000 ein Fünftel unter dem für Deutschland insgesamt errechneten Wert (22,4 je 100.000). Die in Berlin unter dem Bundesdurchschnitt liegende Sterblichkeit wurde im Wesentlichen durch die etwa 30 % niedriger liegende Suizidrate der Männer verursacht. Bis 2002 hatten Seniorinnen aus Berlin deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegende Werte. In den letzten Jahren lag die Sterberate der Berlinerrinnen mit 12,3 Todesfällen je 100.000 über 65-jährige erstmals auf Bundesniveau. Die Suizidrate der über 65-jährigen Berliner lag mit 27,8 Fällen je 100.000 hingegen 29 % (39,5 je 100.000) unter der errechneten Rate für das übrige Bundesgebiet. In den letzten drei Jahren verzeichneten unter 65-jährige Männer aus Berlin von allen Bundesländern sogar die niedrigste Selbsttötungsziffer (vgl. auch Abb. 1).

Suizidsterblichkeit in den neuen Bundesländern höher als in den alten - Berlin gehört nicht zu den Ländern mit den höchsten Selbstmordraten

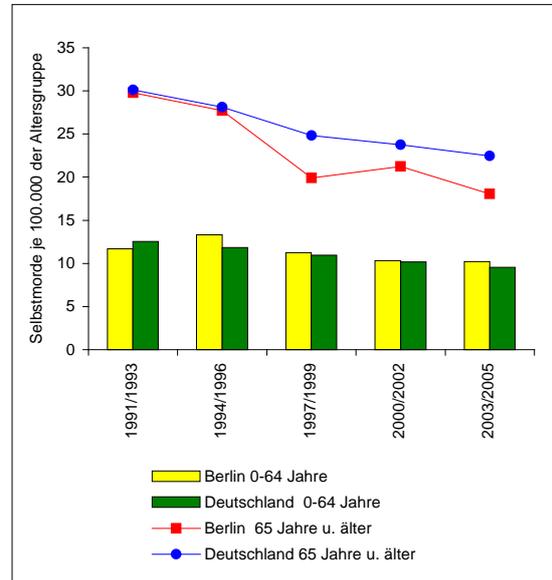
Trotz einer in Berlin über dem Bundesniveau liegenden vorzeitigen Suizidrate (gemeint ist damit die Suizidrate der unter 65 Jährigen) nahm in der Zeit von 2003 bis 2005 Berlin im Vergleich mit den anderen Bundesländern bezüglich dieser Altersgruppe noch einen mittleren Rangplatz ein. Das höchste Suizidrisiko wurde in Bremen und Sachsen, das niedrigste in Niedersachsen, gefolgt von Nordrhein-Westfalen ermittelt. Die durchschnittliche Sterberate der unter 65-Jährigen lag in den neuen Bundesländern (10,3 Suizide je 100.000, ohne Berlin-Ost) immer noch 10 % höher als in den alten Bundesländern (9,4 je 100.000). Der Anteil der unter 65-Jährigen an allen Suizidenten betrug in Berlin 77 % (Frauen 64 %, Männer sogar 82 %) und lag deutlich über dem Bundesdurchschnitt (vgl. Seite 3).

Bezüglich des Alterssuizids gehört Berlin nach dem Saarland, Nordrhein-Westfalen und Mecklenburg-Vorpommern zu den Ländern mit den niedrigsten Sterbeziffern, während diese bei über 65-Jährigen in Schleswig-Holstein, Sachsen und Thüringen am höchsten waren. Auch bei den über 65-Jährigen lag das Sterberisiko in den neuen Bundesländern (24,7 je 100.000 ohne Berlin-Ost) in den letzten Jahren 12 % über dem Niveau der alten Bundesländer (22,0 je 100.000). Bei geschlechtsspezifischer Differenzierung hatten Männer aus den neuen Bundesländern mit 47,8 Selbsttötungen je 100.000 eine deutlich höhere Sterberate als über 65-jährige aus den alten Bundesländern (38,1 je 100.000 der Altersgruppe).

