

Dienstleistungen

# **Suizidprävention in den Alters- und Pflegeheimen des Kantons Zürich**

**Bericht zu Händen der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich**

Monika T. Wicki  
Zürich, 24. November 2016

Dr. Monika T. Wicki  
Dozentin  
Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich  
Schaffhauserstrasse 239  
Postfach 5850  
CH-8050 Zürich

T +41 (0)44 317 12 34  
F +41 (0)44 317 11 10  
[monika.wicki@hfh.ch](mailto:monika.wicki@hfh.ch)  
[www.hfh.ch](http://www.hfh.ch)



# Inhalt

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 1     | Zusammenfassung   | 6  |
| 2     | Ausgangslage  | 8  |
| 3     | Forschungsstand   | 9  |
| 3.1   | Suizidversuch, Suizid und assistierter Suizid                             | 9  |
| 3.1.1 | Suizidversuch   | 9  |
| 3.1.2 | Suizid  | 9  |
| 3.1.3 | Sterbehilfe, Suizidbeihilfe oder ärztlich assistierter Suizid             | 10 |
| 3.1.4 | Ursachen von suizidalem Verhalten   | 11 |
| 3.2   | Suizidales Verhalten bei Menschen im Alter                                | 11 |
| 3.2.1 | Suizidales Verhalten in Alters- und Pflegeheimen                          | 12 |
| 3.3   | Suizidprävention  | 12 |
| 4     | Fragestellung   | 15 |
| 5     | Methodisches Vorgehen   | 16 |
| 6     | Ergebnisse  | 18 |
| 6.1   | Charakteristik der antwortenden Wohneinrichtungen                         | 18 |
| 6.2   | Ist assistierter Suizid in der Einrichtung möglich?                       | 18 |
| 6.3   | Prävalenz von suizidalen Verhaltensweisen                                 | 19 |
| 6.4   | Charakteristik der Personen mit suizidalem Verhalten                      | 20 |
| 6.5   | Dauer des Aufenthalts bis zum Vorfall                                     | 21 |
| 6.6   | Gesundheitszustand der betroffenen Personen                               | 22 |
| 6.7   | Kritische Lebensaspekte   | 24 |
| 6.8   | Sind Suizidpräventions- und Kriseninterventionskonzepte vorhanden?        | 25 |
| 6.9   | Inhalt der Konzepte   | 26 |
| 7     | Diskussion  | 28 |
| 7.1   | Fast die Hälfte der Einrichtungen ist von suizidalen Vorfällen betroffen  | 28 |
| 7.2   | In drei Fünftel der Einrichtungen ist assistierter Suizid erlaubt         | 28 |
| 7.3   | Es wird von verhältnismässig wenig Suizidversuchen berichtet              | 28 |
| 7.4   | Hohe Prävalenz von suizidalem Verhalten in den Alters- und Pflegeheimen   | 28 |
| 7.5   | Hohe Anzahl assistierte Suizide als Herausforderung                       | 29 |
| 7.6   | Die Tendenz ist insgesamt steigend  | 29 |
| 7.7   | Kranke Menschen mit belastenden Lebensereignissen                         | 29 |
| 7.8   | Spezifische Risiken in den Alters- und Pflegeheimen                       | 29 |
| 7.9   | Kaum Suizidpräventionskonzepte vorhanden                                  | 30 |
| 7.10  | Grenzen der Studie  | 30 |
| 7.11  | Ausblick  | 30 |
| 8     | Suizidpräventionskonzept für die Alters- und Pflegeheime im Kanton Zürich | 31 |
| 8.1   | Grundlagen  | 31 |
| 8.1.1 | Begriffe  | 31 |
| 8.1.2 | Ursachen von suizidalem Verhalten   | 31 |

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 8.1.3 | Situation in den Alters- und Pflegeheimen im Kanton Zürich                          | 32 |
| 8.2   | Massnahmen  | 32 |
| 8.2.1 | Präventiv   | 32 |
| 8.2.2 | Krisenintervention  | 33 |
| 8.2.3 | Nachbegleitung  | 33 |
| 8.3   | Vorgehen beim Wunsch nach einem assistierten Suizid                                 | 33 |
| 8.3.1 | Abklärungen bei Eintritt in die Alterseinrichtung                                   | 34 |
| 8.3.2 | Äusserung des Wunsches nach einem assistierten Suizid: Information der Vorgesetzten | 34 |
| 8.3.3 | Voraussetzungen prüfen  | 34 |
| 8.3.4 | Bleibt der Sterbewunsch bestehen,   | 34 |
| 8.3.5 | Die Mitarbeitenden dürfen nicht beteiligt sein                                      | 35 |
| 8.4   | Gesetzliche Grundlagen  | 35 |
| 8.5   | Richtlinien   | 36 |

## Verzeichnis der Tabellen

|  |    |
|--|----|
| Tabelle 1 Sample .....   | 18 |
| Tabelle 2 Möglichkeit des assistierten Suizides in Stadt- oder Landeinrichtungen .....   | 18 |
| Tabelle 3 Anzahl Vorfälle 2006-2015 .....  | 19 |
| Tabelle 4 Häufigkeit der Vorfälle (Anzahl Einrichtungen N=92).....   | 20 |
| Tabelle 5 Kreuztabelle Geschlecht der betroffenen Person und Art des Vorfalls (N = 78).....  | 21 |
| Tabelle 6 Unterschied zwischen dem Mittleren Alter bei Personen, welche einen Suizidversuch oder Suizid begehen und denen, die einen assistierten Suizid begehen ..... | 21 |
| Tabelle 7 Art des Vorfalls und Aufenthaltsdauer in Gruppen.....  | 21 |
| Tabelle 8 Anzahl Erkrankungen, die angegeben wurden, pro Vorfall (N = 78) .....  | 22 |
| Tabelle 9 Vorliegende Erkrankungen bei suizidalen Verhaltensweisen .....   | 22 |
| Tabelle 10 Anzahl angegebener Erkrankungen bei suizidalen Verhaltensweisen (N = 78).....   | 23 |
| Tabelle 11 Kritische Lebensaspekte, die bei Personen mit suizidalen Verhaltensweisen angegeben worden waren (N = 78).....  | 24 |
| Tabelle 12 Zusammenhang zwischen der Art des Vorfalls und der Anzahl genannter kritischer Lebensaspekte .....  | 25 |
| Tabelle 13 Präsenz von Suizidpräventions- und Kriseninterventionskonzepten .....   | 25 |
| Tabelle 14 Vorkommen von Vorfällen und die Präsenz von Suizid- und/oder Kriseninterventionskonzepten   | 26 |

## Verzeichnis der Abbildungen

|   |    |
|---|----|
| Abbildung 1 Standardisierte Suizidrate pro 100'000 Einwohner und Einwohnerinnen.....          | 10 |
| Abbildung 2 Kommission Schwerpunktprogramm Suizidprävention Kanton Zürich (2015), S. 10 ..... | 13 |
| Abbildung 3 Anzahl Suizidaler Vorfälle in 92 Einrichtungen im Kanton Zürich 2006-2015 .....   | 19 |
| Abbildung 4 Durchschnittliche Anzahl suizidaler Vorfälle in Fünf-Jahres-Zyklen 2006-2015..... | 20 |

# 1 Zusammenfassung

## Ausgangslage und Ziel

Aufgrund der besonderen Voraussetzungen der Bewohnerinnen und Bewohner der Alters- und Pflegeheime ist davon auszugehen, dass die Suizidalität in diesen Einrichtungen gegenüber der sonstigen Bevölkerung erhöht ist. Die Kommission Schwerpunktprogramm Suizidprävention Kanton Zürich hat darum eine spezifische Massnahme diesem Bereich gewidmet. Ziel des Projektes „B.5 Suizidpräventionskonzepte in den Alters- und Pflegeheimen“ ist es, die Datenlage zu der Anzahl Suiziden in den Wohneinrichtungen der Altenpflege zu verbessern und die Anzahl von Suiziden in diesen Einrichtungen mittels präventiver Massnahmen zu reduzieren.

