

Aus den Städtischen Krankenanstalten Augsburg, Medizinische und Nervenklinik
(Dir.: Prof. Dr. G. STÖTTER)

Über den Selbstmord in der Nachkriegszeit

Eine Untersuchung von 1200 Fällen aus einer süddeutschen Großstadt

Von

H. BAYREUTHER

Mit 7 Textabbildungen

(Eingegangen am 17. August 1956)

Wenn im folgenden über die Bedeutung und Häufigkeit des Selbstmordes innerhalb einer deutschen Großstadt unter den Bedingungen der Nachkriegszeit berichtet werden soll, so ist damit die Problemstellung bereits umrissen. Es soll ein Beitrag zu der Frage geleistet werden, ob und ggf. in welcher Form die Selbstmordneigung einer Bevölkerung von Faktoren abhängig ist, die in der politischen und wirtschaftlichen Entwicklung gelegen sind.

In den untersuchten Zeitraum fiel eine Reihe von Ereignissen, die das soziale Gefüge erschütterten und umgestalteten. Genannt seien die Bombardierung und weitgehende Zerstörung der Stadt (1944), das Kriegsende mit anschließender Besatzungszeit, der Einstrom von hauptsächlich aus dem Osten stammenden heimatvertriebenen Deutschen und Ausländern, die Lebensmittelknappheit, die Währungsreform sowie die daran anschließende wirtschaftliche Reorganisation. Im ganzen gesehen wurden durch diese Ereignisse alle Bevölkerungskreise in Mitleidenschaft gezogen. Jedoch bestanden hinsichtlich des Zeitpunktes und der Intensität Unterschiede. Diese werden besonders deutlich, wenn man z. B. die Lebensumstände der einheimischen Bevölkerung mit denen der Flüchtlinge vergleicht. Während letztere bis zum Zeitpunkt der Währungsreform durch den völligen Verlust ihrer Existenzgrundlagen, ihres Bar- und Sachvermögens schwere Einbußen erlitten, wurde andererseits die einheimische Bevölkerung, soweit sie nicht bereits durch Bombenschaden mittellos geworden war, später durch die Vermögensabgabe im Rahmen des Lastenausgleichs schwer betroffen. Diese für die genannten Personenkreise unterschiedlichen Verhältnisse müssen bei der Beantwortung der Frage nach der Abhängigkeit der SM-Bereitschaft in die Betrachtung einbezogen werden.

Ebenso dürfen die bekannteren für die Selbstmordhäufigkeit entscheidenden Bedingungen wie Alter, Geschlecht, Konfessions- und Stammeszugehörigkeit bei der Bewertung der Ergebnisse nicht außer

acht gelassen werden. In diesem Zusammenhang wird auf die in der zusammenfassenden Arbeit über den SM von GRUHLE niedergelegten Zahlenverhältnisse verwiesen.

Darüber hinaus liegen noch eine Reihe von Untersuchungen über den SM in den deutschen Großstädten vor, so aus Berlin (1923—27 DONALIES, KÜRTEN), aus Hamburg (1880—1930 LÖWENBERG, SIEVEKING, KOOPMANN u. BOETTIGER, TRÖMMER), aus München (OBERMAYER), Frankfurt (HENTIG), Königsberg (GORONCY), um nur einige zu nennen. Angaben über die Verhältnisse nach dem 2. Weltkrieg enthalten die Arbeiten von FEUDELL (Leipzig, 1940—49), MÜLLER u. SITKA und HEYN. Von ausländischen europäischen Großstädten berichten die Arbeiten von LEONCINI (Florenz, 1900—15), GRZYWO-DABROWSKI (Warschau, 1921—30), HEINDL (Rußland, 1922—25), DELLANNOY (Wien, 1926), WRIGHT (London), SERIN (Paris) und CATALANO-NOBILI u. CERQUETTELLI (Rom).

Material und Gliederung

Innerhalb von 10 Jahren, nämlich von 1944—53, wurden in Augsburg 1205 gegen das eigene Leben gerichtete Handlungen (SMH) polizeilich registriert. Hier von gingen 478 tödlich aus, führten also zum Selbstmord (SM), während 727 Fälle nicht letal endeten und somit als Selbstmordversuch (SMV) verliefen.

Die absolute Zahl der in den einzelnen Jahren festgestellten Fälle von SM und SMV gibt die Tab. I wieder. Hierin wurde einerseits zwischen „Einheimischen“, „Flüchtlingen“, sowie „Ausländern“, andererseits zwischen „Ortsansässigen“ und „Auswärtigen“ unterschieden. Bei der Errechnung der Häufigkeit (angegeben in ‰/ooo) bezogen auf den jeweils zugehörigen Personenkreis) wurde ausschließlich die ortsansässige Bevölkerung berücksichtigt. Diese betrug Anfang 1944 194 000 Personen. Sie verringerte sich nach der Bombardierung der Stadt am 1. 2. 44 auf 117 000, um in langsamem Anstieg bis 1953 wieder den Ausgangswert zu erreichen. Die Bezugszahlen der Flüchtlinge und Ausländer beruhen für die ersten beiden Jahre auf Schätzungen. Die Zahl der Flüchtlinge stieg dann von 8 900 im Jahre 1946 auf 25 800 im Jahre 1953 an. Für die Ausländer wurden die von der IRO ermittelten Zahlen zugrunde gelegt. Danach verringerte sich die Zahl derselben von 9 500 im Jahre 1946 auf 2 600 im Jahre 1951. Zu diesem Zeitpunkt fand die Betreuung durch die IRO ihr Ende, da der überwiegende Anteil der Ausländer bereits ausgewandert war.

Etwa 29% der registrierten Selbstmörder hatten ihren Wohnsitz außerhalb der Stadt. Im wesentlichen handelte es sich hierbei um Personen aus unmittelbar angrenzenden, aber nicht eingemeindeten Ortschaften. Der Anteil obdachloser, nicht sesshafter Menschen war verschwindend klein. Gemessen an den Vorkriegsverhältnissen war die Gesamtzahl der auswärtigen SM jedoch erhöht. Es muß aber berücksichtigt werden, daß täglich eine große Anzahl von Menschen, die ihren Wohnsitz außerhalb der Stadt hatten, ihrer Arbeit in Augsburg nachging. Zu einem großen Teil handelte es sich dabei um wegen der Zerstörung der Stadt evakuierte Personen. Die Zahl belief sich im Jahre 1953 auf 20 000 Personen, das bedeutet, daß 10% der tagsüber in der Stadt anwesenden Personen nicht ortsansässig waren. Darüber hinaus wurden die von auswärts in die städtischen Krankenhäuser eingewiesenen Fälle mitgezählt. Da es sich hierbei meist um SMV handelte, ist der Anteil von Auswärtigen in dieser Gruppe besonders groß. Bei den Flüchtlingen war der Anteil der auswärtigen Selbstmörder mit 48% gegenüber den Einheimischen, bei denen er 25% ausmachte, deutlich größer. Insgesamt lassen sich die ermittelten Zahlenverhältnisse zwangslös durch die in der Nachkriegszeit gegebenen Wohn- und Arbeitsbedingungen erklären. Wenn man bedenkt, daß in der Vorkriegszeit in Städten gleicher

Tabelle 1. Die Gliederung der untersuchten Fälle
SM — Selbstmord — 478 Fälle; SMV — Selbstmordversuch — 727 Fälle; SMH — Selbstmordhandlung (SM + SMV) — 1205 Fälle

	Deutsche Bevölkerung												Ausländer												
	einheimische Bevölkerung						heimatvertriebene Deutsche						heimatvertriebene Ausländer						heimatvertriebene			sonstige			
	SM	SMV	SMH	SM	SMV	SMH	SM	SMV	SMH	SM	SMV	SMH	SM*	SMV	SMH	SM*	SM	SMV	SMH	SM	SMV	SMH	SM	SMV	SMH
1944	30	23	53	13	2	15	4	4	8	1	1	1	1	2	1	3									
1945	19	13	32	19	1	19	1	2	3	6	1	7		3	1	4									
1946	25	11	36	6	1	7	3	1	4	1	2	3		5	5	5									
1947	28	43	71	3	16	19	4	8	12		2	2		5	5	5									
1948	25	52	77	3	13	16	3	6	9	3	6	9		1	2	3									
1949	41	58	99	6	12	18	4	6	10	4	10	14		(4)	2	3									
1950	39	47	86	6	27	33	4	4	8	3	14	17		(2)	2	4									
1951	38	64	102	13	23	36	3	8	11	4	14	18		(10)	1	2									
1952	38	63	101	6	25	32	7	7	14	4	13	17		(2)	6	6									
1953	22	57	79	7	23	30	5	11	16	4	13	17		(3)											
Summe	305	431	736	83	143	225	38	57	95	30	75	105	(21)	21	17	38	2	4	6						

(SM* — auswärts von Ortsansässigen ausgeführte SM)

Größenordnung etwa 20% der Selbstmörder von auswärts kamen, so wird klar, daß die von uns errechneten Zahlen keine sicheren Schlüsse auf die SM-Häufigkeit innerhalb der durch den Krieg und seine Folgen in Fluktuation geratenen Bevölkerungsteile zulassen.