Anstieg von Selbsttötungen innerhalb der ausländischen Bevölkerung

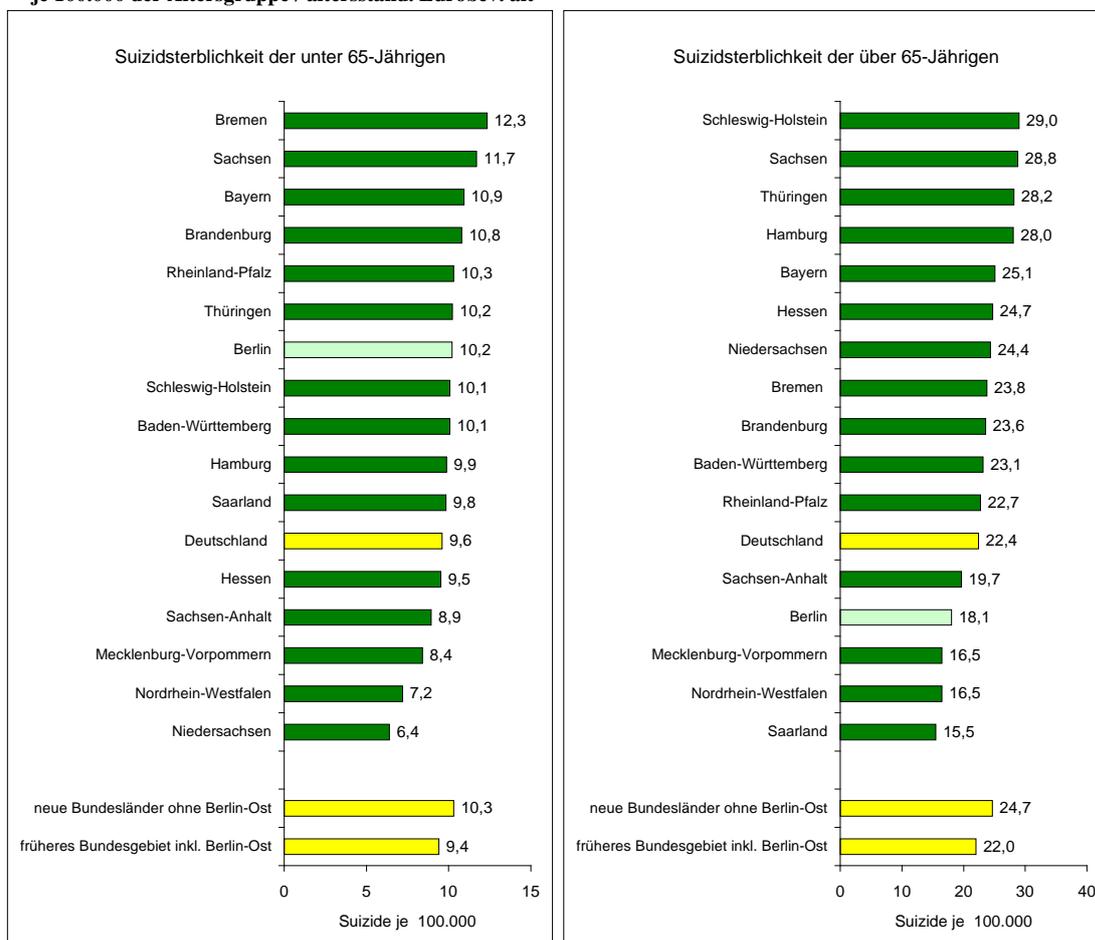
Obwohl die Suizidrate innerhalb der ausländischen Bevölkerung noch deutlich (derzeit etwa 50 %) unter der der deutschen Population liegt, nahm die Zahl der Selbsttötungen bei den in Berlin lebenden Personen ausländischer Herkunft in den letzten zehn Jahren kontinuierlich zu. Innerhalb der deutschen Bevölkerung ist hingegen ein rückläufiger Trend zu beobachten. Die Mortalitätsrate erhöhte sich bei den Ausländern im Zeitraum von 1997/1999 bis 2003/2005 von 5,0 (etwa 22 Fälle per anno) auf 6,7 je 100.000 (ca. 30 Selbsttötungen pro Jahr). Dies entsprach einer Zunahme von 34 %. Die Rate

Abbildung 1:
Suizidsterblichkeit in Berlin und in der Bundesrepublik Deutschland 1991 - 2005 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach ausgewählten Altersgruppen - je 100.000 der Altersgruppe / altersstand. Eurobev. alt



(Datenquelle: StBA / AFS Berlin - Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 2:
Suizidsterblichkeit der unter und über 65-Jährigen in der Bundesrepublik Deutschland 2003 - 2005
(zusammengefasst) nach Bundesländern
- je 100.000 der Altersgruppe / altersstand. Eurobev. alt



(Datenquelle: StBA / Destatis - Gesundheitsberichterstattung des Bundes / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

der Deutschen ging demgegenüber im genannten Zeitraum von 15,5 (durchschnittlich 462 Suizide pro Jahr) auf 14,0 je 100.000 Einwohner (durchschnittlich 411 Suizide per anno) zurück (vgl. Abb. 3).

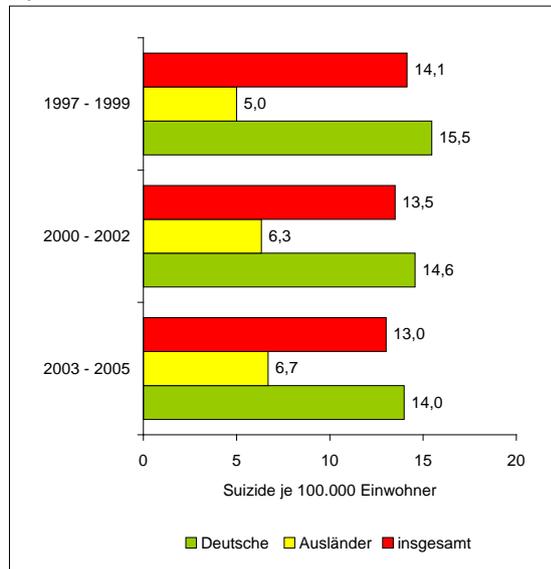
Bei Frauen aus Berlin vollzog sich der Rückgang des Suizidgeschehens stärker als bei den Männern

Der eingangs beschriebene Rückgang der Sterblichkeit durch Suizid vollzog sich bei Frauen stärker als bei den Männern. Die Sterbeziffer der Berlinerinnen ging beispielsweise seit Anfang der neunziger Jahre bis 2005 um fast ein Drittel zurück (von 8,8 auf 6,0 Suizide je 100.000). Demgegenüber reduzierte sich die Sterblichkeit bei den Männern um ein Fünftel (von durchschnittlich 20,9 auf 16,8 Todesfälle je 100.000).

Das Sterberisiko der unter 65-jährigen Berliner Frauen reduzierte sich im genannten Zeitraum um 29 %. Bei den Männern fiel der Rückgang mit 13 % weniger intensiv aus.