Die Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich (HfH) wurde durch die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich beauftragt, die Anzahl Suizide und Suizidversuche, inkl. assistierter Suizide, in den Alters- und Pflegeheimen in den letzten 10 Jahre zu ermitteln und mit den Alters- und Pflegeheimen Suizidpräventionskonzepte zu erarbeiten.

## Methodisches Vorgehen

Um die Datenlage bezüglich suizidalem Verhalten in den Alters- und Pflegeheimen zu verbessern, wurde eine schriftliche Befragung bei den Einrichtungen im Kanton Zürich durchgeführt. Im Juni 2016 wurde einer repräsentativen Stichprobe ein schriftlicher Fragebogen zugestellt.

Die Leitenden der Alters- und Pflegeheime wurden gebeten, anzugeben, ob sie bereits ein Suizidpräventionskonzept und/oder ein Kriseninterventionskonzept hätten und ob es in der Einrichtung erlaubt sei, einen ärztlich assistierten Suizid zu begehen zudem wurden die Anzahl Suizidversuche, Suizide und assistierte Suizide der letzten zehn Jahre erfasst (2006-2015). Die Leitenden wurden gebeten, zu jedem Vorfall spezifische Angaben zu machen: Neben Geschlecht, Alter und Aufenthaltsdauer wurden der Gesundheitszustand und kritische Lebensaspekte der Person erfasst.

Die Antworten wurden mit deskriptiver Statistik analysiert und Unterschiede zwischen Gruppen je nach Skalierung der Daten mit dem Chi-Quadrat Test oder t-Test untersucht. Der Pearson Chi-Quadrat-Test testet, ob zwischen zwei kategorialen Variablen ein Zusammenhang besteht. Dabei werden die beobachteten Häufigkeiten mit theoretisch erwarteten Häufigkeiten verglichen. Beim t-Test werden die Mittelwerte verglichen. Mit Regressionsanalysen wurden Faktoren identifiziert, welche die Art des suizidalen Verhaltens bedingen. Suizidpräventions- und Kriseninterventionskonzepte wurden mit einer strukturierten Inhaltsanalyse nach Mayring (2005) untersucht.

## Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen eine leicht erhöhte Suizidrate (20/100'000 Bewohnerinnen und Bewohner) und eine tiefe Suizidversuchsrate (9.4/100'000) in den Alters- und Pflegeheimen im Kanton Zürich. Wenn die assistierten Suizide mitberücksichtigt werden ist die Suizidrate jedoch hoch (95/100'000). Insgesamt lässt sich ein starker Anstieg der Suizidrate feststellen, besonders bei den assistierten Suiziden.

60% der Einrichtungen im Kanton Zürich lassen den assistierten Suizid in der Einrichtung zu. Gut die Hälfte der Einrichtungen ist von suizidalen Vorfällen betroffen wovon die Hälfte jedoch nur einen einzigen Vorfall in zehn Jahren zu verzeichnen hatte. Knapp die Hälfte der Suizidversuche und Suizide (44%) ereignet sich im ersten Jahr des Aufenthalts in einem Alters- oder Pflegezentrum. Personen, die den assistierten Suizid wählen, sind oft bereits drei oder mehr Jahre in der Einrichtung wohnhaft.

Personen mit einer psychischen Erkrankung unterscheiden sich im suizidalen Verhalten von den anderen Bewohnerinnen und Bewohnern. Sie begehen signifikant häufiger Suizidversuche und Suizide ( $\chi^2(1, N = 78) = 14.438, p = .000$ ) und weniger häufig assistierte Suizide; möglicherweise, weil mit einer psychischen Erkrankung der Zugang zu einem assistierten Suizid erschwert ist.

Trotz der hohen Suizidrate sind in den Alters- und Pflegeheimen im Kanton Zürich kaum Suizidpräventionskonzepte vorhanden (11%). In rund einem Viertel der Einrichtungen sind jedoch Kriseninterventionskonzepte vorhanden (26%).

## **Diskussion**

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass es wichtig ist, die Situation von Menschen mit psychischer Erkrankung, sowie die Zunahme der assistierten Suizide in den Alters- und Pflegeheimen, zu beobachten und zudem die Pflegenden und Betreuenden diesbezüglich zu sensibilisieren, auszubilden und zu begleiten.

## 2 Ausgangslage

Suizidprävention ist im Kanton Zürich schon länger ein wichtiges Thema in Politik und Forschung. Nach der Antwort des Bundesrates zu einer Interpellation reichten im Kanton Zürich 2001 zwei Kantonsräte (Gerhard Fischer und Peter Reinhard) eine Anfrage an den Zürcher Regierungsrat ein (KR42/2001). Aus der Studie «Gesundheit 21» vom Dezember 1999 sei hervorgegangen, dass nur in der Romandie und im Tessin, sowie in ein paar wenigen Deutschschweizer Kantonen, Zürich gehörte damals nicht dazu, Suizidprävention als Aufgabe des Kantons wahrgenommen werde. In seiner Antwort auf diese Anfrage wies der Regierungsrat darauf hin, dass im Kanton Zürich ein ausgesprochen gutes und flächendeckendes Beratungs- und Unterstützungsangebot (vor allem im Bildungs- und Gesundheitswesen) bestehe, das direkt oder indirekt einen Beitrag zur Suizidprävention leiste. In seinen weiteren Ausführungen wies der Regierungsrat auch auf das Forum für Suizidforschung und Suizidprävention (FSSZ) hin.

Im Januar 2008 reichten die Zürcher Kantonsräte Heidi Bucher-Steinegger, Lorenz Schmid und Erika Ziltener ein Postulat ein. Der Regierungsrat wurde darin aufgefordert, über die Suizidprävention im Kanton Zürich zu berichten, ein Suizidpräventionskonzept zu erarbeiten, zu realisieren und dessen Wirksamkeit zu überprüfen. Das Postulat wurde im November 2009 dem Regierungsrat überwiesen.

Im Bericht des Regierungsrates vom 30. November 2011 zum Postulat KR-Nr. 20/2008 betreffend Suizidprävention stellte der Regierungsrat ein Schwerpunktprogramm zur Suizidprävention, das auf der Grundlage des Konzepts für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich beruht, in Aussicht. Die Grundlage dazu bildete der Expertenbericht des Forums für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich (FSSZ) vom 25. August 2011. Dieser Bericht beschrieb die Situation im Kanton Zürich und legte dar, warum Massnahmen gegen Suizide und Suizidversuche sinnvoll und notwendig gewesen seien. Handlungsbedarf wurde vor allem bei einer verstärkten Koordination der zahlreichen bestehenden eigenen Massnahmen wie auch jener der Gemeinden und privater Trägerschaften gesehen.