Die von Ortsansässigen außerhalb der Stadt verübten SM konnten bei der Auswertung nicht berücksichtigt werden, da hierüber nur unvollständige Zahlen vorliegen. Sie sind in Tab. 1 wiedergegeben.

Die Heimatzugehörigkeit der registrierten Flüchtlinge und Ausländer unter den Selbstmörtern ist aus den Tab. 2 und 3 ersichtlich. Danach handelt es sich bei den Flüchtlingen im wesentlichen um Menschen aus den Ostgebieten. Das Sudetenland und die Gebiete jenseits der Oder-Neiße-Linie sind am zahlreichsten vertreten. Die Verteilungsverhältnisse entsprechen der Struktur der Flüchtlingsbevölkerung. Von den Ausländern war der größte Teil in Polen beheimatet.

Tabelle 2. *Verteilung der heimatvertriebenen Deutschen auf die wichtigsten Herkunftsgebiete (in Prozent der Gesamtzahl)*

	Sowj. Besatzungs- Zone	Ostgebiete jenseits Oder-Neiße	Sudeten- land (CSR)	Ost- europ. Länder	Sachsen	Schles.	Ost- west- preuß.	Berlin
SM	23,2	30,3	29,0	8,3	14,5	18,9	8,2	5,8
SMV	28,5	30,0	32,0	5,3	12,7	17,3	9,0	10,5
Erfq. . . .	56	64	51	50	52	41	37	33

Tabelle 3. *Verteilung der heimatvertriebenen Ausländer auf Herkunftsländer (in Prozent der Gesamtzahl, für SM und SMV getrennt)*

	Polen	Lettland	Estland	Litauen	Ungarn	Rußland
SM	28	19	8	8	8	14
SMV	35	12	12		12	
Erfq. . . .	50	50	33		33	

Die Häufigkeit der Selbsttötungsabsicht

In dem Entschluß eines Menschen, Hand an sich zu legen, ist eine Reihe von in seiner Persönlichkeit und der Um- und Welt gelegenen Faktoren enthalten. Sie bilden zusammen schließlich die zum Lebensüberdrüß führende Konstellation. Es galt daher, das Zusammenspiel dieser Faktoren—soweit sie statistisch faßbar waren—zu analysieren und ihre Abwandlungen zu verfolgen. Als Maß diente zunächst die Häufig-

Tabelle 4. *Selbstmordgefährdung, Selbstmordhäufigkeit und Erfolgsquote in Abhängigkeit von der Konfession, gesamt und für die Geschlechter getrennt. (Augsburg 1944–53)*

	Katholiken			Protestanten			Gesamt-Bevölkerung		
	SMH	SM	Eq	SMH	SM	Eq	SMH	SM	Eq
	%/ooo/Jahr	%		%/ooo/Jahr	%		%/ooo/Jahr	%	
♂	47,3	23,8	50	44,0	28,0	64	56,2	26,0	52
♀	44,8	14,3	32	48,6	19,1	39	48,6	15,9	33
♂ + ♀	46,0	18,6	40	46,5	23,1	50	49,5	29,5	41

keit ihres Vorkommens. Danach mußte als SM-Neigung einer bestimmten Personengruppe die Häufigkeit von auf die Selbsttötung abzielenden Verhaltensweisen angesehen werden, ganz gleich, ob diese nun zu einem SM mit tödlichem Ausgang oder nur zu einem SMV führten. Daher soll die Betrachtung von den gesamten SMH ihren Ausgang nehmen.

Im ganzen gesehen wurden pro Jahr etwa 50 von 100 000 Menschen lebensmüde. Umgerechnet auf die gesamte Lebensdauer einer Generation besagt diese Zahl, daß etwa 2—4% der Individuen derselben im Verlauf ihres Lebens Hand an sich gelegt haben. Werden die SMV in Abzug gebracht, so war etwa jeder 50. Todesfall auf SM zurückzuführen. Die für die einzelnen Jahre errechneten, in Abb. 3 wiedergegebenen Ziffern schwanken zwischen 2,8 und 1,7%.

Die SM-Neigung innerhalb der Geschlechter wies nur einen geringen Unterschied zugunsten der Männer auf. Dieser Unterschied war bei ausschließlicher Berücksichtigung der einheimischen Bevölkerung weniger augenfällig und schließlich bei den Hauptkonfessionen nicht mehr nachweisbar. Dies scheint uns zu dem Schluß zu berechtigen, daß eine den SM nahelegende Situation bei beiden Geschlechtern gleich häufig vorkommt. Darüber hinaus fällt auf, daß die Zugehörigkeit zu einer Konfession aufkommende suicidale Impulse nicht zurückzudrängen vermag.

Das Lebensalter war jedoch bedeutsamer für die SM-Neigung (Abb. 1). Während im 1. Lebensjahrzehnt eine solche noch fehlte, trat sie mit Ende des 2. bereits deutlich in Erscheinung, um im 3. Lebensjahrzehnt mit 70‰ einen Gipfel zu erreichen, dem ein Rückgang folgte, der im Greisenalter schließlich einem erneuten steilen Anstieg Platz machte.

Die Verteilung der Fälle von SMH auf die Monate des Jahres ergab, wie Abb. 2 zeigt, die bekannten Frühjahrs- und Herbstgipfel.

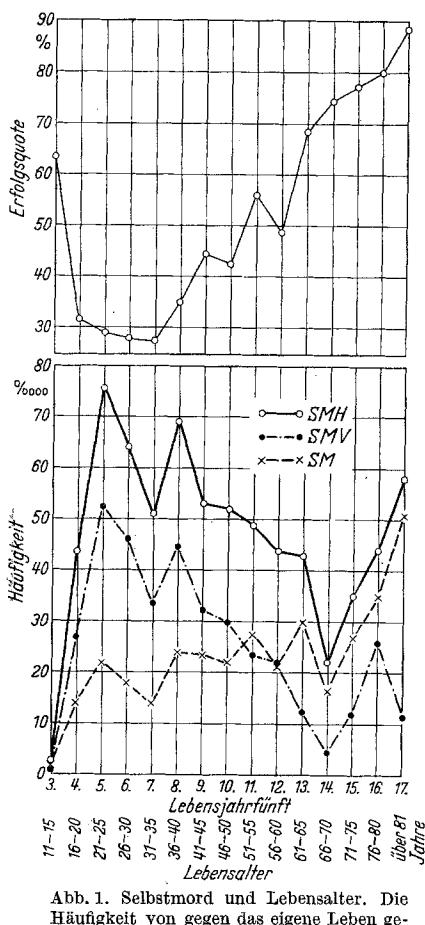


Abb. 1. Selbstmord und Lebensalter. Die Häufigkeit von gegen das eigene Leben gerichteten Handlungen (SMH) (gesamt und nach Selbstmordversuch (SMV) und Selbstmord (SM) getrennt) sowie die zugehörige Erfolgsquote innerhalb der verschiedenen Altersklassen

Während im 1. Lebensjahrzehnt eine solche noch fehlte, trat sie mit Ende des 2. bereits deutlich in Erscheinung, um im 3. Lebensjahrzehnt mit 70‰ einen Gipfel zu erreichen, dem ein Rückgang folgte, der im Greisenalter schließlich einem erneuten steilen Anstieg Platz machte.

Die Verteilung der Fälle von SMH auf die Monate des Jahres ergab, wie Abb. 2 zeigt, die bekannten Frühjahrs- und Herbstgipfel.

Als häufigstes SM-Motiv wurde in einem Drittel der Fälle „Depression“ angegeben. Da es sich nicht um eine nach psychiatrischen Gesichtspunkten geführte Statistik handelt, lässt sich eine Unterscheidung zwischen erlebnisbedingter und endogener Verstimmung nicht treffen. „Der Streit innerhalb der Familie“ wurde als nächst häufiges Motiv in einem Viertel der Fälle genannt. „Nervenkrankheit“ erschien in einem Zehntel der

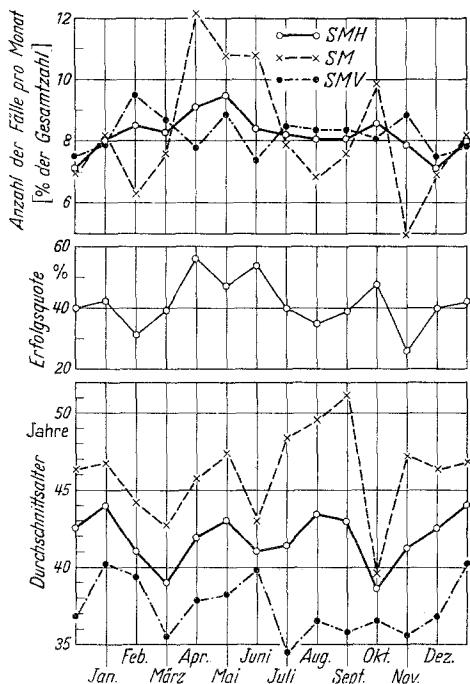


Abb. 2

Abb. 2. Selbstmord und Jahreszeit. Die Verteilung der Fälle auf die einzelnen Monate des Jahres nebst Erfolgsquote und Durchschnittsalter