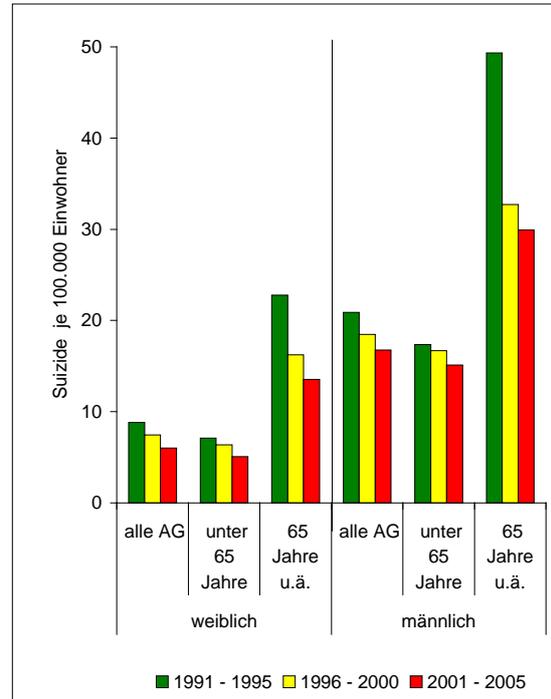
Über 65-jährige Personen verzeichneten die stärkste Abnahme der Sterbeziffer. Sowohl bei den Seniorinnen als auch bei den Senioren ging diese in den letzten 15 Jahren um 40 % zurück. Allerdings fiel der Rückgang in den letzten fünf Jahren bei den Frauen mit 17 % und bei den Männern mit 9 % moderater als im Zeitraum von 1991 bis 2000 aus (vgl. Abbildung 4).

Abbildung 3:
Suizidsterblichkeit in Berlin 1997 - 2005
 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach
 Staatsangehörigkeit
 - je 100.000 / altersstand. Eurobev. alt



(Datenquelle: AfS Berlin - Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 4:
Suizidsterblichkeit in Berlin 1991 - 2005
 (jeweils fünf Jahre zusammengefasst) nach Geschlecht
 und ausgewählten Altersgruppen
 - je 100.000 / altersstand. Eurobev. alt



(Datenquelle: AfS Berlin - Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

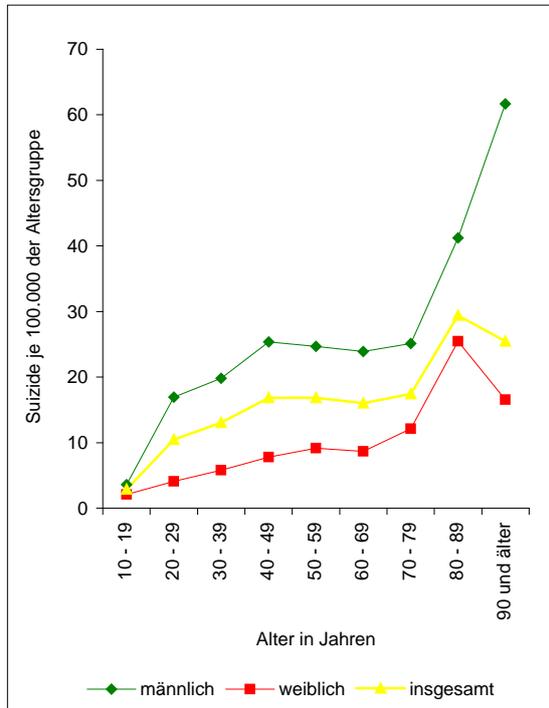
Männer haben in allen Altersgruppen ein höheres Suizidrisiko als Frauen - bei 15- bis unter 35-jährigen Berlinerinnen und Berlinern ist Selbsttötung Todesursache Nummer eins

Im Kindes- und Jugendalter sind (meist appellative) Suizidversuche häufig. Suizidale Handlungen mit Todesfolge sind, gleichwohl große Aufmerksamkeit und Betroffenheit erzeugend, jedoch relativ selten. Von den insgesamt in der Zeit von 1991 bis 2005 in Berlin registrierten 7.597 Selbsttötungen waren nur 165 bzw. 2 % der Betroffenen (48 weiblichen, 117 männlichen Geschlechts) im Alter von 10 bis unter 20 Jahren. 5 Mädchen und 19 Jungen von ihnen waren im Alter von 10 bis unter 15 Jahren.

Ab dem 20. Lebensjahr steigt das Suizidrisiko kontinuierlich an. Die Sterbeziffer der Frauen erreichte in den letzten Jahren ihren höchsten Wert um das 85. Lebensjahr herum. Danach ging die Sterbeziffer der Berlinerinnen wieder zurück. Bei den Männern nimmt die Selbstmordrate etwa ab dem 70. Lebensjahr sehr stark zu. Die mit Abstand höchste Suizidrate hatten über 90-jährige Senioren. Ein überdurchschnittlich erhöhtes Suizidrisiko haben Männer außerdem in den mittleren Altersgruppen, betroffen sind hier im Wesentlichen 40- bis unter 55-jährige. Insgesamt hatten Männer im Vergleich zu Frauen in allen Altersgruppen zum Teil mehrfach erhöhte Suizidraten. Die stärksten Unterschiede waren jedoch bei den 20- bis unter 50-Jährigen und bei hoch betagten Personen zu sehen (vgl. auch Abbildung 5).