Mit einem Schreiben vom 4. Juli 2012 ersuchte die Sicherheitsdirektion die Gesundheitsdirektion, die Bildung einer Kommission Schwerpunktprogramm Suizidprävention zu veranlassen. Der Bericht der Kommission Schwerpunktprogramm Suizidprävention Kanton Zürich wurde am 28. Mai 2015 vorgelegt und das Schwerpunktprogramm definiert.

Das Schwerpunktprogramm zielt darauf ab, Suizide und Suizidversuche, soweit möglich, zu verhindern. Insbesondere sollten die Aufklärung der Bevölkerung verbessert und die Hilfe zur Selbsthilfe gestärkt werden. Es seien Massnahmen im Zuständigkeitsbereich verschiedener Direktionen notwendig. Dabei seien sowohl neue Massnahmen als auch der Ausbau und die Koordination bestehender Massnahmen und flankierende Massnahmen vorgesehen. Die Direktionen haben 18 Projekte vorgesehen. Unter B. Ausbau / Koordination bestehender Massnahmen sollen Suizidpräventionskonzepte für die Alters- und Pflegeheimen erarbeitet werden.

### 3 Forschungsstand

Die Thematik Suizidprävention ist national und international bereits gut erforscht. Hinsichtlich der Fragestellung „Suizidprävention in Alters- und Pflegeheimen“ ist die Forschungslage allerdings dürftig, wie auch Murphy, Bugeja, Pilgrim & Ibrahim (2015) bestätigen.

#### 3.1 Suizidversuch, Suizid und assistierter Suizid

##### 3.1.1 Suizidversuch

Der Begriff Suizidversuch wird in der Literatur häufig sehr weit gefasst und oft wird dabei auf die Definition von (Stengel, 1964) zurückgegriffen. Ein Suizidversuch ist demnach eine, auf einen kurzen Zeitraum begrenzte, absichtliche Selbstschädigung, von der die Person, die diese Handlung begeht, nicht wissen kann, ob sie überleben wird oder nicht. Suizidversuche mit nur beschränkter Intention zu sterben nennt Stengel (1964) Parasuizid.

In einer Studie zu suizidalem Verhalten in der Agglomeration Bern [Steffen et al. 2011] wurde von 2004 bis 2010 eine durchschnittliche Rate von 105 Suizidversuchen pro 100'000 Einwohner pro Jahr festgestellt. Suizidversuche sind hier rund 7 Mal häufiger als vollendete Suizide. Aufgrund einer hohen vermuteten Dunkelziffer wird davon ausgegangen, dass Suizidversuchen rund zehn Mal häufiger sind als vollendete Suizide (Gysin-Maillart, 2013).

Suizidversuche sind häufiger bei Frauen und jungen Menschen zu finden, während Männer öfter einen Suizid vollenden. Dies hängt auch mit der Wahl der Methoden zusammen. Die häufigsten Methoden bei Suizidversuchen sind das Einnehmen von Medikamenten und das Zufügen von Schnittverletzungen in suizidaler Absicht. In mindestens 40% der Fälle haben die Betroffenen bereits früher einen Suizidversuch unternommen (Steffen et al. 2011 nach (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2015a). Im Alter sind Suizidversuche seltener (Stoppe, Kohn, Schmutz & Suter, Elisabeth, Wiesli, Ursula, o.J.).

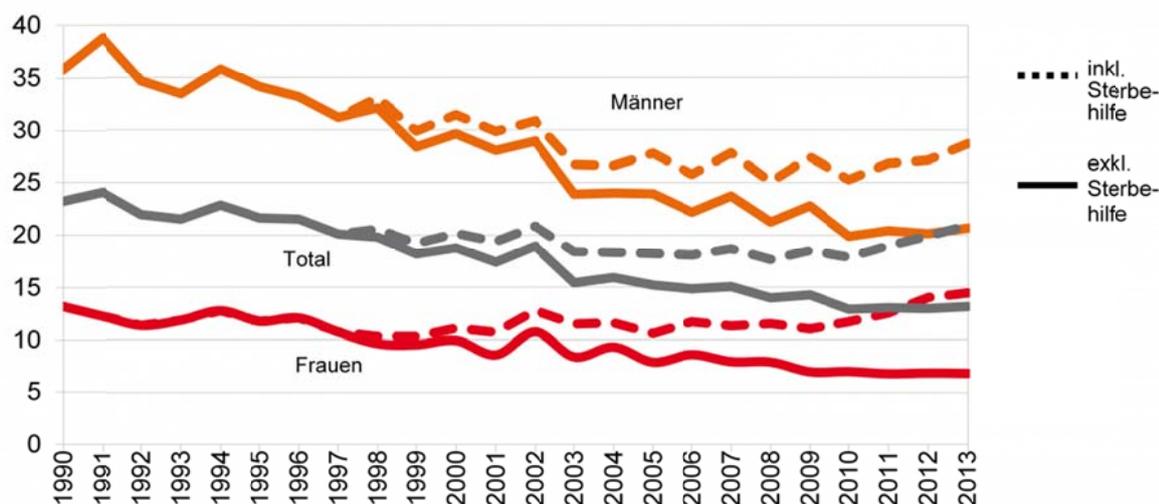
Die Auseinandersetzung mit Suizidversuchen ist dennoch wichtig, weil ein Suizidversuch in der Lebensgeschichte einer der wichtigsten Risikofaktoren für einen später vollzogenen Suizid ist (Gysin-Maillart, 2013). Mit dem Begriff „Suizidales Verhalten“ werden hier sowohl Suizid als auch ärztlich assistierten Suizid und Suizidversuche eingeschlossen.

##### 3.1.2 Suizid

Die WHO (2012) definiert Suizid als eine Handlung, die eine Person in voller Kenntnis und in Erwartung des tödlichen Ausgangs selbst plant und ausführt (World Health Organisation [WHO], 2012). Aufschluss über die Suizidraten in der Schweiz gibt der Bericht des Bundesamtes für Gesundheit (2015). Die Schweiz gehört innerhalb von Europa zu den Ländern mit einer überdurchschnittlich hohen Suizidrate: 2012 begehen in der Schweiz 752 Männer und 285 Frauen Suizid. Dies entspricht zwei bis drei Suiziden pro Tag, was bedeutet, dass in der Schweiz dreimal mehr Menschen durch Suizid wie durch Verkehrsunfälle sterben. Suizid ist bei den 15- bis 44-jährigen Männern die häufigste Todesursache (BAG, 2015a).

Suizide sind bei Männern häufiger als bei Frauen: Die gemittelte Suizidrate für die Jahre 2007 bis 2012 beträgt bei den Männern 18.5/100'000 und bei den Frauen 7.1/100'000. Männer begehen rund 2,5 Mal häufiger Suizid als Frauen (Abb. 1). Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist das Geschlechterverhältnis mit einem Faktor 6.5 und bei den über 75-Jährigen mit einem Faktor 5 stärker ausgeprägt (BAG, 2015a).

## Standardisierte Suizidrate pro 100'000 Einwohner/innen Entwicklung in der Schweiz



Quelle: BFS – Todesursachenstatistik

© Obsan 2015

Abbildung 1 Standardisierte Suizidrate pro 100'000 Einwohner und Einwohnerinnen

Es werden verschiedene Suizidarten unterschieden: Kurzschlusssuizide, Suizide aufgrund zunehmendem oder wiederkehrendem Leidensdruck, Suizide aufgrund chronischer Suizidalität und Bilanzsuizide. Seit 2003 ist die Anzahl der Suizide etwa konstant, während die Fälle von Sterbehilfe kontinuierlich zunehmen.

