



Suizide in Bayern

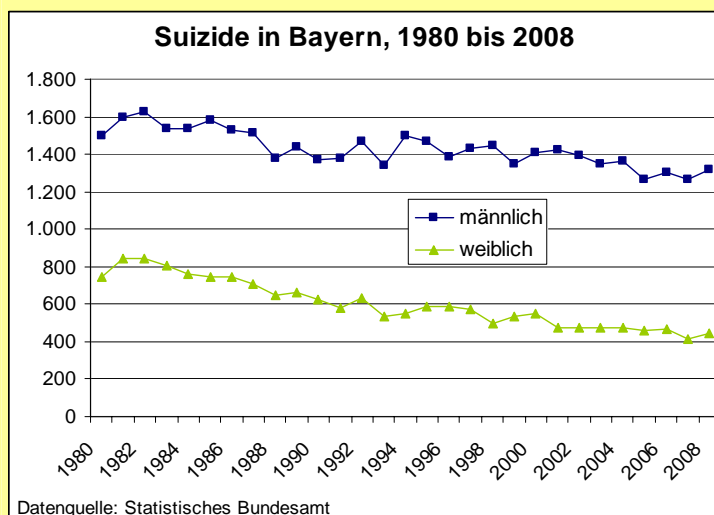
Psychische Gesundheit und Suizide

In Bayern verzeichnete die Todesursachenstatistik für das Jahr 2008 insgesamt 1.761 Suizide. In Deutschland waren es 9.451. Das sind mehr als doppelt so viele Menschen wie im gleichen Jahr im Straßenverkehr ums Leben kamen. Dennoch ist die öffentliche Aufmerksamkeit für dieses Thema eher gering. Während einerseits eine zurückhaltende Medienberichterstattung bei konkreten Suiziden wünschenswert ist, ist es andererseits notwendig, dass das Ausmaß der Problematik wahrgenommen wird und Risikofaktoren, Warnsignale sowie Hilfsmöglichkeiten bekannt sind.

Man geht heute davon aus, dass die Mehrzahl der Suizide auf eine psychische Erkrankung oder eine akute psychische Krisensituation zurückzuführen ist. Hier setzt auch die Suizidprävention an: Viele Suizide könnten vermieden werden, wenn gefährdete Menschen schneller und qualifizierter Hilfe erhalten würden. Darüber hinaus kann die Förderung der psychischen Gesundheit allgemein primärpräventiv wirken (siehe dazu Gesundheitsmonitor 1/2007).

Suizide in Bayern

Unter den 1.761 Menschen, die sich in Bayern 2008 das Leben genommen haben, waren 1.317 Männer und 444 Frauen. Bei beiden Geschlechtern gehen die Zahlen im **zeitlichen Verlauf** zurück. Gegenüber dem Jahr 1980 ist die Zahl der Suizide in Bayern insgesamt um über 20 % gesunken, bei den Frauen mit über 40 % deutlich stärker als bei den Männern mit ca. 12 %. Dadurch hat sich der Anteil der Männer an allen Suizidfällen weiter erhöht – inzwischen entfallen drei Viertel aller Suizide auf Männer.



Der Rückgang der (altersstandardisierten) Suizidrate ist noch ausgeprägter als der Rückgang der absoluten Zahlen. Im Jahr 2008 waren in Bayern 11,8 Suizide pro 100.000 Ew. zu verzeichnen, im Jahr 1980 waren es noch 19,5 Suizide pro 100.000 Ew.

Damit ging die Suizidrate in Bayern in den letzten 30 Jahren fast um 40 % zurück, bei den Frauen war der Rückgang der Suizidrate mit 54 % wiederum stärker als bei den Männern mit 35 %.

Der Rückgang der Suizide ist auf verschiedene Faktoren zurückzuführen, u.a. spielen eine bessere Diagnostik und Versorgung von Depressionen, die bessere Notfallversorgung und die bessere Betreuung von Risikogruppen wie Drogenabhängigen eine Rolle.

Ausgabe 3/2010

Der Gesundheitsreport gibt einen Datenüberblick zu gesundheitspolitisch relevanten Themen in Bayern. Damit soll ein Beitrag zur Verständigung über Problemlagen und Handlungsanforderungen geleistet werden. Diese Ausgabe beschäftigt sich mit dem Thema **Suizide in Bayern**.

Weitere Daten zur Gesundheit der Bevölkerung sind im Internet über den bayerischen **Gesundheitsindikatoren** verfügbar:
www.lgl.bayern.de

Ihre Ansprechpartner:

Dr. Joseph Kuhn
Tel.: 089/31560-302
joseph.kuhn@lgl.bayern.de
(Gesundheitsberichterstattung)

Sabrina Döring, BPH
Tel.: 089/31560-432
sabrina.doering@lgl.bayern.de
(Gesundheitsindikatoren)

Rebekka Schulz, MA, MPH
Tel.: 089/31560-105
rebekka.schulz@lgl.bayern.de
(Gesundheitsatlas)

Terminologie

Im alltäglichen Sprachgebrauch ist häufig von „Selbstmord“ die Rede. Dieser Begriff zeugt davon, dass Selbsttötungen lange Zeit moralisch sanktioniert waren. Noch zu Beginn des 19. Jahrhunderts wurden „Selbstmörder“ nicht kirchlich bestattet. Eine politisch verordnete Tabuisierung des Themas gab es in der DDR – dort waren seit 1962 die Suizidzahlen unter Verschluss (Grashoff 2010).