Bei 15- bis unter 35-jährigen Berlinerinnen und Berlinern führt die Selbsttötung seit Mitte der neunziger Jahre das Todesursachenspektrum an. In dieser Altersgruppe geht bei den Männern fast jeder vierte Todesfall zu Lasten eines Suizids. Bei den Frauen ist etwa jeder fünfte Sterbefall einer Selbsttötung geschuldet. Man muss davon ausgehen, dass außerdem bei Todesfällen, deren Ursache und nähere Umstände als ungeklärt bzw. unbestimmt anzusehen sind, suizidale Handlungen nicht ausgeschlossen werden können. Unter Einbeziehung dieser Todesfälle würde sich z. B. in der Altersgruppe der 15- bis unter 35-

Abbildung 5:
Suizidsterblichkeit in Berlin 2003 - 2005
 (zusammengefasst) nach Geschlecht und ausgewählten
 Altersgruppen
 - je 100.000 der Altersgruppe



(Datenquelle: AfS Berlin - Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Suizide) durch Sturz aus großer Höhe bzw. Erhängen um. Von den Berlinerinnen kamen dagegen „nur“ 63 bzw. 47 % der insgesamt 135 dokumentierten Selbsttötungen durch derartige harte Suizidarten ums Leben. Frauen wählen eher „sanfte“ Methoden, wie das etwa bei einer Überdosierung mit Hypnotika oder anderen Medikamenten der Fall ist. Solche suizidale Vergiftungen mit tödlichen Ausgang stellten 2005 bei den Frauen 39 % (52 Todesfälle) aller Selbsttötungen. Bei den Männern lag der Anteil mit 20 % (55 Todesfälle) erheblich darunter.

Im jüngeren Erwachsenenalter besteht ein Zusammenhang zwischen Suizidrate und der sozialen Lage

Während in Berlin das Suizidrisiko in den höheren Altersgruppen, insbesondere aber das der hoch betagten Seniorinnen und Senioren, keinen Zusammenhang zur sozialen Lage innerhalb der Berliner Bezirke zu haben scheint, trifft das auf 20- bis unter 40-Jährige nicht zu. In dieser Altersgruppe ist sowohl bei Frauen als auch bei den Männern ein Zusammenhang von Suizidrate und den jeweiligen sozialen Bedingungen erkennbar.

Im Beobachtungszeitraum von 1996 bis 2005 hatten 20- bis unter 40-jährige Frauen und Männer aus den Bezirken Friedrichshain-Kreuzberg und Mitte die mit Abstand höchste Sterberate. Die genannten Bezirke sind zudem diejenigen mit den berlinweit ungünstigsten Sozialindizes. Demgegenüber verzeichneten Frauen und Männer aus den Bezirken Steglitz-Zehlendorf und Treptow-Köpenick das niedrigste Suizidrisiko. Gleichzeitig haben diese Bezirke von allen Berliner Bezirken die günstigsten sozialen Bedingungen (vgl. Abb. 6).

Unter Nichtbeachtung der geschlechtsspezifischen Mortalität zeigte sich, dass in den Bezirken Mitte, Friedrichshain-Kreuzberg und Neukölln die Sterbeziffern im genannten Zeitraum deutlich über dem Berliner Durchschnittswert lagen, während alle anderen neun Bezirke ein unter dem Berliner Durchschnittsniveau liegendes Suizidrisiko aufwiesen.

jährigen der Anteil der Suizide fast verdoppeln. Allein in Berlin wurden in den letzten Jahren jährlich rund 250 Todesfälle, deren Ereignisse ungeklärt waren, registriert. Etwa 150 Personen starben an den Folgen von Vergiftungen durch Betäubungsmittel und Psychopharmaka. Unbekannt ist die Zahl der Betroffenen, bei denen die Einnahme derartiger Substanzen in suizidaler Absicht geschah.

Suizidmethoden sind alters- und geschlechtsabhängig

Die Ernsthaftigkeit einer Selbsttötung wird durch die Wahl der Suizidart verdeutlicht. Im jüngeren Erwachsenenalter und bei über 65-Jährigen überwiegen die so genannten harten Methoden, bei denen fast immer die sichere Todesfolge zu erwarten ist. Dazu zählen beispielsweise sich erhängen oder sich aus großer Höhe stürzen. Im Jahr 2005 wählten 237 (57 %) der insgesamt 417 Berliner Suizidenten diese Methoden. Bei den über 65-Jährigen brachten sich sogar zwei Drittel (66 der insgesamt 107 Fälle), durch Erhängen bzw. sich in die Tiefe stürzen ums Leben.

Männer wählen insgesamt häufiger als Frauen „endgültige“ Mittel für ihren Freitod. 2005 brachten sich z. B. 174 Berliner (das waren 62 % der insgesamt 282 in Berlin registrierten männlichen

Zusammenfassung - Handlungsempfehlungen

Da die Angabe von Suizidhäufigkeiten auf den Daten der amtlichen Todesursachenstatistik basieren ist bei Bewertung der tatsächlichen Prävalenz von einer Dunkelziffer auszugehen. Hier spielen nach wie vor die Tabuisierung einer Selbsttötung und eventuell versicherungsrechtliche Fragen eine Rolle. Außerdem übt die Suizidmethode Einfluss auf die Erfassung aus:

So werden weiche Methoden (z. B. Vergiftungen mittels Medikamenten und Alkohol) seltener als harte Methoden (z. B. Erhängen) als Suizid eingestuft. Auch hinter Todesfällen infolge von Verkehrsunfällen sind nicht selten Selbsttötungen zu vermuten. Laut Schätzungen des Bundeskriminalamtes gilt auch etwa jeder fünfte Drogentodesfall (gemeint sind hiermit sowohl illegale als auch legale Drogen) bewusst herbeigeführt. In Berlin gehen beispielsweise jährlich etwa 18 Drogentote, die illegale Drogen konsumieren, zu Lasten einer Selbsttötung. Das entspricht etwa 10 % aller durch illegale Drogen ums Leben gekommenen Personen. Die vermutlich weitaus höher liegende Suizidrate infolge legaler Drogen (z.B. Medikamente und Alkohol) kann an dieser Stelle nicht beziffert werden.