Abb. 3. Die Häufigkeit der gegen das eigene Leben gerichteten Handlungen (SMH), der Selbstmordversuche (SMV) und der Selbstmorde (SM) innerhalb der ortsansässigen einheimischen Bevölkerung, der Prozentsatz der tödlich ausgehenden SMH und die Häufigkeit des SM als Todesursache in den Jahren 1944—53

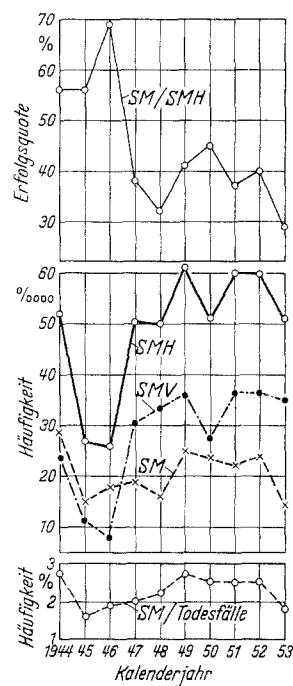


Abb. 3

Fälle „Nervenkrankheit“ bedeutet hier mehr Psychopathie als Psychose. Alle anderen Motive waren nur von geringer Häufigkeit. Nur 2% der Fälle wurden auf Geisteskrankheit zurückgeführt, worunter hier fast ausschließlich Schizophrenie zu verstehen ist. Epilepsie und Schizophrenie kamen im Verhältnis 1:10 vor. Weitere Einzelheiten sind aus Tab. 5 zu entnehmen.

Unter den Tötungsmitteln standen die Schlaftabletten mit 27% und das Leuchtgas mit 26% an der Spitze. Das Erhängen wurde (mit 15%)

Tabelle 5. *Erfolgsquote und Häufigkeit (in Prozent der SMH Fälle) der wichtigsten Selbstmordmotivgruppen und die Beziehungen zum Lebensalter (Durchschnittsalter), gesamt und nach Geschlecht getrennt. (Augsburg 1944—53)*

	Erfolgsquote %			Häufigkeit %			Durchschn.-Alter		
	Ges.	♂	♀	Ges.	♂	♀	Ges.	♂	♀
Depression	52	61	44	33,3	31	35,4	45,6	47	46,7
Familiärer Streit	23	33,5	15,8	23	20	26	38,5	40,2	37
„Nervenkrankheit“	32	40	24	11,1	11,5	10,6	44,4	45	43,5
Liebeskummer	19	25,5	15	9	8,3	9,6	26,3	25,8	26,9
Furcht v. Strafe.	45	55	20	6,3	9,8	3,2	36,7	38,3	30,7
Unheilbare Krankheit	72	72,5	72	5,7	6,4	5,1	56	53,7	59,3
Wirtschaftliche Notlage . . .	35	41	20	2,9	3,9	1,9	45,3	47,5	41,5
unbekannt	18,5	20	17,7	2,8	1,8	3,7	39,7	44,5	36,7
Sonstige Motive	41	54	28,6	2,3	2,3	2,2	37,6	39,4	36,6
Geisteskrankheit	50	64	39	9	1,9	2,1	39,6	36,6	42,3
Trunksucht	65	63		1,7	3,4	0,6	48	48	46

schon wesentlich seltener angewandt. Alle anderen Mittel spielten der Häufigkeit nach nur eine untergeordnete Rolle.

Im Verlauf der untersuchten Jahre zeichnete sich das Jahr des Kriegsendes 1945 in bezug auf die Häufigkeit von SMH als Tiefpunkt ab (Abb. 3). In den darauffolgenden Jahren verdoppelte sich diese von 30 auf 60%₀₀₀₀. In diesem Anstieg erschien das Jahr der Währungsreform 1948 als Einschnitt, dem ein kleiner Gipfel folgte. Beide Geschlechter nahmen an der Entwicklung in gleichem Maße teil (Abb. 5).

Die Nachhaltigkeit der Selbstdtötungsabsicht

Neben der Häufigkeit, die ein extensives Maß abgibt, läßt sich die Intensität der SM-Neigung noch durch das Verhältnis der SM — also der hinsichtlich des tödlichen Ausgangs als „erfolgreich“ zu bezeichnenden Fälle — zu den SMH charakterisieren. Die Berücksichtigung dieses in Prozent angegebenen und als „Erfolgsquote“ (Eq) bezeichneten Verhältnisses ermöglicht weitere aufschlußreiche Einsichten.

Insgesamt führte die Selbstdtötungsabsicht in 40% der Fälle zum Tode (Tab. 4). Jedoch bestand bei den Geschlechtern ein beträchtlicher Unterschied in der Ernsthaftigkeit der SM-Absicht: Die Eq war bei den Männern mit 52% fast doppelt so hoch wie bei den Frauen, bei denen sie sich auf 33% belief. Das heißt, daß, obwohl die Selbstdtötungsabsicht bei Männern und Frauen annähernd gleich häufig auftrat, deren Realisation bei ersteren jedoch konsequenter erfolgte und somit wesentlich häufiger zum Tode führte.

Dieser geschlechtsbedingte Unterschied fand auch bei der Wahl der Tötungsmittel seinen Ausdruck darin, daß die Männer die erfolgssichereren, allerdings auch eine gewisse eigene Aktivität voraussetzenden Methoden bevorzugten (Tab. 6).

Tabelle 6. *Die Erfolgsquote und Häufigkeit verschiedener Selbstmordmittel und die Beziehungen zum Lebensalter*
(Gesamt und nach Geschlechtern getrennt) Augsburg 1944—53

	Erfolgsquote %			Häufigkeit %			Durchschn. Alter		
	Ges.	♂	♀	Ges.	♂	♀	Ges.	♂	♀
Erschießen	80,8	83,5	50,0	2,1	4,6	0,4	42,3	41,5	50,5
Erhängen	77,0	77,5	75,0	14,7	22,5	5,3	47,4	47,6	45,2
Überfahren	71,5	66,6	76,6	4,6	5,7	2,9	36,5	36,4	37,0
Herabstürzen	63,8	78,5	50,0	2,6	3,1	3,5	46,7	49,1	46,2
Ertränken	58,5	62,0	55,5	9,7	8,1	11,5	51,2	49,7	52,1
Vergiften	41,0	41,0	40,7	4,0	4,4	4,7	43,0	44,3	37,8
Leuchtgas	39,4	45,7	35,0	26,4	25,4	34,1	41,9	42,2	41,5
Kombinierte Mittel	17,6	22,0		1,4	1,3	0,4	56,6	54,0	66,0
Schlafmittel	10,6	20,0	6,2	27,4	16,6	30,7	38,6	37,6	39,0
Eröffnen einer Ader	10,4	19,0	2,3	7,2	8,3	6,5	40,7	40,9	40,5

Bei den Konfessionen war die Eq unter den Protestanten mit 50% um fast 25% höher als unter den Katholiken, bei denen sie nur 40% betrug. Auch der geschlechtsbedingte Unterschied blieb innerhalb der Konfessionen erhalten. Dadurch standen die protestantischen Männer mit einer Eq von 64% an der Spitze. Durch die unterschiedliche Eq resultiert insgesamt eine gegenüber den Katholiken um das 1,25fach höhere SM-Ziffer von 23⁰/₀₀₀₀.

Dieser Unterschied hat sich gegenüber der Vorkriegszeit, in der er noch das 1,9fache betrug, deutlich verringert. Das heißt, daß der seit langem beobachtete Prozeß einer Annäherung der für die Konfessionen kennzeichnenden SM-Ziffern sich in der Nachkriegszeit fortgesetzt hat.

Auf Grund unserer Untersuchungen läßt sich die Auswirkung der katholischen Konfession auf die SM-Häufigkeit folgendermaßen definieren: Diese vermag bei ihren Gläubigen die Häufigkeit einer Situation, aus der der Entschluß zum SM erwächst, nicht zu vermindern. — Eine solche ist in der Bevölkerung unabhängig von der Konfession und dem Geschlecht in gleichem Maße vorhanden. — Bei der Verwirklichung dieses Entschlusses jedoch vermögen die strengeren Gebote der katholischen Kirche wohl auf dem Wege über unbewußte Hemmungen den tödlichen Ausgang in vielen Fällen zu verhindern, so daß letztlich durch eine geringere Eq eine vergleichsweise niedrige SM-Ziffer entsteht.

Weitere Aufschlüsse gab die Eq auch in bezug auf das Lebensalter. Mit steigendem Alter nahm die Ernsthaftigkeit der Tötungsabsicht zu (Abb. 1). Während die Eq im 3. Lebensjahrzehnt nur 30% betrug, erreichte sie im Greisenalter fast 90%. Bemerkenswert ist die Tatsache, daß die — allerdings sehr seltenen — SMH der Jugendlichen mit einer hohen Eq belastet waren. Innerhalb der Geschlechter kam dem Alter die gleiche

Bedeutung zu, nur lag die Kurve der Frauen auf einem niedrigeren Niveau (Abb. 4).