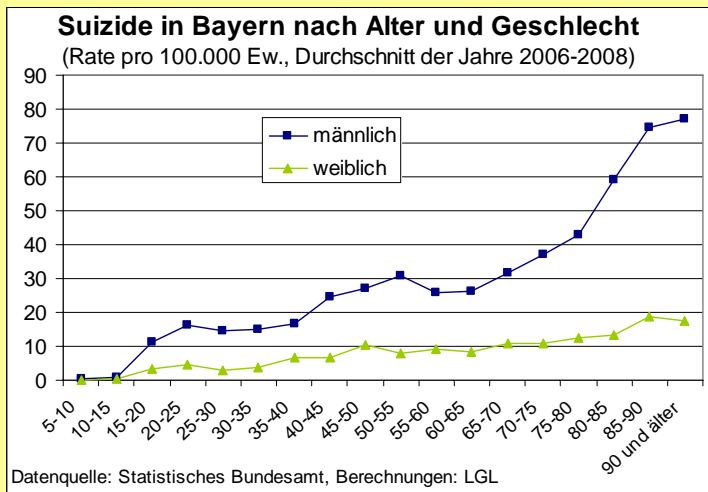
Im medizinischen Sprachgebrauch ist heute meist von „Suizid“ oder von „Selbsttötung“ die Rede. In der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) werden Suizide unter der Überschrift „Vorsätzliche Selbstbeschädigung“ erfasst.

Der Begriff „Freitod“ unterstellt die freie Entscheidung zur Selbsttötung. Dies trifft in der Mehrzahl der Fälle nicht zu und romantisiert den Suizid.

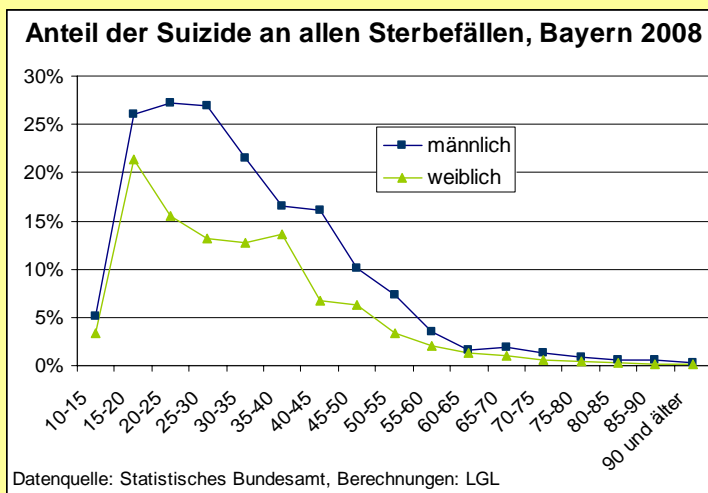


Im **Altersverlauf** nimmt die Suizidrate zu, vor allem bei den Männern. Dies ist u.a. darauf zurückzuführen, dass im Alter Kontaktverluste und Vereinsamung zunehmen, Depressionen häufiger auftreten, ebenso schwerwiegende körperliche Krankheiten, die angstbehaftet sind (z.B. Krebs).

Welchen Effekt das mit dem demografischen Wandel steigende Durchschnittsalter der Bevölkerung auf die Suizidhäufigkeit haben wird, ist unklar, manche Fachleute halten einen demografisch bedingten Wiederanstieg der Suizidraten für möglich (Weinacker et al. 2003).



Zwar steigt das Suizidrisiko mit dem Alter, doch stellen Suizide bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen nach den Verkehrsunfällen die zweithäufigste Todesursachen dar – bei jungen Männern machen sie etwa ein Viertel aller Sterbefälle aus. Mit zunehmendem Alter sinkt der Anteil der Suizide an den Sterbefällen, weil die Zahl krankheitsbedingter Sterbefälle zunimmt.



Bei den **Suizidmethoden** ist seit vielen Jahrzehnten bei beiden Geschlechtern das Erhängen, Erdrosseln und Erstickten am häufigsten. Etwa 50 % der Suizide bei Männern und etwa 32 % der Suizide bei Frauen wurden 2008 auf diese Weise begangen. Bei den Suiziden der Männer folgen Schusswaffen mit 13 % und Vergiftungen mit 11 %, bei den Frauen Vergiftungen mit 28 % und Stürze in die Tiefe mit 13 %. Suizide durch Schusswaffen kommen bei Frauen kaum vor.

Daten

Suizide werden in der **Todesursachenstatistik** in Kapitel XX (Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität) mit den Schlüsselziffern X60 bis X84 (Vorsätzliche Selbstbeschädigung) codiert. Diese Schlüsselziffern stellen eine Zusatzcodierung zu Kapitel XIX (Verletzungen und Vergiftungen) dar.

In der **Krankenhausstatistik** wird diese Zusatzcodierung aus Datenschutzgründen nicht vorgenommen, d.h. aus der amtlichen Statistik liegen keine Daten über Suizidversuche vor, die stationär behandelt werden.

Es ist davon auszugehen, dass es über die in der Todesursachenstatistik erfassten Suizide hinaus eine erhebliche **Dunkelziffer** gibt, etwa unter den Verkehrsunfällen, den Todesfällen mit unklarer Ursache oder den Drogentoten. Fachleute schätzen, dass die wahre Zahl der Suizide ca. 25 % höher liegt (Fiedler 2007).