Die Suizidrate ist bei jungen Erwachsenen und bei alten Menschen erhöht: Bis 2008 zeigte auch die Schweizer Statistik einen massiven Anstieg der Suizide ab dem 70. Altersjahr, besonders bei Männern. Seit 2009 werden assistierte Suizide nicht mehr in dieser Statistik als Suizide erfasst sondern der Diagnose, die sonst wahrscheinlich zum Tode geführt hätte, zugeordnet. Dies hatte eine Senkung der Suizidrate zur Folge (Minder & Harbauer, 2015).

Während bei den Männern Suizidmethoden wie Erschiessen und Erhängen, mit Anteilen von je über 25%, am häufigsten angewandt werden, stellen bei den Frauen Vergiften, gefolgt von Erhängen und Sturz in die Tiefe die häufigsten Suizidmethoden dar (BAG, 2015a).

Die Todesursachenmeldungen bei Suizid enthalten in 53 Prozent der Fälle keine Angaben zu den Begleiterkrankungen. Wenn eine Angabe vorliegt, weisen 56 Prozent der Nennungen auf eine Depression hin. Bei den übrigen 44 Prozent wird eine körperliche Erkrankung genannt (Bundesamt für Statistik (BFS), 2012).

### 3.1.3 Sterbehilfe, Suizidbeihilfe oder ärztlich assistierter Suizid

Unter dem Begriff „Sterbehilfe“ werden heute im juristischen Sprachgebrauch die direkte aktive und die indirekte aktive Sterbehilfe, die passive Sterbehilfe und die Beihilfe zum Suizid zusammengefasst. Die direkte aktive Sterbehilfe ist eine gezielte Tötung zur Verkürzung der Lebensdauer eines Menschen. Dies ist strafbar gemäss Art. 111 (vorsätzliche Tötung) und Art. 113 (Totschlag) oder Art. 114 (Tötung auf Verlangen) des StGB. Bei einer indirekten aktiven Sterbehilfe werden zur Linderung von Leiden Mittel eingesetzt, die als Nebenwirkung die Überlebensdauer herabsetzen können. Diese Art von Sterbehilfe ist im Gesetzbuch nicht ausdrücklich geregelt, gilt aber mit Einschränkungen als zulässig. Dabei ist das Ziel der Handlung von Bedeutung. Das Ziel des Handelns muss in der Linderung des Leidens liegen und nicht in der Beendigung des Lebens.

Bei der passiven Sterbehilfe wird auf lebenserhaltende Massnahmen verzichtet. Der Behandlungsverzicht kann auf ausdrücklichen Wunsch der Person erfolgen. Ein Abbruch oder Verzicht auf Behandlung kann durch den Arzt, die Ärztin nach eingehender sorgfältiger Abklärung der Situation bei urteilsunfähigen Personen (Neugeborene oder bei bewusstlosen Personen, die ihr Bewusstsein voraussichtlich nicht mehr erlangen) gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (SAMW) entschieden werden (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften [SAMW], 2013).

Unter Beihilfe zum Suizid versteht man die Unterstützung einer Person in ihrem Ziel, ihr Leben zu beenden. Einer suizidwilligen Person wird dazu eine tödliche Substanz vermittelt, die sie ohne Fremdeinwirkung selber einnimmt (Bundesamt für Statistik (BFS), 2012). Beihilfe zum Suizid bleibt gemäss Art. 115 des Strafgesetzbuches straflos, wenn sie nicht aus selbstsüchtigen Beweggründen erfolgt. In der Schweiz ist die Suizidbeihilfe nicht ausdrücklich geregelt.

Die statistische Trennung der assistierten Suizide vom Oberbegriff Suizid hat zur Folge, dass diese Art des Suizids vom pathologisch geprägten Begriff abgegrenzt wird. Man geht davon aus, dass ein schwerkranker aber urteilsfähiger Mensch in Kenntnis der Situation, wohlüberlegt, über alle Möglichkeiten, Alternativen und Folgen seines Handelns aufgeklärt, im Sinne eines Bilanzsuizides, frei entscheidet, seinem Leben ein Ende zu setzen. Daher sei in diesen Fällen der freie Wille zu respektieren. Gleichzeitig kommt der Abklärung, ob eine Person suizidal im psychopathologischen Sinne ist und behandelt werden muss, oder ob sie psychisch gesund und urteilsfähig ist und ihre Autonomie respektiert werden muss, eine hohe Bedeutung zu (Minder & Harbauer, 2015).

Auch Minder und Harbauer (2015) zeigen auf, dass bei älteren Personen häufig psychische Erkrankungen als ein wesentlicher Risikofaktor suizidalen Verhaltens, aufgrund des untypischen Erscheinungsbildes, zu wenig erkannt und diagnostiziert werden, dass konflikthafte Beziehungen, gehäufte Verluste und soziale Isolation wesentliche Risikofaktoren suizidalem Verhalten im Alter darstellen, und so der Wunsch nach einem assistierten Suizid nicht immer dem freien Willen eines urteilsfähigen Menschen zugesprochen werden kann. Auch in diesem Bereich, so Minder und Harbauer (2015), sind präventive Massnahmen wünschenswert und sinnvoll.

Im Jahr 2012 fanden nach Angaben der Sterbehilfeorganisationen insgesamt 554 assistierte Suizide statt. Die Sterbehilfeorganisation Exit weist aus, dass von den 356 Begleitungen im Jahr 2012 sechs Begleitungen (1,7 %) Menschen mit psychischen Erkrankungen betrafen (BAG, 2015b). Die Tendenz ist steigend. Die Sterbehilfeorganisation Exit habe im deutschsprachigen Raum 2014 583 Personen begleitet, 124 Personen mehr als 2013 (Steck, Zwahlen & Egger, 2015). Im Jahr 2014 wurden in der Schweiz 742 Fälle von assistiertem Suizid verzeichnet, 26 Prozent mehr als im Vorjahr und zweieinhalbmal so viel als noch 2009 (Bundesamt für Statistik (BFS), 2016).

### **3.1.4 Ursachen von suizidalem Verhalten**

Mit dem Begriff „Suizidales Verhalten“ werden hier sowohl Suizid als auch ärztlich assistierten Suizid und Suizidversuche eingeschlossen.

Die Ursachen von suizidalem Verhalten sind unterschiedlich. Jugendliche und junge Erwachsene haben im Vergleich zur übrigen Bevölkerung eine hohe Suizidversuchsrate. Hier sind oft akute Belastungsstörungen die Ursache. Bei den Erwachsenen hingegen stehen psychische Störungen und Erkrankungen wie Depressionen, Suchterkrankungen oder Schizophrenie im Vordergrund (BAG, Schweizerische Konferenz der Kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren [GDK] & Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, 2016). Aber auch in höherem Alter sind psychische Erkrankungen, besonders Depressionen, in den meisten Fällen als Ursache der Suizide, abgesehen von ärztlich assistierten Suiziden zu betrachten. Die assistierten Suizide sind hingegen weitgehend Bilanzsuizide.

## **3.2 Suizidales Verhalten bei Menschen im Alter**

Wird von Alter gesprochen sind häufig Menschen über 60 Jahre gemeint. Bei der in dieser Studie untersuchten Population der Menschen, die in Alters- und Pflegeheimen leben, handelt es sich um hochaltrige Menschen im Alter von 80 Jahren und mehr.