Wie dem Bericht zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Deutschland 2001 entnommen werden kann, ist die Höhe der Dunkelziffer abhängig vom Geschlecht und der damit verbundenen Suizidwahl. Auf Grund dessen, dass Frauen häufiger als Männer weiche Methoden wählen, wird bei ihnen auch eine höhere Dunkelziffer als bei Männern vermutet.

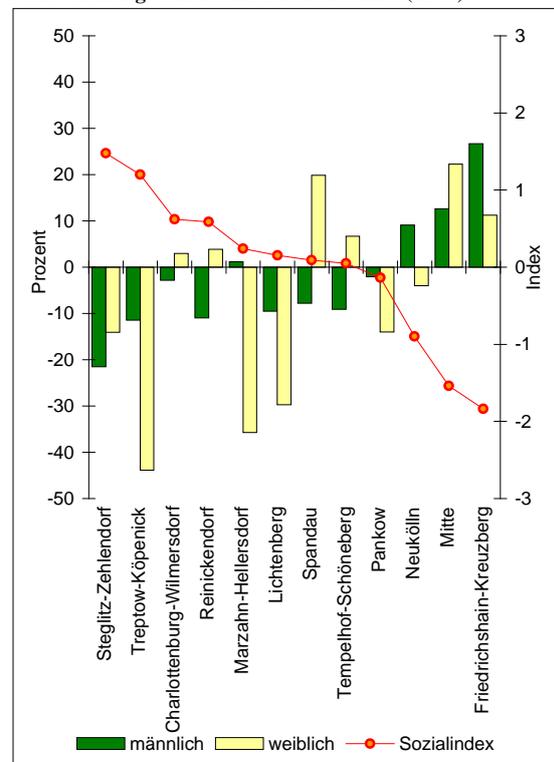
Trotz Rückgangs der Suizidraten zeigt sich die Bedeutung von Selbsttötungen im Rahmen der nicht-natürlichen Todesursachen schon dadurch, dass sie in Berlin das nichtnatürliche Todesursachenspektrum anführen. Nach wie vor ist der Suizid bei 15- bis unter 35-jährigen Berlinern (bei Frauen und Männern gleichermaßen) die mit Abstand häufigste Todesursache.

Hinsichtlich des Indikators „verlorene Lebensjahre“, hier werden die nicht gelebten Jahre (das so genannte Lebenspotential, ausgehend von einer Altersgrenze von 65 Jahren) aufsummiert, nimmt der Suizid in Berlin mit rund 6.600 verlorenen Lebensjahren (davon allein 4.900 bei Männern) im Jahr den ersten Platz ein. Insgesamt gehen damit 8 % aller verlorenen Lebensjahre zu Lasten von Selbsttötungen. Dies ist unter dem Aspekt Prävention und medizinische Versorgung relevant. Zudem hat der Indikator sozioökonomische Bedeutung, weil die Todesfälle im wirtschaftlich aktiven Lebensalter auftreten.

Nach Expertenmeinung sollten Todesfälle infolge eines Suizids zu den vermeidbaren Todesursachen gezählt werden. Bei Eliminierung aller Selbsttötungsfälle unter dem 65. Lebensjahr, das wären derzeit rund 310 Todesfälle im Jahr, könnte die vorzeitige Sterblichkeit um 5 % bei den Männern und um 3,5 % bei den Frauen gesenkt werden.

Für suizidgefährdete Personen müssen Präventionsmaßnahmen weiter forciert werden. Dies gilt insbesondere für Menschen, die infolge psychosozialer und nicht selten sozioökonomischer Belastungen an psychischen Krankheiten leiden (Depressionen, Angst- und Anpassungsstörungen, Suchtdiagnosen).

Abbildung 6:
Zusammenhang zwischen Sozialindex (2003) und Suizidsterblichkeit der 20- bis unter 40-Jährigen in Berlin 1996 - 2005 (zusammengefasst) nach Geschlecht und Bezirken
- Abweichung vom Berliner Durchschnitt (in %)



(Datenquelle: AfS Berlin - Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Das mit Abstand höchste Suizidrisiko haben Personen, die an einer Depression leiden. Studien zu Folge ist davon auszugehen, dass Depressionen die häufigste Suizidursache sind. Dem Hamburger Suchtbericht 2005 (www.gesundheit.hamburg.de) ist zu entnehmen, dass sich z. B. von 787 obduzierten Suizidenten bei über der Hälfte Hinweise auf Depressionen fanden. Bei jedem zehnten war zudem ein Suchtproblem vorhanden. Auch im jüngst erschienenen Gesundheitsbericht des Bundes „Gesundheit in Deutschland“ (September 2006, www.rki.de) wurde der Anteil der Selbsttötungen, deren Betroffene an schweren Formen von Depressionen litten, auf bis zu 70 % beziffert.

Bereits Kinder können an einer Depression leiden. Das Risiko an Depressionen zu erkranken steigt im Jugendalter an. Experten schätzen, dass bereits 4 % bis 8 % der 12- bis unter 17-Jährigen eine Depression hatten bzw. noch darunter leiden. Da die Grenzen zwischen normaler Entwicklung und depressiver Symptomatik fließend sind, führt es häufig dazu, dass Depressionen im Jugendalter oft nicht oder nur sehr spät erkannt werden. Eine Depression im Kindes- und Jugendalter frühzeitig zu erkennen und therapeutische Maßnahmen einzuleiten kann das Risiko minimieren, auch im Erwachsenenalter an einer Depression zu erkranken. Gleichsam wird das Suizidrisiko gesenkt. Depressive Kinder unterliegen einem dreifach erhöhten Risiko, später einmal einen Suizidversuch zu unternehmen (www.buendnis-depression.de; www.kompetenznetzwerk-depression.de). Ziele einer Prävention müssen daher weiterhin sein:

- Eine frühzeitige Identifizierung und Behandlung psychischer Symptome und Störungen bei Kindern und Jugendlichen.
- Eine zunehmende Sensibilisierung für diese Thematik in Aus- und Fortbildung (z.B. für Ärztinnen und Ärzte in der Allgemeinmedizin, Kinderheilkunde, Lehrkräften, Erziehungspersonal).
- Gezielte Bereitstellung von Informationen über Symptome, Ursachen sowie über Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten (wie z. B. Psychiatrie in Berlin - Wegweiser, www.berlin.de/lb/psychiatrie/veroeffentlichungen/index.html).