Suizidgefährdung

Ein erhöhtes Suizidrisiko haben vor allem **psychisch kranke Menschen** (Depression, Schizophrenie, Anorexia nervosa, Abhängigkeitserkrankungen). Man geht davon aus, dass ca. 15 % der Patient/innen mit einer schweren Depression Suizid begehen. Eine zweite wichtige Risikogruppe sind ältere Männer in sozialer Isolation bzw. mit schwerwiegenden Krankheiten (Wolfersdorf 2006).

Für sozial prekäre Lebenslagen wie **Arbeitslosigkeit** oder **Wohnungslosigkeit** ist ein erhöhtes Suizidrisiko nachgewiesen (Trabert 2010), jedoch kommen Suizide in allen sozialen Schichten vor.

Mit einem **Migrationshintergrund** an sich scheint kein erhöhtes Suizidrisiko einherzugehen, aber einzelne Gruppen, z.B. junge Türkinen, haben erhöhte Suizidraten (RKI 2008). Die amtliche Statistik liefert dazu kaum Informationen, weil hier nur die Staatsangehörigkeit erfasst wird. Die Suizidrate von Ausländer/innen in Bayern liegt deutlich unter der Suizidrate deutscher Staatsangehöriger.

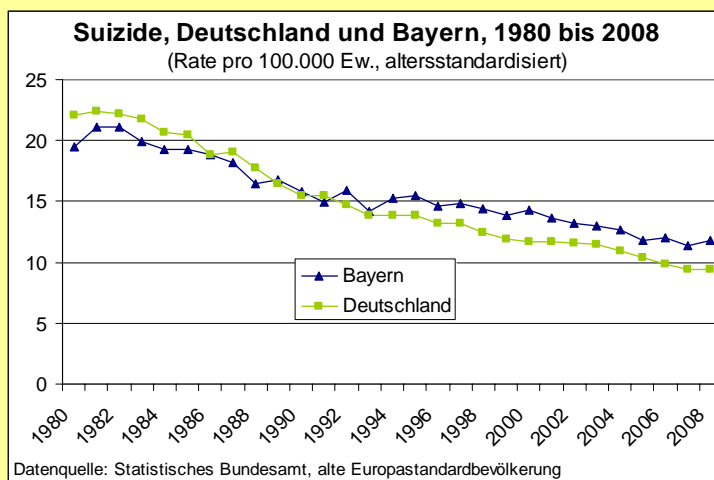


Regionale Unterschiede

Im **europäischen Vergleich** zeigen sich große Unterschiede in den Suizidraten (siehe Tabellenanhang). Allerdings sind die Suizidraten zwischen den Ländern z.B. aufgrund unterschiedlicher Erfassungsverfahren, kultureller Traditionen oder versicherungsrechtlicher Regelungen nur eingeschränkt vergleichbar (Eurostat 2009). Die höchste Rate in der Europäischen Union weist derzeit Litauen auf, die niedrigste Griechenland. Auch Länder wie Ungarn und Lettland haben vergleichsweise hohe, Spanien, England und Griechenland geringe Suizidraten. Die Suizidrate Deutschlands liegt etwas unter dem europäischen Durchschnitt (EU-27-Durchschnitt des Jahres 2007: 9,8 Suizide pro 100.000 Ew., altersstandardisiert).

Im **Bundesvergleich** war 2008 die Suizidrate in Thüringen am höchsten, in Nordrhein-Westfalen am niedrigsten (siehe Tabellenanhang). Im Bundesdurchschnitt gab es 9,4 Suizidfälle pro 100.000 Ew. (männlich: 14,9, weiblich: 4,4). In Bayern waren es 11,8 pro 100.000 (männlich: 18,6, weiblich: 5,5).

Die Suizidrate in Bayern liegt seit Anfang der 1990er Jahre etwas über dem Bundesdurchschnitt. Dies gilt inzwischen für praktisch alle Altersgruppen. Die Gründe für diese Entwicklung sind unbekannt. Unterschiede in der statistischen Verarbeitung der Todesursachen auf Landes- und Bundesebene sind grundsätzlich zwar nicht auszuschließen, Bayern weist z.B. gegenüber dem Bundesdurchschnitt deutlich weniger unbekannte Todesursachen auf, allerdings war dies auch in schon den 1980er Jahren der Fall.



Bei den **Regierungsbezirken** ist die Suizidrate in Unterfranken am niedrigsten und in Niederbayern am höchsten. Die Suizidrate Unterfrankens liegt auch im längeren historischen Rückblick unter dem Durchschnitt. Auch hier sind die Ursachen nicht bekannt.

Suizide nach Regierungsbezirken, Jahre 2004 bis 2008
(absolute Fälle und durchschnittliche rohe Rate pro 100.000 Ew.)

	2004	2005	2006	2007	2008	Durchschnittliche rohe Rate der Jahre 2004-2008
Oberbayern	661	586	616	594	584	14,3
Niederbayern	178	198	170	159	187	14,9
Oberpfalz	163	138	174	131	162	14,1
Oberfranken	138	157	154	152	149	13,7
Mittelfranken	255	253	252	242	242	14,5
Unterfranken	171	155	143	166	166	12,0
Schwaben	275	237	263	236	271	14,3
Bayern	1.841	1.724	1.772	1.680	1.761	14,1

Datenquelle: LfStad, Berechnungen: LGL

Krisenintervention

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

Krisenintervention leistet z.B. die **Telefonseelsorge**, die von den beiden christlichen Kirchen getragen wird. Die Beratung erfolgt rund um die Uhr, anonym und kostenfrei. www.telefonseelsorge.de, 0800/1110111, 0800/1110222.