Nach Angaben des Bundesamtes für Statistik (Zahlen von 2006) muss man in der Altersgruppe über 65 Jahren mit insgesamt 35 Suiziden pro 100'000 Einwohner und Einwohnerinnen und Jahr rechnen (hier inklusive assistierte Suizide). Suizidversuche sind schwieriger zu erfassen. Konservative Rechnungen bezüglich der Suizidversuchsrate in der Allgemeinen Bevölkerung gehen von einer etwa zehnfach höheren Suizidversuchsrate als Suizidrate aus (Stoppe et al.). Verschiedene Studien zeigen jedoch, dass die Suizidversuchsrate im Alter deutlich tiefer liegt. Erlemeier & Wirtz (2002) fanden in verschiedenen Studien eine sinkende Suizidversuchsrate in der Altersgruppe der über 55jährigen und älteren Personen (bei Männern 59/100'000 und bei Frauen 74/100'000). Lindner, Hery, Schaller, Schneider & Sperling (2014) nehmen die auf der Basis der WHO-Erhebung geschätzten Suizidversuchsziffern für Deutschland (für die Bevölkerung 60 Jahre und älter) für das Jahr 2006. Diese sind für Männer 53,7/100.000 und für Frauen 32,4/100.000.

Gemäss dem Positionspapier „Suizidprävention im Alter“ von der Fachgruppe Mental Health / Arbeitsgruppe „Alternde Bevölkerung“ besteht in über 90% der Suizide und Suizidversuche im Alter ein Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung. Zu dieser muss jedoch ein auslösendes Ereignis oder eine auslösende Situation hinzukommen. Im höheren Lebensalter spielt die Depression eine besonders wichtige Rolle. Zahlreiche Untersuchungen zeigen, dass Depression im Alter oft nicht erkannt oder nicht adäquat behandelt wird (Lindner et al., 2014; Stoppe et al.).

Der demografische und gesellschaftliche Wandel bringt auf Dauer auch einen Wandel in den sozialen Strukturen und Lebensformen mit sich. Aufgeworfen werden durch diese epochalen Veränderungen Unterstützungs- und Versorgungsfragen, die bisher weitgehend im Rahmen familialer Austauschbeziehungen geregelt wurden. Das Problem der sozialen Isolierung und mangelnden emotionalen Unterstützung wird sich für manche Menschen im Alter verstärkt stellen und damit auch das Risiko für Krisenerleben, Vereinsamung und suizidale Gefährdung (Lindner et al., 2014) .

*„Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit sind keine festen Größen, sondern immer nur in Relation zu dieser Anpassungsleistung zu sehen, die mit Zunahme von Altersbeschwerden und biologischem Abbau immer schwieriger zu erbringen ist. Das vierte Lebensalter stellt die Auseinandersetzung mit Altern und nahendem Lebensende auf eine harte Probe, nicht selten so hart, dass das Leben zur Last werden kann und krisenhaft erlebt wird... Am stärksten bedroht sind Wohlbefinden und Lebenswille, wenn alte Menschen keine sozial-emotionale Unterstützung in tragenden Beziehungen mehr erfahren, sich verlassen fühlen und sich aufgeben.“ (Lindner et al., 2014).*

### **3.2.1 Suizidales Verhalten in Alters- und Pflegeheimen**

Es gibt zahlreiche Studien, welche suizidales Verhalten in Einrichtungen der Psychiatrie untersuchten (Donnelly, McGilloway, Mays, Perry & Lavery, 1997; PING QIN & NORDENTOFT, 2005; Winkler, Mladá, Csémy, Nechanská & Höschl, 2015 etc.). Deutlich weniger Studien liegen vor zum suizidalen Verhalten in Alters- und Pflegeheimen. Generell wird davon ausgegangen, dass vollendete Suizide in Alters- und Pflegeheimen eher selten sind (Lindner et al., 2014). Diese Annahme wird auch durch eine aktuelle Metastudie bestätigt (MEZUK, Lohman, Leslie & Powell, 2015).

### **3.3 Suizidprävention**

Bei der Prävention wird zwischen den klassischen Formen der primären, sekundären und tertiären Prävention unterschieden. Primäre Suizidprävention beinhaltet im Wesentlichen Verbesserungen der Lebensqualität, der sozialen und gesellschaftlichen Strukturen sowie eine Förderung der Toleranz in der Gesellschaft für individuelle Lebensformen. Als mögliche Massnahmen werden die Verbesserung der psychiatrisch- psychosomatischen Grundversorgung, städtebauliche und verkehrstechnische Massnahmen, der Aufbau von Kommunikationsmöglichkeiten sowie Aufklärung der Bevölkerung genannt (Zalsman et al., 2016). Bei der sekundären Prävention geht es vor allem darum, Personen, die in eine suizidale Krise geraten sind, durch Krisenintervention oder Therapien zu helfen. Tertiäre Prävention umfasst Hilfen, die an Personen gerichtet sind, die bereits einmal einen Suizidversuch unternommen haben. Sie umfasst auch die nachgehende Betreuung von Suizidenten (und ihren Angehörigen) (Erlemeier & Wirtz, 2002). Erlemeier, Hirsch, Lindner & Sperling (2014) betonen aber auch die Schulung von Personal in der Altenpflege zu Fragen der Suizidalität und Suizidprävention alter Menschen sowie die Beziehungsgestaltung im täglichen Umgang mit Bewohnern von Pflegeheimen.

Im Kanton Zürich nahm im April 2013 die Kommission Schwerpunktprogramme Suizidprävention ihre Arbeit auf. Sie setzt sich aus je einem Mitglied der Sicherheitsdirektion, der Bildungsdirektion und der Gesundheitsdirektion zusammen. Zu den Aufgaben der Kommission gehören die Erwirkung und der Vollzug eines Regierungsratsbeschlusses zur Umsetzung und Finanzierung eines mehrjährigen Schwerpunktprogramms, die Erteilung von Aufträgen an Dritte, das Sicherstellen der Qualitätskontrolle und die Berichterstattung über den Fortschritt der Arbeiten. Dabei geht es um die Verhinderung von Suiziden, die sich in so akuten Krisensituationen oder unter derart grossen Belastungen ereignen, dass das Urteilsvermögen der betroffenen Person beeinträchtigt ist. Dazu sollen bestehende Präventionsmassnahmen optimiert und, wo nötig, neue Massnahmen geschaffen werden.