Auch für die einzelnen Monate des Jahres ließ sich eine unterschiedliche Eq errechnen. Sie stieg im Frühjahr gleichsinnig mit Häufigkeit und Durchschnittsalter an (Abb. 2). Insgesamt bestimmt die SM-Kurve den Verlauf der Eq-Kurve, da diejenige der SMV die charakteristischen jahreszeitlichen Schwankungen vermissen läßt. Die SM-Kurve wiederum wird durch die unterschiedliche Verteilung der Depressions-Fälle (42% der SM) auf die Monate des Jahres bestimmt. Bei den SMV hingegen treten diese mit einem Anteil von nur 27% in den Hintergrund. Die Kurve der SMV folgt daher vorwiegend der Verteilung von Fällen mit anderen, von der Jahreszeit weniger oder anders abhängigen Motiven, in erster Linie aus der Gruppe „Familiärer Streit“, die bei den SMV mit 30% mehr als doppelt so hoch ist wie bei den SM. Im Spätsommer wurden die jüngeren Jahrgänge unter den Selbstmörtern vermisst, so daß hier hohes Alter und geringe Häufigkeit zusammenfielen. Der Einfluß der Jahreszeit ließ sich bei den Geschlechtern in gleichem Maße nachweisen, vielleicht wirkte er sich bei den Frauen etwas früher aus.

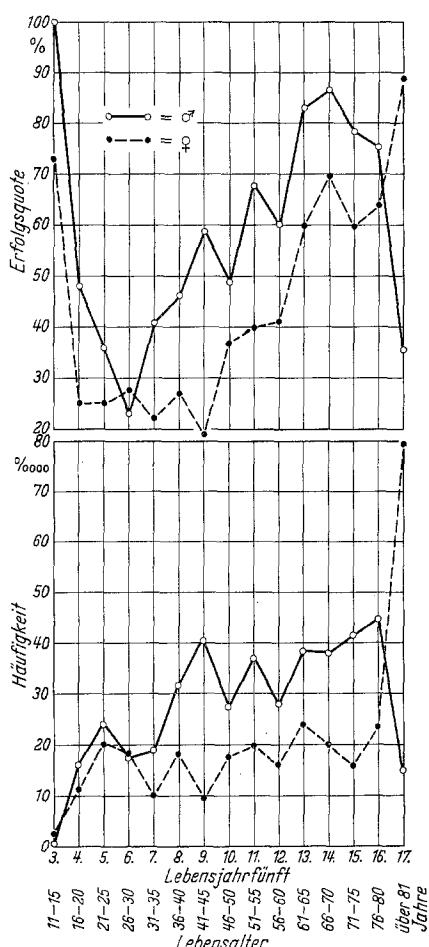


Abb. 4. Selbstmordhäufigkeit (%/1000) und Erfolgsquote (%) in Abhängigkeit vom Lebensalter nach Geschlechtern getrennt

handelte sich hierbei fast ausschließlich um alte Menschen. Dann folgten die allerdings sehr kleinen Gruppen „Geisteskrankheit“ und „Trunksucht“. Die größte Motiv-Gruppe „Depression“ (33%) war mit einer Eq von 52% belastet, was insofern hervorgehoben zu werden verdient, als hier Intensität und Häufigkeit zusammenfallen. In weitem Abstand

Wie Tab. 5 zeigt, kommen den einzelnen Motivgruppen recht unterschiedliche Erfolgsquoten zu: Mit einer Eq von 72% erwies sich die Tötungsabsicht wegen unheilbarer Krankheit als am nachhaltigsten. Es

folgte erst die Gruppe „Fam.-Streit“ (23%) mit einer Eq von nur 23%. Mit 19% kam der Gruppe „Liebeskummer“ die geringste Eq und aus verständlichen Gründen das niedrigste Durchschnittsalter zu. Der geschlechtsbedingte Unterschied der Eq wurde auch innerhalb der Motivgruppen eingehalten. Die Rangfolge ihrer Häufigkeiten wurde innerhalb der Geschlechter gewahrt.

Die verschiedenen Tötungsmittel erwiesen sich — wie die Eq zeigt — als unterschiedlich gefährlich: An der Spitze stand das Erschießen mit einer Eq von 80%. Jedoch wurde dieses nur selten und vorwiegend von jüngeren Männern angewandt (Tab. 6). Die wegen der Häufigkeit ihrer Anwendung (27% der Fälle) so wichtigen Schlafmittel stehen in der Rangfolge der Gefährlichkeit mit einer Eq von nur 10% am Ende der Reihe. Sie wurden von jungen Menschen, weitaus überwiegend von Frauen benutzt. Das ebenfalls recht häufig benutzte Leuchtgas (26% der Fälle) ist mit einer Eq von 40% schon wesentlich bedenklicher. Auch hierbei handelte es sich — wie bei allen — keine besondere eigene Aktivität voraussetzenden Methoden — um ein Mittel, zu dem in erster Linie die Frauen ihre Zuflucht nahmen. Beim Erhängen trafen Häufigkeit und Gefährlichkeit zusammen. Dieser Methode gaben vorwiegend ältere Männer den Vorzug.

Nach dem Kriegsende nahmen SMV und SM beträchtlich zu. Da die Zunahme der SMV jedoch größer war als die der SM, sank die Eq im Laufe der Jahre von 60 auf 30% ab (Abb. 3). Die krisenbedingte Zunahme der SM nach 1945 und 48 spiegelte sich in einer Erhöhung der Eq wieder. Sie erfolgte auf Kosten alter Menschen. Die Geschlechter beteiligten sich in gleichem Maße an dieser Entwicklung (Abb. 5)

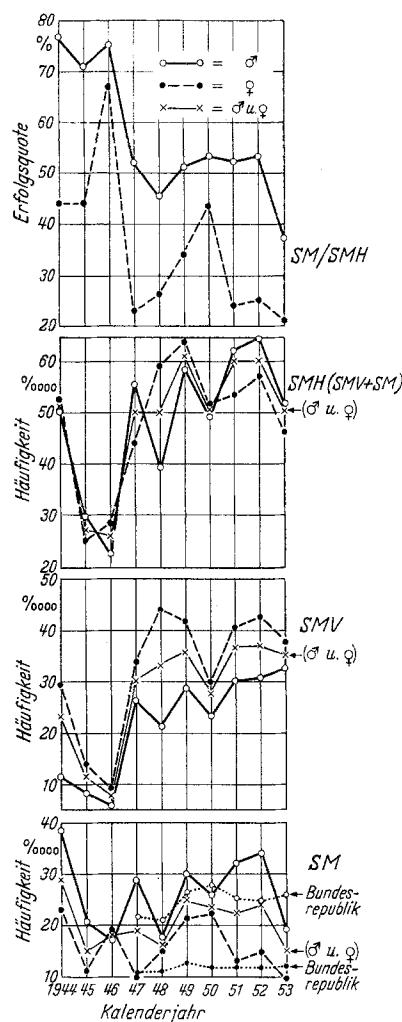


Abb. 5. Die Häufigkeit von SMH, SMV und SM innerhalb der ortsansässigen einheimischen männlichen bzw. weiblichen Bevölkerung sowie die zugehörige Erfolgsquote in den Jahren 1944—53. (SM-Ziffern der Bundesrepublik sind zum Vergleich beigefügt)

Das zeitliche Intervall weist darauf hin, daß diesen Selbstmorden die Züge des *Bilanz-SM* anhaften. Sie erfolgten nicht in unmittelbarem Anschluß an den Anlaß, sondern erst nach reiflicher Überlegung zu einem späteren Zeitpunkt, nämlich in dem Augenblick, in dem sich die Auswirkungen der Umwälzungen übersehen ließen, und zwar verübten Menschen ihn, denen die Anpassung an die neuen Verhältnisse infolge ihres vorgeschrittenen Lebensalters besondere Schwierigkeiten bereitete. Die SM-Ziffern der Bundesrepublik, die seit 1947 vorliegen, zeigen, daß dieser Effekt der Währungsreform bei den Männern stärker ausgeprägt war und länger anhielt.

Insgesamt glauben wir, unseren Zahlen folgende Deutung geben zu dürfen: Die Entwicklung der SM-Statistik der Nachkriegszeit war im wesentlichen bestimmt durch eine mit der Besserung der wirtschaftlichen Lage parallel laufende Zunahme der SM-Neigung. Die Krisen der Jahre 1945 und 48, die zu einer weitgehenden Nivellierung der Existenzbedingungen der Bevölkerung führten, wirkten sich zunächst in einer Verminderung der SM-Häufigkeit aus. Jedoch mit zunehmender Entfaltung der Initiative im Existenzkampf unter den durch die Umstürze neugestalteten Bedingungen und der hierdurch verursachten Entwicklung eingreifender sozialer Unterschiede sowie Spannungen ergab sich auch eine Vermehrung von Konfliktstoffen, die letztthin in der SM-Statistik ihren Niederschlag fand. Da dieser „milieubedingten“ SM-Neigung nur eine geringe Intensität zukam — sie fand sich vorwiegend in der Motivgruppe „Familien-Streit“ —, erschien die hierdurch bedingte Zunahme vorwiegend bei den SMV und in viel geringerem Ausmaße bei den SM. Sie erfolgte — so muß man auf Grund des in den letzten Jahren gleichbleibenden Durchschnittsalters wohl schließen — auf Kosten aller Jahrgangsklassen.