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

Für **Schulen** in Bayern wurde vom Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus eine Gruppe von Fachleuten zum Krisenmanagement und -prävention aufgebaut: www.kibbs.de

Prävention

Die Prävention von Suiziden ist eng verknüpft mit der Früherkennung und qualifizierten Behandlung von Depressionen sowie allgemein mit der Förderung psychischer Gesundheit (siehe dazu Gesundheitsmonitor Bayern 1/2007).

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

- Etablierung nationaler Präventionsprogramme,
- Maßnahmen, die auf die Determinanten psychischer Gesundheit abzielen, einschl. der Bekämpfung sozialer Ungleichheit,
- Beschränkung des Zugangs zu Suizidmitteln (Waffen, Medikamente, Sicherung von Brücken),
- Mental Health Literacy: Aufklärung, verantwortungsvolle Medienarbeit, Enttabuisierung,
- Bessere gesundheitliche Versorgung von depressiv Erkrankten, insbesondere auch Überlebenden von Suizidversuchen,



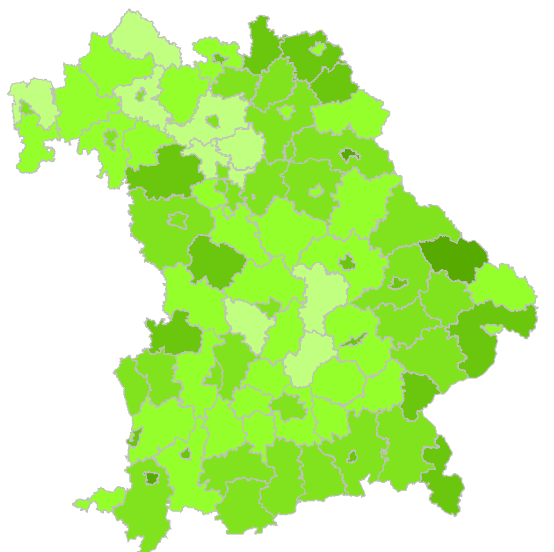
In den **kreisfreien Städte** liegen die Suizidraten über die Zeit stabil über den Suizidraten in den **Landkreisen**, u.a. infolge des höheren Durchschnittsalters in den Städten. Im 5-Jahresdurchschnitt 2004 bis 2008 lag die Suizidrate der kreisfreien Städte in Bayern bei 15,6 Suiziden pro 100.000 Ew., die der Landkreise bei 13,5 pro 100.000 Ew. (jeweils rohe Raten).

Beim **kleinräumigen Vergleich** von Suizidraten ist zu berücksichtigen, dass die absoluten Fallzahlen in den meisten Städten und Landkreisen sehr klein sind und die Raten daher erheblich durch Zufallsschwankungen beeinflusst sind. Gemittelt über 5 Jahre (2004 bis 2008) reicht die Suizidrate der Landkreise und kreisfreien Städte in Bayern von 8,6 pro 100.000 Ew. im Landkreis Forchheim bis 21,1 pro 100.000 Ew. in der Stadt Weiden – allerdings ist die Rate in Weiden durch eine zufällig hohe Zahl an Suiziden im Jahr 2006 verzerrt.

In der weiterführenden statistischen Analyse zeigt sich erwartungsgemäß der Anteil der älteren Bevölkerung als Haupteinflussfaktor auf die regionale Verteilung der rohen Suizidraten. Zusammenhänge mit den sozioökonomischen Merkmalen der Regionen sind nur schwach ausgeprägt.

Regionale Suizidraten in Bayern

Rohe Raten pro 100.000 Ew.,
Durchschnitt der Jahre 2004 bis 2008



Datenquelle: LfStad, Berechnungen: LGL

Das von der Gesamtsterblichkeit in Bayern her bekannte Nordost-Südwestgefälle zeigt sich bei der Suizidsterblichkeit nur mit Abstrichen – Suizidsterblichkeit und Gesamtsterblichkeit korrelieren auf regionaler Ebene kaum. Eine deutschlandweite Darstellung der regionalen Suizidsterbefälle durch das Leibnizinstitut für Länderkunde deutet darauf hin, dass die Suizidsterblichkeit in der Grenzregion zu Tschechien in Bayern und Sachsen erhöht sein könnte (http://aktuell.nationalatlas.de/Suizidsterbefaelle.1_01-2010.0.html), möglicherweise kommt hier ein gesamteuropäisches räumliches Muster der Suizidsterblichkeit zum Ausdruck (zu den regionalen Suizidraten in Bayern siehe auch den Tabellenanhang).

- Schwerpunkte bei Kindern und Familien, Schulen und Betrieben sowie älteren Menschen,
- Ausbau der Forschung.

Auch die **Weltgesundheitsorganisation (WHO)** spricht sich für den Aufbau systematischer Suizidpräventionsprogramme aus: www.who.int/mental_health/prevention/en/

Auf nationaler Ebene vernetzt das **Deutsche Bündnis gegen Depression** Bemühungen für eine bessere Versorgung depressiv Erkrankter. In der Suizidprävention wird ein 4-Ebenen-Modell verfolgt (Hegerl 2010):

- Kooperation mit Hausärzten,
- Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit,
- Einbeziehung von weiteren Multiplikatoren,
- Angebote für Betroffene und Angehörige.