Die vorgeschlagenen Massnahmen zur Suizidprävention stehen auf fünf Säulen: 1. Methodenspezifische Prävention, 2. Spezifische Prävention bei Risikogruppen, 3. Prävention von Imitationshandlungen, 4. Einbin-

derung von Multiplikatoren und Multiplikatorinnen und 5. Hilfe in Krisensituationen. Ausgehend von diesen fünf Säulen werden zudem zwei Arten von Querschnittsmassnahmen unterschieden: 1. kombinierte Massnahmen, welche verschiedene Säulen tangieren und 2. langfristige Strategie-, Steuerungs- und Koordinationsmassnahmen, welche die Aufgabenteilung zwischen verschiedenen Akteurinnen und Akteuren klären und die Planung und Steuerung einer kohärenten kantonalen Suizidpräventionsstrategie gewährleisten (Kommission Schwerpunktprogramm Suizidprävention Kanton Zürich, 2015). Eine Übersicht über dieses Schwerpunktprogramm Suizidprävention bietet die folgende Abbildung:

Tab. 1: Übersicht Schwerpunktprogramm Suizidprävention Kanton Zürich: Kategorien und Projekte

| A. Neue Massnahmen   | B. Ausbau / Koordination bestehender Massnahmen   | C. Flankierende Massnahmen   |
|--|---|--|
| A.1 Koordination Schwerpunktprogramm Suizidprävention Kanton Zürich durch das EBPI   | B.1 Periodische Kampagnen für Rückruf von Schusswaffen und Munition, Deponierung von Dienstwaffen und vorsorgliche Waffenabnahme                  | C.1 Krisenkonzepte in Schulen institutionalisieren   |
| A.2 Monitoring der Suizidhäufigkeiten und -methoden zwecks Identifizierung von Risikogruppen und Evaluation der Massnahmen | B.2 Regionale Suizidrapporte unterstützen   | C.2 Aus- und Weiterbildung von Multiplikatoren und Multiplikatorinnen  |
| A.3 Hotspots: Unterstützung Liegenschaftsverantwortlicher bei Sicherungsplanung und -umsetzung                             | B.3 Zielgruppenspezifische Strategien und Massnahmen für Risikogruppen  | C.3 Sensibilisierung und Schulung von Medienschaffenden zur Berichterstattung über Suizid  |
| A.4 Periodische Rückgabeaktionen für nicht mehr benötigte Medikamente  | B.4 Helpline für Fachpersonen   | C.4 Bedarfsabklärung von Massnahmen für suizidale Jugendliche  |
| A.5 Gezielte Rückführung von Medikamenten nach einem Todesfall   | B.5 Suizidpräventionskonzepte für Behinderteneinrichtungen sowie Alters- und Pflegeheime  | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p><b>Querschnittsthemen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rechtliche Aspekte</li> <li>- Drohhandlungen</li> </ul> </div> |
| A.6 Abgabe einer Info- und Notfallkarte bei Suizidgefährdeten  | B.6 Informationen und Schulung von Lehrpersonen zu Suizidprävention und Krisenbewältigung in der Volksschule und den Schulen der Sekundarstufe II |  |
| A.7 Nachsorge nach Suizidversuch bei Austritt aus Spitalern und Kliniken   |   |  |
| A.8 Präventive Angebote für Personen, bei denen Sterbehilfeorganisationen eine Suizidhilfe abgelehnt haben                 |   |  |

**Abbildung 2 Kommission Schwerpunktprogramm Suizidprävention Kanton Zürich (2015), S. 10**

Im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik erarbeiteten das Bundesamt für Gesundheit (BAG), die Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz 2016 einen Aktionsplan Suizidprävention. Auch der Aktionsplan fokussiert auf nicht-assistierte Suizide mit dem Ziel, diese nachhaltig zu reduzieren. Es wird darin darauf hingewiesen, dass eine umfassende Suizidprävention bei der Förderung der psychischen Gesundheit ansetze. Es werden rund 30 Massnahmen vorgeschlagen. Der Aktionsplan soll Ende 2016 verabschiedet und 2017 umgesetzt werden.

Demgegenüber hat der Kanton Zug schon seit 2009 ein Suizidpräventionskonzept, dies in Ergänzung zum Konzept „Psychische Gesundheit im Kanton Zug 2007– 2012“. Gestützt auf der wissenschaftlichen Untersuchung „Suizide im Kanton Zug 1991– 2007“ wurden Ziele zur Früherkennung psychischer Störungen und zur Suizidprävention formuliert und entsprechende Massnahmen vorgeschlagen, bspw. ein konsiliarärztlicher Dienst in Zuger Spitalern, Alters- und Pflegeheimen sowie Fortbildungen von Heimpersonal (Gesundheidsdirektion Kanton Zug, 2009).

Studien zeigen, dass gewissen Suizidpräventionsstrategien erfolgreicher sind als andere. Die effektivsten Methoden zur Suizidprävention sind das Verhindern des Zugangs zu Möglichkeiten (bspw. Waffen, Medikamente) sowie das Verbauen von so genannten Hot Spots (bspw. Möglichkeiten zu Springen). Programme zur Sensibilisierung führen zu einer Reduktion von Suizidversuchen und suizidalen Gedanken. Das Aufrechterhalten des Kontaktes mit Personen, welche nach einem Suizidversuch das Spital verlassen, sowie der Aufbau von Hotlines, zeigten ebenfalls eine präventive Wirkung (Du ROSCOÄT & BECK, 2013; Althaus, 2005). Gewisse Medikamente wie Clozapine und Lithium zeigen positive, präventive Effekte, jedoch weniger ausgeprägt als vermutet wurde. Wirkungsvoll sind auch effektive pharmakologische und psychologische Behandlung von Depressionen. Als ungenügend haben sich das Screening der Suizidalität in der Grundversorgung, allgemeine Informationen sowie Leitlinien erweisen (Althaus, 2005; Zalsman et al., 2016).

## 4 Fragestellung

Aufgrund der besonderen Voraussetzungen der Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen ist davon auszugehen, dass die Suizidalität in diesen Einrichtungen, gegenüber der sonstigen Bevölkerung, erhöht ist. Die Kommission Schwerpunktprogramm Suizidprävention Kanton Zürich hat darum eine spezifische Massnahme diesem Bereich gewidmet. Ziel des Projektes „B.5 Suizidpräventionskonzepte in den Alters- und Pflegeheimen“ ist es, die Datenlage zu der Anzahl Suiziden in den Alters- und Pflegeheimen zu verbessern und die Anzahl von Suiziden in den Einrichtungen mittels präventiver Massnahmen zu reduzieren.

Hierfür wurde die Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich (HfH) durch die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich beauftragt, sowohl die Anzahl Suizide und Suizidversuche, inkl. assistierte Suizide, in den Alters- und Pflegeheimen im Kanton Zürich in den letzten 10 Jahren zu ermitteln, als auch mit den Alters- und Pflegeheimen, basierend auf der wissenschaftlichen Literatur und den bestehenden Konzepten der Wohnrichtungen ein Suizidpräventionskonzept zu erarbeiten.

Die konkreten Fragestellungen lauteten daher:

- Haben die Alters- und Pflegeheimen im Kanton Zürich bereits Suizidpräventionskonzepte oder Kriseninterventionskonzepte und welche Inhalte haben diese?
- Sind assistierte Suizide in den Alters- und Pflegeheimen erlaubt?
- Wie oft wurden in den letzten zehn Jahren 2006 bis 2015 in den Alters- und Pflegeheimen im Kanton Zürich Suizidversuche, Suizide und assistierte Suizide begangen?
- Welches Geschlecht hatten die betroffenen Personen und wie alt waren sie zum Zeitpunkt des Vorfalles?
- Wie lange waren sie zum Zeitpunkt des Vorfalles bereits in der Einrichtung wohnhaft?
- Wie war zum Zeitpunkt des Vorfalls der Gesundheitszustand der Personen?
- Welche kritischen Lebensaspekte waren zum Zeitpunkt des Vorfalls bei der Person vorhanden?

## 5 Methodisches Vorgehen

Um die Datenlage bezüglich suizidalem Verhalten in den Alters- und Pflegeheimen zu verbessern wurde eine repräsentative schriftliche Befragung bei den Alters- und Pflegezentren im Kanton Zürich durchgeführt. Die Ergebnisse wurden Ende Oktober 2016, anlässlich eines dreistündigen Workshops, mit rund 35 Leitenden, Pflegenden und Betreuenden aus den Alters- und Pflegeheimen des Kantons Zürich vorgestellt und diskutiert. Die Ergebnisse der Diskussion werden im Abschnitt Diskussion aufgenommen.