In dieser das Gesamtbild bestimmenden Entwicklungstendenz war für kurze Zeiten eine Zunahme krisenbedingter Bilanz-SM zu erkennen.

Beim Vergleich dieser Ergebnisse mit der Statistik aus den Jahren nach dem 1. Weltkrieg fällt die bemerkenswerte Gleichartigkeit der Entwicklung in die Augen: Auch damals erreichte die SM-Kurve etwa 6—8 Jahre nach Kriegsende wieder den Friedensstand. Auf eine Zunahme der SM-Häufigkeit in den älteren Jahrgangsklassen der Männer als Auswirkung der Inflation wies bereits VOGELSANG hin.

Statistik der Selbstmorde

Um Vergleiche mit anderen SM-Statistiken anstellen zu können, müssen wir SMV und SM voneinander trennen, da die SMV in der Regel nicht in die amtliche Statistik mit einbezogen werden. Führen wir die Trennung in unserem Material durch, so ergeben sich innerhalb der beiden Gruppen aus verständlichen Gründen unterschiedliche Zahlenverhältnisse.

Tabelle 7. Häufigkeit der wichtigsten Selbstmordmotivgruppen (in Prozent der Fälle), gesamt und nach Geschlecht getrennt bei den Selbstmorden und Selbstmordversuchen, sowie das zugehörige Durchschnittsalter (Augsburg 1944—53)

Häufigkeit	Alter	Selbstmorde						Selbstmordversuche.					
		♂+♀		♂		♀		♂+♀		♂		♀	
		H.	A.	H.	A.	H.	A.	H.	A.	H.	A.	H.	A.
Schwermut, Depression	41,6	48,8	38	50	47	47,5	27	42,3	24	42,5	29,5	42,2	
Familiärer Streit	13	39,4	13,5	39,5	12,4	39	30	38	26,5	40,7	33	36,5	
„Nervenkrankheit“	8,6	50,9	9,2	51,9	7,6	49,7	12,8	41	13,7	40,5	12,2	41,5	
Liebeskummer	4,3	23,4	4,2	21,9	4,3	25,4	12,3	12,4	12,4	12,4	12,2	27,2	
Furcht vor Strafe	6,9	41,7	10,6	41,5	1,9	42,8	5,9	27,4	27	27	27	27,2	
Unheilbare Krankheit	10	59,7	9,2	59,5	11	2,7	31,8	8,8	34,4	34,4	3,8	27,4	
Wirtschaftliche Not	2,4	46,2	3,2	50,2	1,4	41,7	3,1	43,8	4,6	45,4	2,1	41,5	
Geisteskrankheiten (Schizophrenie) . .	2,4	39	2,5	37	2,4	41,5	1,7	40,5	1	1,4	1,9	1,9	
Trunksucht	2,6	48,6	4,2	51,8	0,5	46	1	41,8	2,5	41,8	43	43	

H. BAYREUTHER:

Tabelle 8. Häufigkeit der wichtigsten Tötungsmittel (in Prozent der Fälle), gesamt und nach Geschlecht getrennt bei den Selbstmorden und Selbstmordversuchen, sowie das zugehörige Durchschnittsalter. (Ansburg 1944–53)

Häufigkeit	Alter	Selbstmorde				Selbstmordversuche				♀	
		♂ + ♀		♂		♀		♂ + ♀			
		H.	A.	H.	A.	H.	A.	H.	A.		
Schlafmittel	6,7	40	7,4	41,8	7,3	38,6	40,3	38,2	30,6	46,3	38,6
Leuchtgas	26,2	46	20,6	45,9	34,3	46	26,3	40,4	25,5	26,8	39,8
Erhängen	28,6	48,2	36,1	48,7	17,2	46	5,6	44,8	10,9	45,3	2,4
Ertränken	14,4	55,5	9,2	54,3	20,8	6,7	44,6	5,8	12,3	43,2	42
Eröffnen von Adern	1,9	52	2,8	56,5	0,5	10,5	39	37,4	9,2	41,2	46
Überfahrenlassen	8,4	33,6	8,4	36,8	8,4	33,2	2,2	39,4	4,0	35	1,1
Gifte (ohne Schlafmittel)	4,8	49,6	3,1	50,3	5,8	48	4,0	36,3	4,7	38,3	3,5
Herabstürzen	4,2	51,2	3,9	55,2	4,7	1,6	43,1	1,1	38,2	2,0	45,8
Erschießen	4,4	42,2	7,1	40,5	0,5	0,7	43,2	1,5	45,7	0,2	33

Das Bild der Gruppe SMV wird — wie aus den Tab. 7 und 8 und den Abb. 1, 2, 3 und 5 ersichtlich — von jungen Menschen, in erster Linie von den Frauen bestimmt. Als typisch findet sich hier affektbeherrschtes, kurzschlüssiges, aber nicht sonderlich ernst zu nehmendes Handeln, meist als Folge von Streitigkeiten, das dann zur Wahl mindergefährlicher Mittel, in erster Linie der Schlaftabletten führt. Die statistischen Besonderheiten dieser Gruppe sind insofern von Interesse, als es sich hier um den Personenkreis handelt, der das Gros der Fälle stellt, die in ärztliche Behandlung gelangen.

Betrachten wir die SM gesondert, so finden wir für die SM-Häufigkeit im gesamten Zeitraum eine Ziffer von etwa 21‰/ Jahr. Etwa 2% aller Todesfälle waren auf SM zurückzuführen. Die SM-Häufigkeit bei den Männern betrug mit 26‰ das 1,6fache wie bei den Frauen, diejenige der Protestanten das 1,25fache von derjenigen der Katholiken. An der Spitze standen die protestantischen Männer mit 28‰.

Gemessen an den SM-Ziffern der Bundesrepublik verlief die von uns errechnete SM-Kurve bei Männern und Frauen auf einem höheren Niveau. Dies entspricht der bekannten Tatsache, daß Großstädte vergleichsweise höhere SM-Ziffern aufweisen (Abb. 5).

Bezogen auf das Lebensalter blieb die SM-Häufigkeit der Männer in allen Altersklassen etwa um die Hälfte hinter den Vorkriegsziffern zurück (Abb. 4). Da sich die gefundenen Zahlen auf eine mittlere Häufigkeit von 26‰/ Jahr beziehen, den zum Vergleich herangezogenen Vorkriegstabellen aber eine solche von etwa 40‰ zugrunde liegt, entspricht der

Tabelle 9. *SM-Häufigkeit in den verschiedenen Altersklassen nach Geschlechtern getrennt (‰)*

Alter	Männer				Frauen			
	Städte Preußens 1894—97		Deutsches Reich 1932—34 1939		Augsburg 1944—53		Städte Preußens 1894—97	
	1932—34	1939	1944—53	1932—34	1939	1944—53	1932—34	1939
10—15	2	2		2	1	1		4
—20	24	28		16	13	15		11
—25	37	41	31	24	15	18	12	20
—30	38	40		17	11	15		19
—35	40			19		16		10
—40	49	41	41	32	11	19	18	18
—45		49		41		21		9
—50	82	60	.	27	17	24		17
—55		74	62	37		28	29	20
—60	105	83		28	21	28		16
—65		92		38		29		24
—70	120	94	86	37	22	31	33	20
—75		103		41		37		16
—80	103	117	126	14	23	38	43	23
über 80	105	135		15	22	40		80

festgestellte Unterschied der im ganzen vermindernten Häufigkeit. Bei den Frauen hingegen wird ein Unterschied vermißt, da die den Vorkriegstabellen zugrunde liegende Gesamt-Häufigkeit von etwa 16⁰/₀₀₀₀ mit derjenigen unseres Materials übereinstimmt. Insgesamt kann also keine Veränderung der SM-Häufigkeitsrelation zwischen den verschiedenen Altersklassen festgestellt werden. Da nun in einigen Jahren gehäuft alte Menschen dem SM verfielen, sich im ganzen gesehen aber eine überhöhte SM-Bereitschaft der älteren Jahrgangsklassen nicht unter Beweis stellen läßt, liegt der Schluß nahe, daß in jenen Jahren lediglich die ohnehin zum SM neigenden Personen demselben zum Opfer fielen.

Bei den SM-Mitteln hat sich gegenüber der Vorkriegszeit die Reihenfolge der Häufigkeiten nicht wesentlich verschoben. Einer Zunahme bei den Vergiftungen steht eine Abnahme des Gebrauches von Schußwaffen gegenüber, die sich zwanglos aus der Einziehung der letzteren nach dem Kriege erklärt (Tab. 10).