Wenn auch die absoluten Fallzahlen eher gering sind, so muss dem in den letzten drei Jahren zu beobachtenden Anstieg der Suizidsterblichkeit von rund 34 % bei in Berlin lebenden Ausländern verstärkte Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Hinsichtlich präventiver Interventionen ist der Kontext Suizid und soziale Lage ein wichtiger Indikator. In Berlin werden derzeit etwa 40 % aller Suizide in Bezirken begangen, in denen ungünstige soziale Bedingungen herrschen. Ein steigendes Suizidrisiko bei gleichzeitiger Verschlechterung der sozialen Rahmenbedingungen konnte z. B. im Bezirk Marzahn-Hellersdorf beobachtet werden (zur Veränderung der Sozialstruktur vgl. Sozialstrukturatlas Berlin 2003, www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html). Obwohl dort insgesamt gesehen im Zeitraum von 1996 bis 2005 das Suizidrisiko unter dem Berliner Durchschnitt lag, stieg die Sterberate im Zeitraum von 2003 bis 2005 im Vergleich zu 1997 bis 1999 um mehr als zwei Drittel (77 % bei den Männern und 23 % bei den Frauen) an. In allen anderen Berliner Bezirken konnte demgegenüber der rückläufige Trend fortgesetzt werden.

Weitere Informationen zum Thema (u. a. auch Bezirksauswertungen) sind im Basisbericht 2005 - Daten des Gesundheits- und Sozialwesens - der Berliner Gesundheitsberichterstattung in den Tabellen: 3.2.9, 3.2.11, 3.2.75, 3.2.75 a, 3.2.75 b zu finden.

Publikationsverzeichnis

Im Rahmen der *Gesundheitsberichterstattung* und des *Sozialstatistischen Berichtswesens* wurden vom Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz folgende Veröffentlichungen herausgegeben:

Gesundheitsberichterstattung (GBE)

Basisberichte

Diese Berichtsform enthält Tabellen, die sich am Indikatorensatz der Länder orientieren, Erläuterungen sowie kurze Ergebnisbeschreibungen zu verschiedenen Themenfeldern. Der Bericht erscheint jährlich:

- Jahresgesundheitsbericht 1961
.
- .
- .
- Basisbericht 2005 (2006). ISSN 1617-9242.
- Druckfassung. Schutzgebühr 15,- Euro zzgl. Porto
- PDF-Datei abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html>

Spezialberichte - GBE

Diese Berichtsform wird zu Schwerpunktthemen erarbeitet; sie enthält Analysen, Zusammenhänge und Handlungsempfehlungen.

- Meinschmidt, Gerhard; Imme, Uwe; Kramer, Ramona (1990):
Sozialstrukturatlas Berlin (West). Eine statistisch-methodische Analyse mit Hilfe der Faktorenanalyse.
- Hermann, Sabine; Meinschmidt, Gerhard (1995):
Sozialstrukturatlas Berlin. Erste gemeinsame Berechnung für alle Bezirke.
- Hermann, Sabine; Meinschmidt, Gerhard (1997):
Sozialstrukturatlas Berlin - Fortschreibung 1997 -.
- Hermann, Sabine; Imme, Uwe; Meinschmidt, Gerhard (1997):
Sozialstrukturatlas 1997 - Eine disaggregierte statistische Sozialraumanalyse -
Schutzgebühr: 15,- Euro zzgl. Porto
- Meinschmidt, Gerhard (Herausgeber) / SenGesSoz; Brenner, M. H. (Herausgeber) / TU Berlin (1. Ausgabe 1999):
Sozialstrukturatlas Berlin 1999 - Eine soziale Diagnose für Berlin -.
Schutzgebühr: 15,- Euro zzgl. Porto
- Delekat, Dietrich; Kis, Anita (2001):
Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin - Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 1999. Spezialbericht 2001-1, ISSN 1617-9250
Schutzgebühr 10,- Euro zzgl. Porto
- Kis, Anita; Bömermann, Hartmut; Hermann, Sabine; Schieritz, Frank; Unger, Gisela (2002):
Diagnosedaten der Berliner Krankenhauspatienten 1994-1999. Spezialbericht 2002-1, ISSN 1617-9250
Schutzgebühr 10,- Euro zzgl. Porto
- Meinschmidt, Gerhard; Imme, Uwe; Seeger, Michael (2003):
Sozialhilfeempfängerprognoseverfahren in Berlin. Spezialbericht 2003-1, ISSN 1617-9250
Schutzgebühr 10,- Euro zzgl. Porto
- Delekat, Dietrich (2003):
Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin - Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 2001. Spezialbericht 2003-2, ISSN 1617-9250
Schutzgebühr 10,- Euro zzgl. Porto
- Meinschmidt, Gerhard (Herausgeber) (2004):
Sozialstrukturatlas Berlin 2003 - Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung.
- Langfassung. Spezialbericht 2004-1, ISSN 1617-9250. Schutzgebühr 15,- Euro zzgl. Porto
- Kurzfassung mit CD-ROM der Langfassung des Berichts

- Bettge, Susanne; Oberwöhrmann, Sylke et al. (2006):
Zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2004. Spezialbericht 2006-1, ISSN 1617-9250.
- Druckfassung. Schutzgebühr 10,- Euro zzgl. Porto
- PDF-Datei abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html>

Diskussionspapiere zur Gesundheits- und Sozialforschung

In dieser Reihe werden Themen von besonderer gesundheitspolitischer Bedeutung diskutiert sowie strittige oder widersprüchliche Aspekte des Themas aufgezeigt. Die Diskussionspapiere erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Folge.