### Setting

Den Alters- und Pflegeheimen wurde im Juni 2016 ein schriftlicher Fragebogen zugestellt.

### Sample

Auf der Alters- und Pflegeheimliste der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich sowie beim Dachverband Curaviva Kanton Zürich sind rund 340 Einrichtungen aufgeführt. Aus diesen wurde zufällig eine repräsentative Auswahl von 130 Einrichtungen ausgewählt. Dabei wurde berücksichtigt dass die Regionen, in der die Einrichtung stehen sowie die Grössen der Einrichtungen angemessen einbezogen waren. Es wurden die Gesamtleitenden dieser 130 Alters- und Pflegeheimen im Kanton Zürich angeschrieben. Die Adressen stammten von Curaviva Zürich.

Die Stadt Zürich führt rund 25 Alterszentren mit rund 2100 Betten und 11 Pflegezentren mit 1600 Betten. Im oben genannten Sample waren 11 der 25 Alterszentren angeschrieben worden, aber keines der Pflegezentren. Da die Dienstabteilung Alterszentren der Stadt Zürich bei allen Befragungen, die den Alterszentren zugestellt werden, die Beantwortung der Fragebogen zentral übernimmt, mussten diese noch einmal angeschrieben werden. Gleichzeitig wurde das Sample mit den Pflegezentren der Stadt Zürich ergänzt, welche die Fragen ebenfalls zentral beantworten wollten. Auf diese Weise wurden insgesamt 155 Einrichtungen angeschrieben.

### Messung

Die Gesamtleitenden Alters- und Pflegeheimen sollten angeben, ob sie bereits ein Suizidpräventionskonzept und/oder ein Kriseninterventionskonzept hätten (Ja/Nein). Bei einer Bejahung dieser Fragen sollte das Konzept der Projektleitung zu zugestellt werden.

Es wurde gefragt, ob es in der Einrichtung erlaubt sei, einen ärztlich assistierten Suizid zu begehen (Ja/Nein/in Abklärung).

Danach wurde die Anzahl Suizidversuche, Suizide und assistierte Suizide der letzten zehn Jahre erfasst (2006-2015). Gab es keine Vorfälle innerhalb dieses Zeitraums, war die Befragung bereits beendet.

Wenn in den letzten zehn Jahren jedoch Vorfälle registriert worden waren, wurden die Leitenden gebeten, zu jedem Vorfall spezifische Angaben zu machen. Notiert wurde das Jahr des Vorfalls, das Geschlecht der Person, das Alter der Person beim Vorfall, das Eintrittsdatum in die Einrichtung, der Gesundheitszustand der Person (es wurden Somatische Krankheiten wie Herz-Kreislauf Erkrankung; Arthrose, (rheumatische) Arthritis; Diabetes; Osteoporose; Niereninsuffizienz; Lungenerkrankungen; Blutarmut; Krebs; Sensorische Einschränkungen wie Sehbehinderung und Hörbehinderung; Neuropsychiatrische Krankheiten wie Demenz; Hirnschlag; Parkinson Krankheit und Multiple Sklerose; Psychische Störungen wie Affektive Störungen (Depression etc.); Angststörungen; Schizophrenie; andere Psychosen; Persönlichkeits- und Verhaltensstörung; Abhängigkeitserkrankung und andere psychische Störungen; zudem Hoher Blutdruck und Dekubitus erfasst).

Zuletzt fragten wir nach der Lebenssituation der Person zum Zeitpunkt des Vorfalls: Erlebte sie Konflikte, belastende Lebensereignisse, hatte sie eine schwierige / aussichtslose ökonomische Situation, eine Entwicklungskrise, unzureichende soziale Integration, soziale Einsamkeit oder fehlten Bewältigungsstrategien?

### Datensammlung

Den Gesamtleitenden der Alters- und Pflegeheimen des Kantons Zürich sandten wir schriftliche Fragebogen per Post zu. Die Leitenden wurden zwei bis vier Wochen nach Versand des Fragebogens durch Studentinnen der HfH per Telefon angerufen und motiviert, den Fragebogen auszufüllen oder die Fragen per Telefon zu beantworten. Die Studentinnen nahmen dann Antworten direkt in Excel Tabellen auf, die später zusammengetragen und weiterverarbeitet wurden.

Da die Dienstabteilung Alterszentren der Stadt Zürich bei allen Befragungen, die den Alterszentren zugestellt werden, die Beantwortung der Fragebogen zentral übernimmt, wurde in einem zweiten Schritt diese Dienstabteilung im August 2016 noch einmal angeschrieben. Gleichzeitig wurde die Dienstabteilung Pflegezentren der Stadt Zürich ebenfalls angeschrieben, da bei der Überprüfung des Rücklaufs festgestellt worden war, dass diese im ursprünglichen Sample vergessen gegangen waren.

### **Analyse**

Nach der Datenbereinigung erfolgte eine Übertragung der Daten in das Analyseprogramm SPSS 22. n. Aufgrund unterschiedlicher Antwortverhalten der Alters- und Pflegeheimen der Stadt Zürich wurden zwei Datensätze erstellt. Einerseits die Antworten der Alterszentren, die im ersten Schritt bereits angeschrieben worden waren (N=92), andererseits ein Datensatz mit Antworten inklusive der Nachbefragung bezüglich der Frage der Konzepte und zu den Anzahl suizidaler Vorfälle aus den letzten zehn Jahren (N=117).

Die Antworten wurden mit deskriptiver Statistik analysiert. Unterschiede zwischen Gruppen konnten je nach Skalierung der Daten mit dem Chi-Quadrat Test oder dem t-Test untersucht werden.

Die Suizidpräventions- und Kriseninterventionskonzepte wurden mit einer strukturierten Inhaltsanalyse nach Mayring untersucht und bewertet.

## 6 Ergebnisse

### 6.1 Charakteristik der antwortenden Wohneinrichtungen

Von den 130 Alters- und Pflegeheimen im Kanton Zürich, die angeschrieben worden waren, antworteten zunächst 92 Einrichtungen (63%) (Tab. 1). Von den Einrichtungen der Stadt Zürich fehlten aber zahlreiche Angaben zu einzelnen Vorfällen, zudem wurde bei der Überprüfung des Rücklaufs festgestellt, dass die Pflegezentren der Stadt Zürich nicht angeschrieben worden waren. Eine Rückfrage bei den entsprechenden Dienststellen der Stadt Zürich ergab, dass die Befragung zentral beantwortet werden müsse. Beiden Dienststellen, die insgesamt 36 Einrichtungen leiten, wurden die Fragebogen darum im August 2016 erneut zu gestellt. Wir erhielten umfassende Angaben zur Anzahl vorhandener Suizidpräventions- und Kriseninterventionskonzepten, sowie zur Frage, ob assistierte Suizide in der Einrichtung erlaubt seien oder nicht. Ebenso sandten uns beide Dienststellen eine Übersicht sämtlicher suizidaler Vorfälle aus den letzten zehn Jahren zu. Angaben zu einzelnen Vorfällen wurden jedoch nicht gemacht. Insgesamt wurden zu allgemeinen Fragestellungen 155 Einrichtungen angeschrieben. Antworten zu den allgemeinen Fragen liegen, mit der zusätzlichen Befragung, aus 117 Einrichtungen vor, dabei ist die Stadt Zürich jedoch überrepräsentiert. Daher werden im Folgenden nur die Angaben aus 92 repräsentativen Einrichtungen dargestellt.