Der Einfluß der Konfessionen auf die SM-Häufigkeit hat sich — wie schon gesagt — verringert. (Tab. 4 u. 11).

Tabelle 10. *Selbstmordmittel der Selbstmörder (in Prozent der SM-Fälle), gesamt und nach Geschlechtern getrennt. (Augsburg 1944—53)*
Vergleichszahlen aus dem Reichsgebiet von 1930

	Alle Fälle		Männer		Frauen	
	Augsburg	DR	Augsburg	DR	Augsburg	DR
Gifte (einschl. Schlafmittel)	11,5	6,3	10,5	4,6	13,1	10,5
Schlafmittel allein	6,7		7,4		7,3	
Leuchtgas	26,2	16,2	20,6	11,3	34,3	28,1
Erhängen	28,6	41,0	36,1	46,5	17,2	28,1
Ertränken	14,4	12,4	9,2	10,1	20,8	18,0
Eröffnen einer Ader	1,9	1,6	2,8	1,8	0,5	1,2
Überfahren	8,4	5,5	8,4	6,4	8,4	3,6
Herabstürzen	4,2	2,5	3,9	1,3	4,7	5,1
Erschießen	4,4	12,5	7,1	16,9	0,5	2,4
Gesamtzahl der Fälle . . .	478	17980	286	12672	192	5318

Tabelle 11. *Entwicklung der Selbstmordhäufigkeit innerhalb der Geschlechter (Deutsches Reich bzw. Bundesrepublik)*

	Männer %/ ₀₀₀₀	Frauen %/ ₀₀₀₀
1924	35	12
1926	39	14
1928	36	14
1930	41	16
1938	40	17
1948	21	11
1950	27	12
1952	25	12

Tabelle 12. *Entwicklung des Anteils der Selbstmordfälle von Frauen (in Prozent der Gesamt-Selbstmordfälle)*
(Deutsches Reich 1881—1931 und Augsburg 1944—1953)

Deutsches Reich	1881—85	19,4
Deutsches Reich	1891—95	20,1
Deutsches Reich	1901—05	21,4
Deutsches Reich	1909—13	23,8
Deutsches Reich	1914—18	29,5
Deutsches Reich	1928—31	28,6
Augsburg	1944—48	45,8
Augsburg	1949—53	39,5

Statistik der Heimatvertriebenen

Es erhebt sich nun die Frage, ob dem Verlust der Heimat allein eine Bedeutung für die SM-Bereitschaft der Flüchtlinge beigemessen werden darf.

Es muß der Besprechung der Gesamt-Zahlen vorausgeschickt werden, daß zwischen der Struktur der einheimischen und der heimatvertriebenen Bevölkerung für die SM-Häufigkeit bedeutsame Unterschiede bestanden: Bei den Flüchtlingen lag ein relativer Männerreichtum vor, da der für die einheimische Bevölkerung charakteristische Frauenüberschuß fehlte. Weiterhin belief sich der Anteil der Protestanten auf 29,7% gegenüber 20,6% bei der einheimischen Bevölkerung, derjenige der Katholiken auf 67,9% gegenüber 76,5%.

Insgesamt übertraf die SM-Bereitschaft der Flüchtlinge (mit einer durchschnittlichen SMH-Häufigkeit von 62⁰/0000/Jahr) die der Einheimischen (48⁰/0000/Jahr) um das 1,3fache. Dieser Unterschied wurde wesentlich durch die vergleichsweise stark überhöhten Ziffern der Flüchtlinge in der Zeit *vor* der Währungsreform hervorgerufen, da in der Zeit *nach* 1948 der Anstieg der Ziffern der Einheimischen den der Flüchtlinge sogar noch für kurze Zeit überschritt (Abb. 6 und 7). Im ganzen erwies sich die Relation zwischen SM und SMV bei den Flüchtlingen gegenüber den Einheimischen als nicht verschoben. SM und SMV waren bei ersteren im gleichen Ausmaß häufiger, die Eq fielen dementsprechend gleich aus. Der reinen SM-Ziffer von 19,9⁰/0000/Jahr bei den Einheimischen stand eine mit 25,2⁰/0000/Jahr entsprechend höhere bei den Flüchtlingen gegenüber. Mit anderen Worten: Die Selbsttötungsabsicht der Flüchtlinge war zwar *häufiger*, aber *nicht intensiver*.

Wenn nun innerhalb der Konfessionen zwischen Einheimischen und Flüchtlingen unterschieden wird, so tritt lediglich bei den Protestanten ein Unterschied zugunsten der Flüchtlinge zutage, während ein solcher bei den Katholiken vermißt wird. Demnach muß die insgesamt erhöhte SM-Gefährdung der Flüchtlinge auf die Protestanten unter ihnen zurückgeführt werden. Darüberhinaus wirkt sich die hohe SM-Belastung dieses Personenkreises auch innerhalb der Gesamtbevölkerung durch Erhöhung der Gesamtziffern bei den Protestanten aus. Dadurch geben die bereits weiter oben für den Einfluß der Konfessionen angegebenen Zahlen ein Verhältnis wieder, das noch einer Korrektur bedarf: Bei ausschließlicher Berücksichtigung der *einheimischen Bevölkerung blieb die Häufigkeit von SMH unter den Protestanten hinter derjenigen der Katholiken zurück!* Ihre SM-Neigung war also sogar *geringer*. Der Entschluß zum SM wurde somit von den Protestanten zwar *weniger häufig* gefaßt, dafür aber — wie die erhöhte Eq ausweist — *konsequenter durchgeführt*, so daß die SM-Ziffer derselben die der Katholiken letztthin wieder um das 1,15fache übertraf.

Berücksichtigt man nun, daß der überwiegende Anteil der Flüchtlinge aus Gebieten stammt, für die einerseits eine vorwiegend protestantische

Bevölkerung und andererseits eine gegenüber dem Aufnahmegebiet erhöhte SM-Ziffer charakteristisch ist, so erscheint die gefundene vermehrte SM-Gefährdung der Flüchtlinge überaus problematisch. Zumindest läßt sich der gefundene Unterschied aus den genannten, für die SM-Häufigkeit bekannterenmaßen bedeutsamen, in der Stammes- und

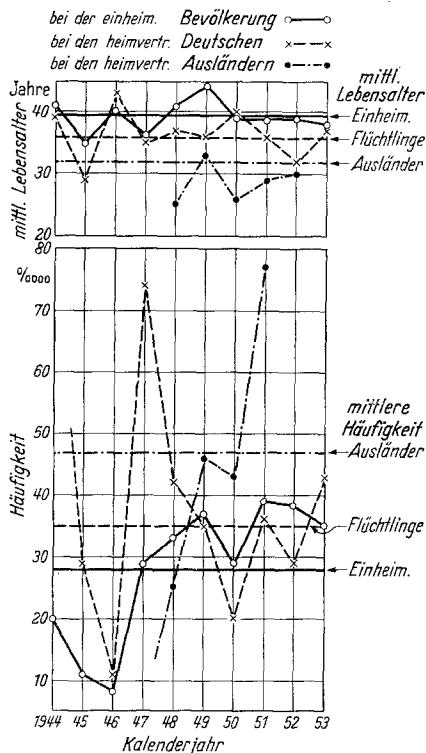


Abb. 6. Die Häufigkeit von SMV und das zugehörige mittl. Lebensalter in den Jahren 1944—53

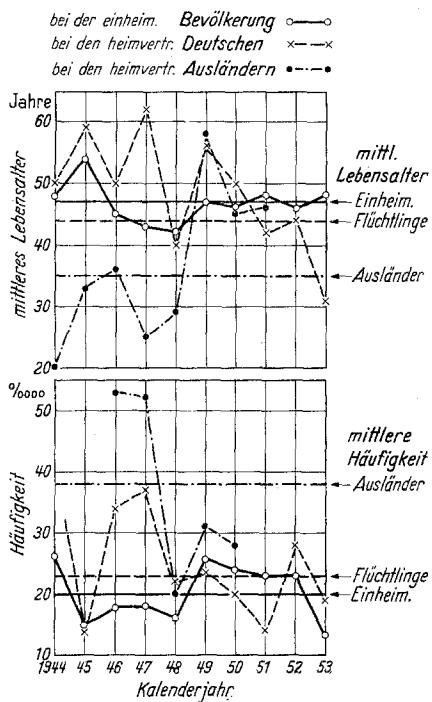


Abb. 7. Die Selbstmordhäufigkeit und das mittl. Lebensalter der Selbstmörder in den Jahren 1944—53

Konfessionszugehörigkeit gelegenen Bedingungen ebenso leicht erklären, wie aus den Besonderheiten des Flüchtlingschicksals. Wir glauben daher im ganzen zu dem Schluß berechtigt zu sein, daß die SM-Gefährdung der Flüchtlinge nicht über das Maß hinausging, das nach der soziologischen Struktur dieses Personenkreises zu erwarten war.

Im Verlauf der untersuchten Jahre zeigte die SM-Kurve der Flüchtlinge die gleiche Entwicklungstendenz wie die der Einheimischen. Den Jahren 1945 und 48 folgte auch bei ihnen ein Gipfel, der besonders nach 1945 stark ausgeprägt war.