Das Bündnis ging aus einem Modellprojekt in Nürnberg hervor. Dort ist während der zweijährigen Intervention die Zahl suizidaler Handlungen (Suizide und Suizidversuche) um ein Viertel gesunken. Seit 2008 werden die Aktivitäten des Bündnisses unter dem Dach der „Stiftung Deutsche Depressionshilfe“ weitergeführt.

www.buendnis-depression.de
www.deutsche-depressionshilfe.de/

Die Deutsche **Gesellschaft für Suizidprävention (DGS)** ist ein interdisziplinärer Fachverband und hat ein **Nationales Suizidpräventionsprogramm** initiiert:

www.suizidprophylaxe.de/
www.suizidpraevention-deutschland.de/

Auf internationaler Ebene leisten z.B. die **International Association for Suicide Prevention (IASP)** und das **European Network for Suicidology** Vernetzungsarbeit.

www.iasp.info
www.uke.de/extern/ens/

Literatur

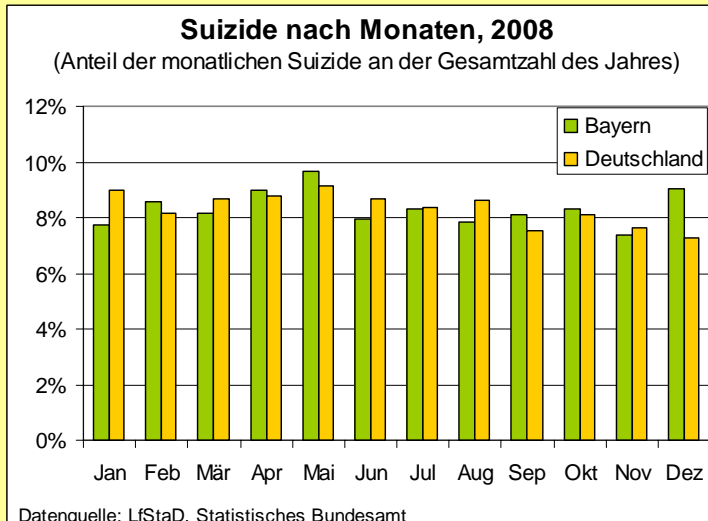
EU (2008) Consensus Paper Prevention of Depression and Suicide. EC, Luxemburg.

Eurostat (2009) Health Statistics. Atlas of mortality in the European Union. EC, Luxemburg.



Jahreszeitlicher Verlauf der Suizide

Der jahreszeitliche Verlauf der Suizide war im Jahr 2008 in Bayern relativ ausgeglichen. Die meisten Suizide haben sich im Mai ereignet (170 Fälle, ca. 10 % aller Suizide des Jahres 2008). Die erhöhte Suizidsterblichkeit im Frühjahr bzw. Frühsommer wird damit in Verbindung gebracht, dass depressiv Erkrankte in dieser Jahreszeit besonders unter ihrem Zustand leiden. Im Winter ist die Suizidsterblichkeit entgegen der allgemeinen Meinung in der Regel nicht erhöht.



Suizidversuche

Während Suizide bei Männern und im Alter häufiger sind, sind Suizidversuche bei Frauen und im jüngeren Alter häufiger. Die Datengrundlage zu Suizidversuchen ist jedoch schlecht. In der Krankenhausstatistik werden Suizidversuche aus Datenschutzgründen nicht erfasst. Daten zu Suizidversuchen liegen somit aus der amtlichen Statistik nicht vor, ihre Häufigkeit kann nur auf der Grundlage von Studien geschätzt werden. Weinacker et al. (2003) haben vor einigen Jahren für Deutschland Raten von 108 pro 100.000 Ew. bei Männern und 131 pro 100.000 Ew. bei Frauen errechnet – allerdings auf der Grundlage einer regional begrenzten Studie. Auf Bayern übertragen wären das jährlich ca. 15.000 Suizidversuche (ca. 6.600 bei Männern und ca. 8.400 bei Frauen).

Hegerl U (2010) Depression und Suizidalität. Profund 4/2010: 14-15.

Fiedler G (2007) Suizide, Suizidversuche und Suizidalität in Deutschland. Daten und Fakten 2005. www.uke.de/extern/tzs/online-text/daten.pdf.

Grashoff U (2010) Auf verlorenem Posten. Suizidprophylaxe in der DDR. Deutsches Ärzteblatt PP 4/2010: 168-170.

RKI (2008). Migration und Gesundheit. Robert Koch-Institut, Berlin.

Rübenach S (2007) Todesursache Suizid. Wirtschaft und Statistik 10/2007: 960-971.

Trabert G (2010) Suizidalität und Armut. Prävention 33: 58-61.

Weinacker B, Schmidtke A, Löhr C (2003): Epidemiologie von Suizid und Suizidversuch. In: Giermalcyk T (Hrsg.) Suizidgefahr. DGVT, Tübingen.

Wolfersdorf M (2006) Suizidalität. In: Stoppe G et al. (Hrsg.) Volkskrankheit Depression? Springer, Heidelberg.

Gesundheitsreport Bayern

Der Gesundheitsreport ist Teil der bayerischen Gesundheitsberichterstattung nach Art. 10 des Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetzes. Nachdruck mit Quellenangabe erwünscht, Belegexemplar erbeten.