1. Meinschmidt, Gerhard (1986):
Ärzte beurteilen Sozialstationen. Eine statistisch empirische Diagnose.
2. Imme, Uwe; Meinschmidt, Gerhard; Wanjura, Marlies (1986):
Der Krankenpflegenotfalldienst durch Sozialstationen. Eine Zwischenbilanz aus empirischer Sicht.
3. Imme, Uwe; Meinschmidt, Gerhard (1986):
Strukturanalyse arbeitsloser Sozialhilfeempfänger. Eine statistische Analyse.
4. Meinschmidt, Gerhard; Völker-Oswald, Ingrid (1988):
Zum Bedarf an Unterstützung in Hilfssituationen älterer Menschen in Berlin. Eine statistische Analyse.
5. Meinschmidt, Gerhard (1988):
Strukturanalyse pflegebedürftiger Menschen in Berlin. Eine statistische Analyse.
6. Referat Sozial- und Medizinalstatistik, EDV-gestützte Fachinformationssysteme; Mader, Sylvia (1988):
Die Jugendzahnpflege 1986. Eine Untersuchung über den Zahnstatus bei Kindern und Jugendlichen in Berlin (West).
7. Referat Sozial- und Medizinalstatistik, EDV-gestützte Fachinformationssysteme (1988):
Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1985/86 in Berlin (West) nach Kriterien des Jugendarbeitsschutzgesetzes.
8. Referat Sozial- und Medizinalstatistik, EDV-gestützte Fachinformationssysteme (1988):
Sozialhilfeempfänger in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung. Statistischer Erfahrungsbericht zum 500er Programm.
9. Meinschmidt, Gerhard (1988):
Sozialhilfeempfänger auf dem Weg zurück ins Berufsleben. Grundgedanken zum Berliner Modell der Beschäftigung von arbeitslosen Sozialhilfeempfängern. Eine empirische Einstiegsstudie, die zu diesem Problemkomplex bei den Berliner Arbeitgebern durchgeführt wurde.
10. Liedtke, Dieter (1988):
Projekt: Beratungspfleger (Teil 1).
11. Baum, Christiane; Koch-Malunat, Norbert; Seeger, Michael (1989):
Vergleichbare Strukturdaten des Sozial- und Gesundheitswesens ausgewählter Großstädte der Bundesrepublik.
12. Becker, Barbara; Kramer, Ramona; Meinschmidt, Gerhard (1989):
Zur subjektiven Morbidität der Berliner Bevölkerung.
13. Liedtke, Dieter; Wanjura, Marlies (1989):
Projekt: Beratungspfleger (Teil 2).
14. Haecker, Gero; Kirschner, Wolf; Meinschmidt, Gerhard (1990):
Zur „Lebenssituation von Sozialhilfeempfängern“ in Berlin (West).
15. Koch-Malunat, Norbert; Klausning, Michael (1990):
Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 1987 in Berlin (West).
16. Kiss, Anita (1992):
Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1988/89 in Berlin (West).
17. Kirschner, Wolf; Radoschewski, Michael (1993):
Gesundheits- und Sozialsurvey in Berlin.
18. Hermann, Sabine; Imme, Uwe; Meinschmidt, Gerhard (1993):
Zur Sozialstruktur in den östlichen und westlichen Bezirken Berlins auf der Basis des Mikrozensus 1991.- Erste methodische Berechnungen mit Hilfe der Faktorenanalyse -.
19. Thielke, Henning; Meusel, Katharina (1994):
Zur Überlebensdauer von Typ-II-Diabetikern. Ergebnisse einer 20jährigen Follow-up-Studie in Berlin-Ost.
20. Koch-Malunat, Norbert (1994):
Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 1990 in Berlin-West - eine statistische Analyse -.