Der Anstieg der Gesamt-SM-Kurve zwischen Kriegsende und Währungsreform kann demnach nicht allein durch die Flüchtlinge, für die

damals ungleich ungünstigere Lebensumstände herrschten, erklärt werden.

Die SM-Kurve der Ausländer erwies sich als gleichsinnig beeinflußt. Dessen ungeachtet lassen sich die Ausländer nicht ohne weiteres mit den Deutschen vergleichen. Während die deutsche Bevölkerung sich durch Zuzug stetig vermehrte, nahm die Zahl der Ausländer infolge Auswanderung ständig ab. Somit fand bei letzteren eine Auslese statt. Der Anteil

Tabelle 13. *Selbstmordgefährdung, Selbstmordhäufigkeit und Erfolgsquote bei der einheimischen deutschen Bevölkerung und bei den heimatvertriebenen Deutschen unter Berücksichtigung der Konfession und des Geschlechtes. (Augsburg 1944—53)*

	Katholiken			Protestanten			Gesamt-Bevölkerung		
	SMH	SM	Eq	SMH	SM	Eq	SMH	SM	Eq
	% ₀₀₀₀ Jahr	%		% ₀₀₀₀ Jahr	%		% ₀₀₀₀ Jahr	%	
♂ Einheim.	47,2	23,6	50	36,0	25,3	66	49,5	25,7	52
Flüchtl.	39,2	21,5	55	62,0	35,3	57	54,0	27,6	51
♀ Einheim.	44,5	14,0	31	39,7	17,3	44	47,0	15,3	41
Flüchtl.	49,0	17,6	36	110	30,8	28	71,0	22,3	40
♂+♀ Einheim.	45,6	18,2	40	39,5	21,0	53	48,0	19,9	41
Flüchtl.	44,0	19,6	44	86,0	33,0	39	62,5	25,2	40

Tabelle 14. *Selbstmordhäufigkeit (%₀₀₀₀ der Bevölkerung) in den wichtigsten Herkunftsgebieten der heimatvertriebenen Personen*

	1913	1932		1913	1932
Ostpreußen	18	20	CSR		30
Niederschlesien	35	36	Österreich		40
Sachsen	36	44	Ungarn		29
Berlin	39	53	Bayern	18	24
Pommern	18	20	Deutsches Reich . .	22	28

Tabelle 15. *Anteil der Frauen an den Selbstmord- und Selbstmordversuch-Fällen (in Prozent der Gesamtfälle) getrennt für Einheimische, heimatvertriebene Deutsche und heimatvertriebene Ausländer*

	% SM	% SMV
Einheimische Deutsche	41	60
Heimatvertriebene Deutsche . .	46	59
Heimatvertriebene Ausländer . .	19	57

Tabelle 16. *Durchschnittsalter beim Selbstmord und Selbstmordversuch getrennt für Einheimische, heimatvertriebene Deutsche und Ausländer*

	Selbstmorde			Selbstmordversuche		
	Gesamt	♂	♀	Gesamt	♂	♀
Einheim. Deutsche . . .	47,1	47,5	46,8	39,5	40,4	38,9
Heimatvertr. Deutsche . .	44,0	46,0	41,7	36,0	37,4	34,9
Heimatvertr. Ausländer . .	34,9	36,7	27,5	31,7	28,4	34,3

der nicht zur Auswanderung geeigneten, also der alten, kranken, arbeitsunfähigen und vorbestraften Personen stieg an. Diese Faktoren lassen sich im einzelnen nicht übersehen. Sie müssen aber im ganzen für die mit 38⁰/₀₀₀₀/Jahr hohe SM-Ziffer, die beträchtliche Eq von 55%, sowie für das geringe Durchschnittsalter verantwortlich gemacht werden. Darüber hinaus fand sich das Motiv „Angst vor Strafe“ bemerkenswert häufig. In Anbetracht der kleinen absoluten Zahlen ist eine weitere in Einzelheiten gehende statistische Analyse nicht möglich.

Zusammenfassung

Es wurde über 1205 Personen berichtet, die in der Nachkriegszeit (von 1944—53) in einer süddeutschen Großstadt Hand an sich gelegt haben. In 478 Fällen führte die Selbsttötungsabsicht zum Tode. *Zur Zeit des Kriegsendes ereigneten sich auffallend wenig Selbstmorde (SM).* Die SM-Kurve erreichte einen in der Vorkriegs- bzw. Friedenszeit nie beobachteten Tiefpunkt. Innerhalb von etwa 6 Jahren näherte sie sich wieder dem Vorkriegsniveau. Die Verminderung der SM-Häufigkeit war bei den Männern stärker ausgeprägt als bei den Frauen. *Die Zunahme der SM-Neigung erfolgte parallel mit dem wirtschaftlichen Wiederaufstieg* durch eine Vermehrung vorwiegend jener Fälle, bei denen als Motiv „familiäre Streitigkeiten“ angegeben waren. *Die Jahre der Umwälzungen (1945 und 48) selbst zeigten nur auffallend niedrige SM-Ziffern.* Jedoch in den anschließenden Jahren ließ die SM-Kurve leichte Gipfel erkennen. Diese waren infolge vermehrter SM vorwiegend älterer Menschen entstanden. Im ganzen nahm die Entwicklung den gleichen Verlauf wie nach dem ersten Weltkrieg. Die bekannten die SM-Häufigkeit modifizierenden Bedingungen ließen sich bestätigen. Gegen Ende der Beobachtungszeit hatten sich die Vorkriegsverhältnisse wiedereingestellt. Der SM-vermindernde Einfluß der katholischen Religion ist — in Fortsetzung einer schon seit Jahrzehnten beobachteten Entwicklung — weiter zurückgegangen. Die SM-Ziffer der Flüchtlinge war größer als die der Einheimischen. Diese Differenz ließ sich auf den relativ großen Anteil der vermehrt SM-gefährdeten Protestanten unter den Flüchtlingen zurückführen. Darüberhinaus stammten die meisten Flüchtlinge aus Gebieten, für die eine höhere SM-Ziffer als für das Aufnahmegerieb charakteristisch ist. Somit lässt sich der gefundene Unterschied zwischen Einheimischen und Flüchtlingen nicht durch die Folgen der Vertreibung allein erklären. Vielmehr dürfte er sich im Rahmen dessen halten, was nach der Stammes- und Heimatzugehörigkeit zu erwarten gewesen wäre.

Literatur

- ALBRECHT, H.: Der Selbstmord in Deutschland. Arch. Kriminol. **80**, 242 (1927). — BATCHELOR, F. R. C., u. M. B. NAPIER: Selbstmord in höherem Lebensalter. Brit. Med. J. **4847**, 1186 (1953). — BATCHELOR, F. R. C.: Psychopathic states and