Gesundheitsberichterstattung für Bayern

Impressum

Herausgeber:
Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
Eggenreuther Weg 43
91058 Erlangen

www.lgl.bayern.de
presse@lgl.bayern.de

Erlangen, September 2010



Gesund.Leben.Bayern.

Das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit fördert durch seine Gesundheitsinitiative Gesund.Leben.Bayern. auch Projekte zur Prävention psychischer Störungen.

Informationen zur Gesundheitsinitiative:

www.stmug.bayern.de/gesundheit/aufklaerung_vorbeugung/giba/index.htm

Hinweise für Antragsteller:

www.lgl.bayern.de/download_service/doc/gesundheitsfoerderung/gesundlebenbay_hinweise_antragsteller.pdf



Tabellenanhang

Suizidraten in Europa (Rate pro 100.000 Ew., altersstandardisiert)		
	2007	2008
Bulgarien	9,5	10,1
Tschechische Republik	11,9	11,8
Deutschland	9,4	9,4
Estland	16,9	16,5
Irland	10,3	9,3
Griechenland	2,6	2,8
Spanien	6,1	6,5
Frankreich	14,6	14,9
Italien	5,2	:
Lettland	17,8	20,9
Litauen	28,4	30,7
Ungarn	21,4	21,5
Niederlande	7,7	8,1
Österreich	13,2	12,7
Polen	12,9	13,9
Portugal	7,8	7,9
Rumänien	10,5	10,6
Slowenien	18,4	17,3
Slowakei	8,8	10,2
Finnland	17,6	18,4
Schweden	11,4	:
Vereinigtes Königreich	6,1	:
Kroatien	15,0	15,1
Island	11,5	12,2
Norwegen	10,0	10,2
Schweiz	15,1	:

Datenquelle: Eurostat, Standardbevölkerung: alte Europabevölkerung

Suizidrate nach Ländern, 2008 (Suizide pro 100.000 Ew., altersstandardisiert)			
	insgesamt	männlich	weiblich
Deutschland	9,43	14,86	4,43
Nordrhein-Westfalen	7,43	11,59	3,65
Niedersachsen	7,52	11,51	3,83
Berlin	8,39	13,43	3,71
Hamburg	8,45	12,99	4,39
Brandenburg	8,99	14,94	3,50
Mecklenburg-Vorpommern	9,05	15,27	3,44
Sachsen-Anhalt	9,22	14,62	4,18
Rheinland-Pfalz	9,23	14,56	4,31
Hessen	9,83	16,43	3,77
Baden-Württemberg	10,21	15,54	5,30
Schleswig-Holstein	10,44	16,17	5,29
Sachsen	10,77	17,28	5,02
Saarland	11,52	16,60	6,46
Bayern	11,81	18,60	5,46
Bremen	11,99	18,47	6,67
Thüringen	12,49	20,45	4,65

Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Todesursachenstatistik
Altersstandardisierung: alte Europabevölkerung

Tabellenanhang



Suizide in Bayern nach Alter und Geschlecht, absolute Fallzahlen									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
männlich									
Alle Altersgruppen	1.411	1.426	1.396	1.345	1.364	1.267	1.304	1.266	1.317
5-10	.	1	.	.	.	.	.	1	1
10-15	6	5	1	3	.	4	3	4	2
15-20	43	36	45	38	33	39	42	27	53
20-25	74	67	84	74	61	61	61	57	63
25-30	85	84	69	79	70	54	48	53	67
30-35	105	101	91	77	96	64	48	71	51
35-40	119	150	138	123	130	96	101	76	70
40-45	156	149	149	136	126	144	132	139	141
45-50	109	138	123	119	124	119	127	140	143
50-55	110	109	133	120	121	119	115	122	152
55-60	111	112	92	110	103	113	100	90	103
60-65	124	116	107	99	106	82	103	90	59
65-70	92	86	78	94	85	95	116	120	119
70-75	93	75	95	78	84	89	108	87	99
75-80	66	75	83	73	105	70	78	77	83
80-85	53	62	60	63	72	71	67	66	61
85-90	52	42	36	34	21	28	38	30	39
90 und älter	13	18	12	25	27	19	17	16	11
weiblich									
Alle Altersgruppen	548	478	474	477	477	457	468	414	444
5-10	.	.	.	.	.	.	.	.	.
10-15	2	4	2	1	.	1	.	3	1
15-20	18	9	6	15	7	8	11	13	13
20-25	14	13	14	17	10	11	22	15	12
25-30	20	17	13	18	12	7	12	9	14
30-35	29	28	20	21	21	22	13	13	14
35-40	38	24	37	41	36	33	31	33	31
40-45	46	38	44	41	26	34	40	34	32
45-50	49	39	36	30	40	37	54	46	51
50-55	50	40	27	44	40	33	35	29	37
55-60	37	42	28	45	37	31	39	33	33
60-65	47	46	49	30	43	47	33	24	26
65-70	40	38	40	34	52	43	42	52	37
70-75	44	28	42	31	33	35	40	31	32
75-80	43	41	40	36	45	39	32	28	37
80-85	30	37	35	31	41	43	37	23	29
85-90	33	21	34	27	18	22	20	18	33
90 und älter	8	13	7	15	16	11	7	10	12