21. Radoschewski, Michael; Kirschner, Wolf; Kirschner, Renate; Heydt, Kerstin (1994):
Entwicklung eines Präventionskonzeptes für das Land Berlin.
22. Kiss, Anita (1995):
Zur gesundheitlichen Lage von Jugendlichen in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1991/1992 - eine statistische Analyse -.
23. Kiss, Anita; Hermann, Sabine; Thoelke, Henning (1995):
Vermeidbare Sterbefälle in Berlin 1983-1992.
24. Rothe, Kerstin u.a. (1995):
Vergleichbare Strukturdaten des Sozial- und Gesundheitswesens ausgewählter Großstädte der Bundesrepublik Deutschland 1992.
25. Beblo, Miriam (1995):
Zur Dimension der sozialen und gesundheitlichen Lage älterer Menschen in Berlin. Eine statistisch-empirische Diagnose.
26. Hermann, Sabine; Hiestermann, Angelika (1995):
Zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Frauen in Berlin. - Eine erste geschlechtsspezifische empirische Diagnose -.
27. Dohnke-Hohrmann, Sylvia; Reich, Renate (1995):
Der Mund- und Zahngesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen 1992/93 in Berlin.
28. Hiestermann, Angelika; Hillen, Thomas (1996):
Zur psychosozialen Befindlichkeit der Berliner Bevölkerung. - Eine statistische Analyse -.
29. Scholz, Rembrandt D.; Thoelke, Henning (1997):
Lebenserwartung in Berlin 1986-1994. - Trends und regionale Unterschiede -.
30. Kiss, Anita (1997):
Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1994/95.
31. Wiesner-Balcke, Waltraud; Angerman, Regina (1997):
Allergische Erkrankungen und Beschwerden bei Berliner Einschülern im Vergleich mit dem Land Brandenburg - Analyse, Bezirksvergleiche, bezirkliches Vorsorgeprogramm -.
32. Hauschild, Beate; Baum, Christiane (1998):
Dokumentation zur Strukturentwicklung des gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgungssystems. Erster Basisdatenbericht (1997) zur Versorgung im ambulant/komplementären Bereich (Betreutes Wohnen und Tagesstätten).
Schutzgebühr: 7,50 Euro zzgl. Porto
33. Hauschild, Beate; Baum, Christiane (2000):
Dokumentation zur Strukturentwicklung des gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgungssystems. Zweiter Basisdatenbericht (1998) zur Versorgung im ambulant/komplementären Bereich (Betreutes Wohnen und Tagesstätten).
Schutzgebühr: 7,50 Euro zzgl. Porto

Gesundheitsbarometer

- Hermann, Sabine; Meinschmidt, Gerhard (1991):
Eine repräsentative Erhebung zur Gesundheitspolitik, der Politik im allgemeinen und zur Pflegeproblematik. - Gesundheitsbarometer 1 -.
- Hermann, Sabine; Meinschmidt, Gerhard; Thoelke, Henning (1994):
Eine repräsentative Erhebung zu Fragen der Gesundheit, der Prävention und ihrer Gestaltung.- Gesundheitsbarometer 2 -.
- Hermann, Sabine; Imme, Uwe (1996):
Erhebung zu den zusätzlichen Öffnungszeiten anlässlich der „Schaustelle Berlin“ vom 29. Juni bis 25. August 1996. - Gesundheitsbarometer 3 -.

Statistische Kurzinformationen - GBE

- 2002 - 1 Neueste Lebenserwartungsberechnungen für die Berliner Bezirke - Deutliche Zusammenhänge zwischen Lebenserwartung, vermeidbaren Sterbefällen und sozialer Lage -.
- 2002 - 2 Die Diagnosedaten der Berliner Krankenhauspatienten 1994 - 1999.
- 2002 - 3 Beschäftigte im Berliner Gesundheitswesen.
- 2002 - 4 Stationäre Behandlung von Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises in den Berliner Krankenhäusern 2000.
- 2005 - 1 Pflegebedürftigkeit in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Lebenserwartung.

2006 - 1 Alters- und geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen in Berlin

2007 - 1 Zur Suizidhäufigkeit in Berlin 1991 - 2005

Sozialstatistisches Berichtswesen (SBW)

Spezialberichte - SBW

Die Spezialberichte verfolgen die vertiefende Analyse von Erkenntnissen aus der Sozialstatistik nach unterschiedlichen Themenschwerpunkten. Sie erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Reihenfolge.

- Schmidtke, Kerstin (2005):
Konzepte und Methoden zur Abbildung von Lebenslagen - Bildung von Lebenslagen-Indices am Beispiel der Berliner Sozialhilfestatistik 2005. Spezialbericht 2005-1, ISSN 1861-9444.
- Druckfassung. Schutzgebühr 15,- Euro zzgl. Porto
- PDF-Datei abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html>
- Seeger, Michael (2006):
Einflussfaktoren und Strukturmerkmale für die Sozialhilfebedürftigkeit von Familien mit Kindern in Berlin an der Schwelle zu „Hartz IV“. Spezialbericht 2006-1, ISSN 1861-9444.
- Druckfassung. Schutzgebühr 10,- Euro zzgl. Porto
- PDF-Datei abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html>

Spezialberichte und Diskussionspapiere aus dem Themengebiet des Sozialstatistischen Berichtswesens vor dem Jahr 2005 finden Sie unter den Publikationen im Abschnitt Gesundheitsberichterstattung (GBE).

Quartalsberichte - SBW

Die Berichtsreihe, in der die aktuelle Entwicklung der Leistungen und Empfängerart auf den Sozialleistungsgebieten BSHG, AsylbLG und PflegeG in Tabellenform mit kurzen Interpretationen sowie Schwerpunktthemen angeboten wurde, erschien quartalsweise seit 1988, letztmalig in dieser Form im IV. Quartal 2003.

- IV. Quartal 2003 (letzte Ausgabe)
ISSN 1618-033X

Der statistische Tabellensatz des Berichtes mit unterjährigen Empfänger- und Leistungsdaten für Berlin insgesamt sowie in bezirklicher Gliederung wird weiterhin im Internet unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/sozial/quartalsberichte.html> bereitgestellt.

Statistische Kurzinformationen - SBW

2006 - 1 Transferausgaben in Berlin im ersten Jahr der neuen Sozialgesetzgebung 2005 - SGB XII, AsylbLG, LPfGG.

Bezug über die

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz
Oranienstraße 106, 10969 Berlin

Telefon: (030) 9028 1229

Telefax: (030) 9028 1372

Internet: <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html>

e-mail: Katja.Koschorreck@senguv.verwalt-berlin.de

Fachliche Auskünfte:

Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister,
Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme
Oranienstraße 106, 10969 Berlin

Telefon: (030) 9028 2660

Telefax: (030) 9028 2067

e-mail: Gerhard.Meinschmidt@senguv.verwalt-berlin.de