attempted suicide. Brit. Med. J. **4875**, 1342, (1954). — DE BOOR, W.: Neuere Arbeiten über Psychologie und Psychopathologie des Selbstmordes und der Selbstbeschädigung. Fortschr. Neur. **17**, 483 (1949). — BROCKHAUS, A. TH.: Zur Psychologie des Selbstmordes der Psychopathen. Mschr. Kriminalpsychol. **1922**, 290. — BROUKHANSKY, N.: Les suicidés et la personnalité des suicidés. Ann. Méd. lég. etc. **1926**, 72. — CANTIERI, F.: Über seltene Selbstmordfälle. Minerva Med. (Torino) **1952**, 94. — CARP, E. A. D.: Über Selbstmord. Nederl. Mschr. Geneesk. **1923**, 709. — CATALANO-NOBILI, C., u. G. CERQUETTELLI: Der Selbstmord, eine statistische und psychopathologische Untersuchung. Rass. Neuropsychiatr. **4**, 22 (1950). — DESHAIES, G.: Les doctrines du suicide. Evol. Psychiatr. **1952**, 41. — DONALIES, G.: Statistische Erhebungen an 3000 Fällen von vollendetem und versuchtem Selbstmord. Mschr. Psychiatr. **69**, 380 (1928). — FARRAR, C. B.: Der Selbstmord. J. Clin. Psychopath. **12**, 79 (1951). — FEUDELL, P.: Epikrise zu 700 Selbstmordversuchen. Psychiatr. Neurol. u. med. Psychol. **4**, 147 (1952). — FLEURY, M.: La conception moderne du suicide. Bull. Acad. Méd. (Paris) **92**, 1160 (1924). — FUELLKRUG, G.: Der Selbstmord in der Kriegs- und Nachkriegszeit. Schwerin: F. Bahn 1927. — GEISLER, E.: Selbstmord und Todessehnsucht im Kindesalter. Psychiatr., Neurol. u. med. Psychol. **5**, 210 (1953). — GIANI, P.: Del suicidio. Note e Riv. Psychiatr. **14**, 337 (1926). — GORONCY, C.: Der Selbstmord in Königsberg in Preußen. Vjschr. gerichtl. Med. **62**, 239 (1921). — GRATER, R.: Der Selbstmord in Beziehung zu Jahreszeiten, Tagesstunden und Wochentagen. Wien. Arch. f. Psychol. **2**, 15 (1952). — GRUENEWALD, M.: Über Selbstmordstatistik. Mschr. Kriminalpsychol. **1927**, 41. — GRUHLE, H. W.: Selbstmord. Leipzig: Thieme 1940. — GRZYWO-DARBOWSKI, W.: Selbstmorde in der Hauptstadt Warschau nach gerichtlich-medizinischen Feststellungen des Dezeniums 1921—30. C. r. Inst. med.-leg. Varsovie 1932, 29 und franz. Zusammenfassung 157 (1932). — HANAUER, W.: Der Selbstmord bei den Frauen. Dtsch. med. Wschr. **1927**, 1231. — HEINDL, R.: Selbstmord in Rußland 1922—25. Arch. Kriminol. **80**, 252 (1927). — HENTIG, H. v.: Inveterationserscheinungen bei europ. Bevölkerungsgruppen und ihre kriminologische Bedeutung. Mschr. Kriminalpsychol. **1927**, 30. — HENDIN, H.: Psychiatr. u. statist. Untersuchungen bei Selbstmordversuchen. Psychiatr. quart. **24**, 39 (1950). — HEYN, W.: Der Selbstmord als soziales Phänomen. Münch. med. Wschr. **1955**, 389. — HIRSCHFELD, M.: Analyse der in den Jahren 1919—29 im allgemeinen Krankenhaus St. Georg Hamburg zur Aufnahme gelangten Selbstmordfälle. Psychiatr.-neur. Wschr. **1932**, 229. — HORSTMANN, W.: Zur Psychologie des Selbstmordes. Dtsch. Z. gerichtl. Med. **1**, 453 (1922). — HOVE, H.: Das Schicksal geretteter Selbstmordpatienten. Ugeskr. Laeg. **1953**, 645. — KØRBOE, E.: Suicid und Suicidversuche bei Greisen. J. of Gerontol. **6**, 233 (1951). — KRAMER, F.: Die Häufigkeit der Selbstmorde in Bayern in den Jahren 1910—21. Diss. Erlangen 1924. — KÜRTEN, O.: Die Entwicklung der Selbstmordhäufigkeit in Berlin 1925—37. Berliner Wirtschaftsberichte **16** (1939). — LEJBOWITSCH, J.: Zur Charakteristik der gegenwärtigen Selbstmorde in Sowjetrußland. Dtsch. Z. gerichtl. Med. **5**, 165 (1925). — LEONCINI, F.: Considerazioni sopra alcuni dati statistici sul suicidio. Riv. sper. Freniatr. **48**, 489 (1924). — LEY, A.: Le suicide et sa prophylaxie. Le Scalpel **1923**, 1425. — LOEWENBERG, R. D.: Über den Selbstmord in Hamburg in den letzten 50 Jahren 1880—1930. Berlin: Schoetz 1932. — MARCUSE, M.: Selbstmord und Sexualität. Z. Sex.wiss. **9**, 192 (1922). — MERGEN, I. R.: Selbstmord infolge konventioneller Vorurteile. Z. Sexualforsch. **1**, 224 (1950). — MINER, I. R.: Suicide and its relation to climatic and other factors. Amer. J. Hyg. (Monogr. ser.) **2**, 1 (1922). — MODZIEN, K.: Beitrag zur Lösung des Selbstmordproblems. Dtsch. Z. gerichtl. Med. **6**, 53 (1925). — MUELLER, B., u. J. SITKA: Untersuchungen über das Verhalten des Selbstmordes unter dem Einfluß der Verhältnisse der letzten Jahre. Ärzt. Wschr.

1949, 663. — OBERMAYER, F.: Die Selbstmorde und Selbstmordversuche, sowie die Beanstandungen wegen Trunksucht in München 1909—21; in: Die Wirkungen der Alkoholknappheit während des Weltkrieges. Berlin: Springer 1923. — OMERO, F.: Beitrag zum Studium der Psychologie des Selbstmordes. Difesa soc. **3**, 35 (1953). — PALAZZO, D.: Der Selbstmord unter biologischen, psychol. u. sozialen Gesichtspunkten. Difesa soc. **31**, 82 (1952). — PELLER, S.: Über weibl. Selbstmordhandlungen. Arch. Frauenkde. u. Konstit.-forsch. **18**, 59 (1932). — PFERSDORFF, CH.: Suicide des aliénés et des nonaliénés. Med. d'Alsace et de Lorraine **4**, 301 (1925). — PLOCKER, L.: Der Selbstmord in Basel. Diss. Lörrach 1920. — PROSOROV, L.: Prophylaxis und Therapie des Suicidiums. Neurol., Neuropathol., Psychol., Psychiatria. Festschr. f. Prof. Rossolimo, **1925**, 47. — RINGEL, E.: Der Selbstmord, Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung. Wien-Düsseldorf: Maudrich 1953. — Ein Beitrag zur Frage der vererbten Selbstmordneigung. Wien. Z. Nervenheilk. **5**, 26 (1952). — RINGEL, E., W. SPIEL u. M. STEPHAN: Zur Selbstmordtendenz bei Kindern. Wien. Z. Nervenheilk. **5**, 344 (1952). — RIETI, H.: Sulla patogenesi del suicidio. Riv. di psicol. Jg. **20**, 23 (1923). — Rev. Criminología etc. **1925**, 32. — ROSE, L.: A modern review of the suicideproblem. Medical press **1952**, 40. — ROST, H.: Der Selbstmord in den deutschen Städten. Paderborn 1912. Archiv für Erforschung und Bekämpfung des Selbstmordes. Augsburg 1932. — Bibliographie des Selbstmordes. Augsburg: Haas u. Grabherr 1927. — SERIN, S.: Une enquête médico-sociale sur le suicide à Paris. Prophylaxie ment. **1926**, 230. — SENFF, A.: Analyse von 1000 Selbstmordfällen. Diss. Berlin 1936. — SCHACKWITZ, A.: Selbstmordursachen. Dtsch. Z. gerichtl. Med. **10**, 312 (1927). — SCHMIDT, E. H., P. O. NEAL u. E. ROBINS: Die Auswertung des Selbstmordversuches als Führer für die Therapie. J. Amer. Med. Assoc. **155**, 549 (1954). — SCHNEIDER, P. B.: Katamnestische Untersuchungen zum Selbstmordversuch. Bull. Schweiz. Akad. Wiss. **10**, 143 (1954). — SCHULTZ, I. H.: Zur Psychologie des Selbstmordes. Nervenarzt **23**, 67 (1952). — SIEVEKING, G. K., H. KOOPMANN u. A. BOETTIGER: Die Selbstmorde in Hamburg während der letzten drei Jahrzehnte (1909—23). Dtsch. med. Wschr. **1925**, 694. — STAROBINSKY, A.: Note sur le suicide des adolescents. Schweiz. Rdsch. f. Med. **22**, 172 (1922). — STEINER, M.: Menstruation und Selbstmord. Dtsch. med. Wschr. **1926**, 2120. — STENGEL, E.: engl. Text. Proc. Roy. Soc. Med. **45**, 613 (1952). — SWINSCOW, D.: engl. Text. Brit. Med. J. **4720**, 1417 (1951). — TEICHER, I. D.: Eine Studie über Selbstmordversuche. J. Nerv. Dis. **105**, 283 (1947). — TRÖMNER, E.: Über den Selbstmord. Ärztl. ver. Hamburg, Sitzung v. 8. 7. 1924. — VIDONI, G.: Le basi organiche del suicidio. Note e Riv. Psychiatr. **11**, 163 (1923). Contributo allo studio del suicidio specialmente in riguardo all'età ed al sesso. Giorn. Psichiatr. clin. **1927**, 1. — Note su la diffusione della pazzia, del suicidio e del delitto tra gli italiani. Guarderni di psichiatr. **13**, 221 (1926). — VOGELSANG, M.: Die Selbstmorde der Nachkriegszeit in Baden. Soz. hyg. Mitt. **15**, 14 (1931). — WEICHBRODT, R.: Der Selbstmord. Basel: Karger 1937. — WESSINGER, I. D.: Über den Selbstmord bei Frauen in den ersten 10 Jahren nach dem Kriege. Berlin: Schoetz 1933. — WRIGHT, M. B.: Sociological factors which influence the suicide rate. Psyche (Lond.) **12**, 52 (1931). — Verfasser ungenannt: Die Selbstmorde in Preußen im Jahre 1924. Med. stat. Nachr. **1927**, 140. — Die Häufigkeit der Selbstmorde und tödlichen Verunglücksungen im Wechsel der Wirtschaftslage. Wirtsch. u. Statistik. **12**, 126 (1932). — 36 Selbstmorde auf 100000 im Mittel der Jahre 1941—46. Praxis, (Bern) **1948**, 848. — Statistisches Jahrbuch der Stadt Augsburg. Berichtsjahr 1953. Augsburg 1954.

Dr. H. BAYREUTHER, Göttingen,
Univ.-Klinik für psychische und Nervenkrankheiten