Datenquelle: Statistisches Bundesamt

Tabellenanhang



Suizide in Bayern, 1990 - 2008

		Beide Geschlechter		Männlich			Weiblich		
Jahr	Fälle	rohe Rate je 100 000 Ew.	altersstand. Rate je 100 000 Ew.	Fälle	rohe Rate je 100 000 Ew.	altersstand. Rate je 100 000 Ew.	Fälle	rohe Rate je 100 000 Ew.	altersstand. Rate je 100 000 Ew.
1990	1997	17,6	15,8	1373	25,0	23,6	624	10,7	8,9
1991	1953	16,9	14,9	1375	24,5	23,1	578	9,8	7,9
1992	2097	18,0	15,9	1468	25,8	24,3	629	10,5	8,7
1993	1874	15,9	14,2	1342	23,3	22,3	532	8,8	7,4
1994	2044	17,2	15,3	1496	25,8	24,3	548	9,0	7,3
1995	2053	17,2	15,5	1469	25,2	23,7	584	9,5	8,1
1996	1974	16,4	14,6	1387	23,7	22,2	587	9,5	8,0
1997	1999	16,6	14,8	1428	24,3	22,8	571	9,2	7,6
1998	1942	16,1	14,4	1445	24,6	23,0	497	8,0	6,8
1999	1881	15,5	13,9	1346	22,8	21,4	535	8,6	7,3
2000	1959	16,1	14,3	1411	23,7	22,0	548	8,8	7,4
2001	1904	15,5	13,7	1426	23,8	21,9	478	7,6	6,3
2002	1870	15,1	13,2	1396	23,1	21,2	474	7,5	5,9
2003	1822	14,7	12,9	1345	22,2	20,4	477	7,5	6,3
2004	1841	14,8	12,7	1364	22,4	20,2	477	7,5	5,9
2005	1724	13,8	11,8	1267	20,8	18,6	457	7,2	5,6
2006	1772	14,2	12,0	1304	21,3	18,7	468	7,4	6,0
2007	1680	13,4	11,3	1266	20,7	18,0	414	6,5	5,3
2008	1761	14,1	11,8	1317	21,5	18,6	444	7,0	5,5

Datenquelle: Stat. Bundesamt, Todesursachenstatistik; Altersstand.: alte Europabevölkerung

Tabellenanhang



Suizide nach Landkreisen und kreisfreien Städten Bayerns				
(Durchschnittliche Zahl der Fälle und durchschnittliche rohe Rate in den Jahren 2004 bis 2008)				
	Durchschnittliche Zahl der Fälle 2004-2008	Durchschnittliche rohe Rate pro 100.000 Ew., 2004-2008	Obere und untere Grenze des 95 %-Konfidenzintervalls der Rate	
Ingolstadt (Krfr.St)	17	14,0	16,9	11,0
München (Krfr.St)	204	16,0	17,0	15,0
Rosenheim (Krfr.St)	10	16,3	20,8	11,7
Altötting (Lkr)	19	17,1	20,5	13,6
Berchtesgadener Land (Lkr)	18	17,6	21,2	14,0
Bad Tölz-Wolfratshausen (Lkr)	19	16,0	19,2	12,8
Dachau (Lkr)	16	12,2	14,8	9,5
Ebersberg (Lkr)	15	11,9	14,6	9,2
Eichstätt (Lkr)	16	13,1	16,0	10,3
Erding (Lkr)	16	13,1	16,0	10,3
Freising (Lkr)	16	9,9	12,1	7,7
Fürstenfeldbruck (Lkr)	27	13,4	15,7	11,1
Garmisch-Partenkirchen (Lkr)	14	16,1	19,8	12,3
Landsberg am Lech (Lkr)	13	11,2	14,0	8,5
Miesbach (Lkr)	15	15,4	18,9	11,9
Mühldorf a.Inn (Lkr)	14	12,8	15,8	9,8
München (Lkr)	41	13,3	15,2	11,5
Neuburg-Schrobenhausen (Lkr)	8	8,8	11,5	6,1
Pfaffenhofen a.d.Ilm (Lkr)	14	12,1	14,9	9,3
Rosenheim (Lkr)	34	13,9	16,0	11,9
Starnberg (Lkr)	16	12,7	15,5	10,0
Traunstein (Lkr)	25	14,9	17,5	12,3
Weilheim-Schongau (Lkr)	20	15,1	18,1	12,1
Oberbayern	608	14,3	14,8	13,8
Landshut (Krfr.St)	10	16,6	21,1	12,0
Passau (Krfr.St)	6	11,5	15,6	7,3
Straubing (Krfr.St)	8	17,0	22,5	11,6
Deggendorf (Lkr)	17	14,6	17,7	11,5
Freyung-Grafenau (Lkr)	11	13,5	17,1	10,0
Kelheim (Lkr)	12	10,8	13,5	8,1
Landshut (Lkr)	18	12,0	14,5	9,5
Passau (Lkr)	33	17,7	20,4	15,0
Regen (Lkr)	17	21,0	25,4	16,5
Rottal-Inn (Lkr)	19	15,8	19,0	12,6
Straubing-Bogen (Lkr)	15	15,1	18,6	11,7
Dingolfing-Landau (Lkr)	13	13,7	17,1	10,3
Niederbayern	178	14,9	15,9	13,9
Amberg (Krfr.St)	6	13,0	17,8	8,3
Regensburg (Krfr.St)	21	16,2	19,3	13,1
Weiden i.d.OPf. (Krfr.St)	9	21,1	27,3	15,0
Amberg-Weizbach (Lkr)	16	14,8	18,1	11,6
Cham (Lkr)	20	15,6	18,7	12,6
Neumarkt i.d.OPf. (Lkr)	15	12,0	14,6	9,3
Neustadt a.d.Waldnaab (Lkr)	15	14,8	18,2	11,5
Regensburg (Lkr)	23	12,6	14,9	10,3
Schwandorf (Lkr)	19	13,3	15,9	10,6
Tirschenreuth (Lkr)	9	11,4	14,7	8,0
Oberpfalz	154	14,1	15,1	13,1

Fortsetzung nächste Seite

Tabellennanhang



Fortsetzung von letzter Seite

Suizide nach Landkreisen und kreisfreien Städten Bayerns (Durchschnittliche Zahl der Fälle und durchschnittliche rohe Rate in den Jahren 2004 bis 2008)				
	Durchschnittliche Zahl der Fälle 2004-2008	Durchschnittliche rohe Rate pro 100.000 Ew., 2004-2008	Obere und untere Grenze des 95 %-Konfidenzintervalls der Rate	
Bamberg (Krfr.St)	11	15,2	19,3	11,1
Bayreuth (Krfr.St)	10	13,6	17,3	9,8
Coburg (Krfr.St)	8	18,2	24,0	12,4
Hof (Krfr.St)	6	12,0	16,3	7,6
Bamberg (Lkr)	13	8,8	11,0	6,7
Bayreuth (Lkr)	15	14,0	17,2	10,9
Coburg (Lkr)	11	12,3	15,5	9,1
Forchheim (Lkr)	10	8,6	11,1	6,2
Hof (Lkr)	19	18,5	22,1	14,8
Kronach (Lkr)	12	16,9	21,1	12,7
Kulmbach (Lkr)	11	14,8	18,7	11,0
Lichtenfels (Lkr)	10	14,3	18,3	10,4
Wunsiedel i.Fichtelgebirge (Lkr)	14	17,0	21,0	13,0
Oberfranken	150	13,7	14,6	12,7
Ansbach (Krfr.St)	6	15,8	21,3	10,3
Erlangen (Krfr.St)	15	14,1	17,3	10,9
Fürth (Krfr.St)	17	15,3	18,6	12,1
Nürnberg (Krfr.St)	76	15,2	16,8	13,7
Schwabach (Krfr.St)	5	12,4	17,4	7,4
Ansbach (Lkr)	27	14,6	17,1	12,1
Erlangen-Höchstadt (Lkr)	12	9,5	11,8	7,1
Fürth (Lkr)	15	13,3	16,3	10,3
Nürnberger Land (Lkr)	25	15,0	17,6	12,4
Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim (Lkr)	17	16,7	20,3	13,1
Roth (Lkr)	16	12,9	15,7	10,1
Weißenburg-Gunzenhausen (Lkr)	17	18,4	22,3	14,6
Mittelfranken	249	14,5	15,4	13,7
Aschaffenburg (Krfr.St)	10	14,6	18,6	10,5
Schweinfurt (Krfr.St)	8	15,5	20,2	10,8
Würzburg (Krfr.St)	21	15,5	18,5	12,6
Aschaffenburg (Lkr)	17	10,0	12,1	7,9
Bad Kissingen (Lkr)	15	13,6	16,7	10,5
Rhön-Grabfeld (Lkr)	9	10,7	13,8	7,6
Haßberge (Lkr)	10	11,5	14,6	8,3
Kitzingen (Lkr)	11	11,9	15,0	8,7
Miltenberg (Lkr)	15	11,5	14,0	8,9
Main-Spessart (Lkr)	15	11,6	14,2	9,0
Schweinfurt (Lkr)	10	8,8	11,3	6,4
Würzburg (Lkr)	19	11,7	14,1	9,4
Unterfranken	160	12,0	12,8	11,1
Augsburg (Krfr.St)	41	15,6	17,7	13,4
Kaufbeuren (Krfr.St)	7	17,1	22,6	11,5
Kempten (Allgäu) (Krfr.St)	12	19,8	24,8	14,8
Memmingen (Krfr.St)	7	16,5	22,1	11,0
Aichach-Friedberg (Lkr)	19	14,6	17,6	11,6
Augsburg (Lkr)	32	13,1	15,1	11,1
Dillingen a.d.Donau (Lkr)	15	16,2	19,8	12,6
Günzburg (Lkr)	17	14,1	17,1	11,1
Neu-Ulm (Lkr)	24	14,4	17,0	11,8
Lindau (Bodensee) (Lkr)	10	12,3	15,8	8,9
Ostallgäu (Lkr)	16	11,7	14,3	9,2
Unterallgäu (Lkr)	17	12,7	15,3	10,0
Donau-Ries (Lkr)	16	12,4	15,1	9,7
Oberallgäu (Lkr)	24	16,0	18,8	13,1
Schwaben	256	14,3	15,1	13,6
Bayern	1 756	14,1	14,4	13,8

Datenquelle: LfStaD, Berechnungen: LGL

Hinweis: Beim Vergleich der Raten ist zu beachten, dass die absoluten Fallzahlen in den meisten Städten und Landkreisen sehr klein sind und auch die über 5 Jahre gemittelten Raten daher erheblich durch zufällige Schwankungen beeinflusst sein können. Beispielsweise ist die Rate der Stadt Weiden durch eine zufällig erhöhte Suizidzahl im Jahr 2006 verzerrt. Die Konfidenzintervalle geben einen Hinweis auf die zufallsbedingten Unsicherheiten. Des Weiteren ist zu beachten, dass die Raten in dieser Tabelle nicht altersstandardisiert sind.

Tabellennachhang