**Tabelle 1 Sample**

|               | Juni 2016 (alle Fragen) | Aug. 2016 (ausgewählte Fragen) | Total (ausgewählte Fragen) |
|---------------|-------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| Angeschrieben | 130                     | 25                             | 155                        |
| Rücklauf      | 92 (63%)                | 25 (100%)                      | 117 (75%)                  |

Die 92 Einrichtungen, die in der ersten Runde alle Fragen beantworteten, sind über den ganzen Kanton verteilt. Im Mittel beherbergen sie 81 Bewohnerinnen und Bewohner, die Standardabweichung liegt bei rund 50 Personen. Die 92 Einrichtungen bieten insgesamt Plätze für 7452 Personen.

Die Einrichtungen wurden unterteilt in mittlere und grosse Einrichtungen (mittlere Einrichtungen mit bis zu 80 Bewohnerinnen und Bewohner, grosse mit über 80 Personen. 46 mittlere und 46 grosse Alterszentren nahmen an der Befragung teil.

28 der antwortenden Einrichtungen haben ihren Sitz in der Stadt Zürich, 66 Alters- und Pflegeheimen liegen ausserhalb dieses Stadtgebietes.

### 6.2 Ist assistierter Suizid in der Einrichtung möglich?

Die repräsentative Befragung im Kanton Zürich mit 130 angeschriebenen Alters- und Pflegeheimen und 92 Antworten ergab, dass in 56 der 92 Einrichtungen gemäss Angaben der Leitenden assistierter Suizid erlaubt ist (60,9%). In vier Alterszentren wurde diese Frage zur Zeit der Befragung noch diskutiert.

In Alters- und Pflegeheimen, die sich in der Stadt Zürich befinden, ist assistierter Suizid signifikant häufiger erlaubt, als in Einrichtungen, die sich ausserhalb der grössten Stadt im Kanton Zürich befinden ( $\chi^2(1, N = 92) = 3.921, p = .039$ ).

**Tabelle 2 Möglichkeit des assistierten Suizides in Stadt- oder Landeinrichtungen**

|          | Ass. Suizid erlaubt |    | Gesamt |
|----------|---------------------|----|--------|
|          | nein                | ja |        |
| Land     | 30                  | 36 | 66     |
| Stadt ZH | 6                   | 20 | 26     |
| Gesamt   | 36                  | 56 | 92     |

In 25 der 46 mittleren Einrichtungen und in 31 der 46 grossen Einrichtungen ist assistierter Suizid erlaubt. Der Chi-Quadrat Test zeigt keinen Unterschied. In grossen und mittleren Einrichtungen ist assistierter Suizid gleichermassen erlaubt ( $\chi^2(1, N = 92) = 1.643, p = .143$ ).

### 6.3 Prävalenz von suizidalen Verhaltensweisen

In der repräsentativen Befragung der 130 Einrichtungen wurden von 92 antwortenden Einrichtungen insgesamt 78 Vorfälle von suizidalem Verhalten zwischen 2006 und 2015 gemeldet (Tab 3). Die Vorfälle betrafen 41 Alters- und Pflegeheimen. Somit sind 44,6% der Einrichtungen von suizidalem Verhalten betroffen.

Tabelle 3 Anzahl Vorfälle 2006-2015

|        | 2. Art des Vorfalls |        |                     |        |
|--------|---------------------|--------|---------------------|--------|
|        | Suizidversuch       | Suizid | assistierter Suizid | Gesamt |
| 2006   | 0                   | 1      | 0                   | 1      |
| 2007   | 0                   | 2      | 0                   | 2      |
| 2008   | 0                   | 1      | 0                   | 1      |
| 2009   | 0                   | 3      | 3                   | 6      |
| 2010   | 0                   | 1      | 2                   | 3      |
| 2011   | 1                   | 1      | 7                   | 9      |
| 2012   | 0                   | 1      | 5                   | 6      |
| 2013   | 2                   | 2      | 7                   | 11     |
| 2014   | 1                   | 0      | 17                  | 18     |
| 2015   | 3                   | 3      | 15                  | 21     |
| Gesamt | 7                   | 15     | 56                  | 78     |

Im Jahr 2006 war im Kanton Zürich ein suizidaler Vorfall zu verzeichnen, im Jahr 2015 waren es 21 Vorfälle. Der Anstieg ist auf die Zunahme assistierter Suizide zurückzuführen. Diese sind von keinem ärztlich begleiteten Suizid im Jahr 2006 auf 15 begleitete Suizide im Jahr 2015 angestiegen (Tab 2).

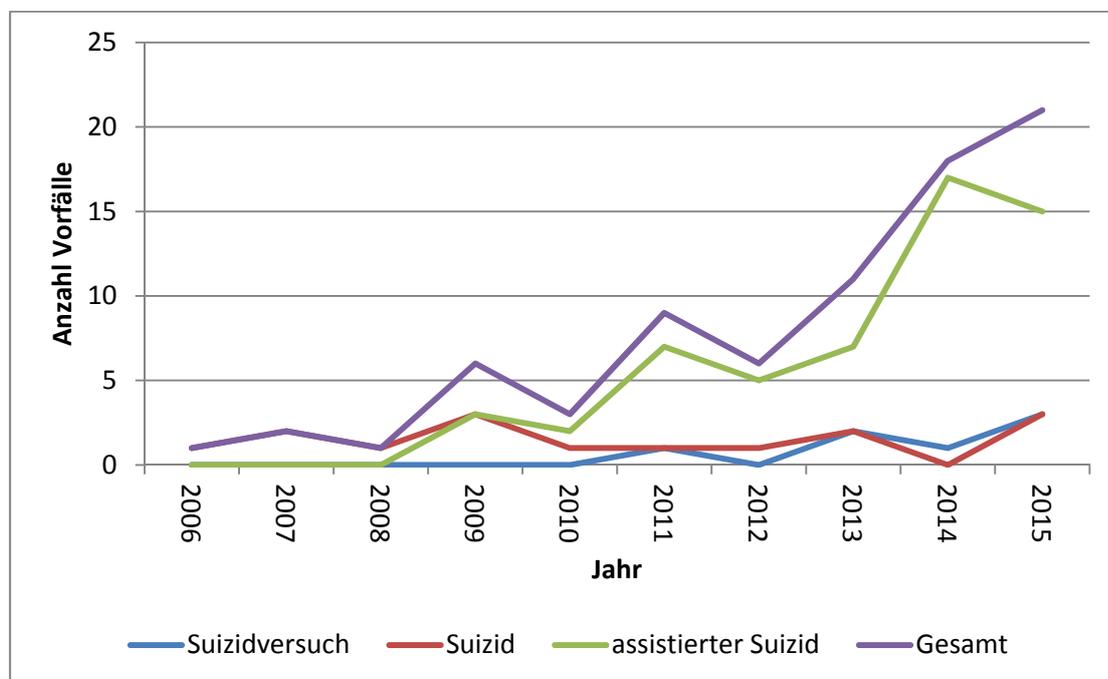


Abbildung 3 Anzahl Suizidaler Vorfälle in 92 Einrichtungen im Kanton Zürich 2006-2015

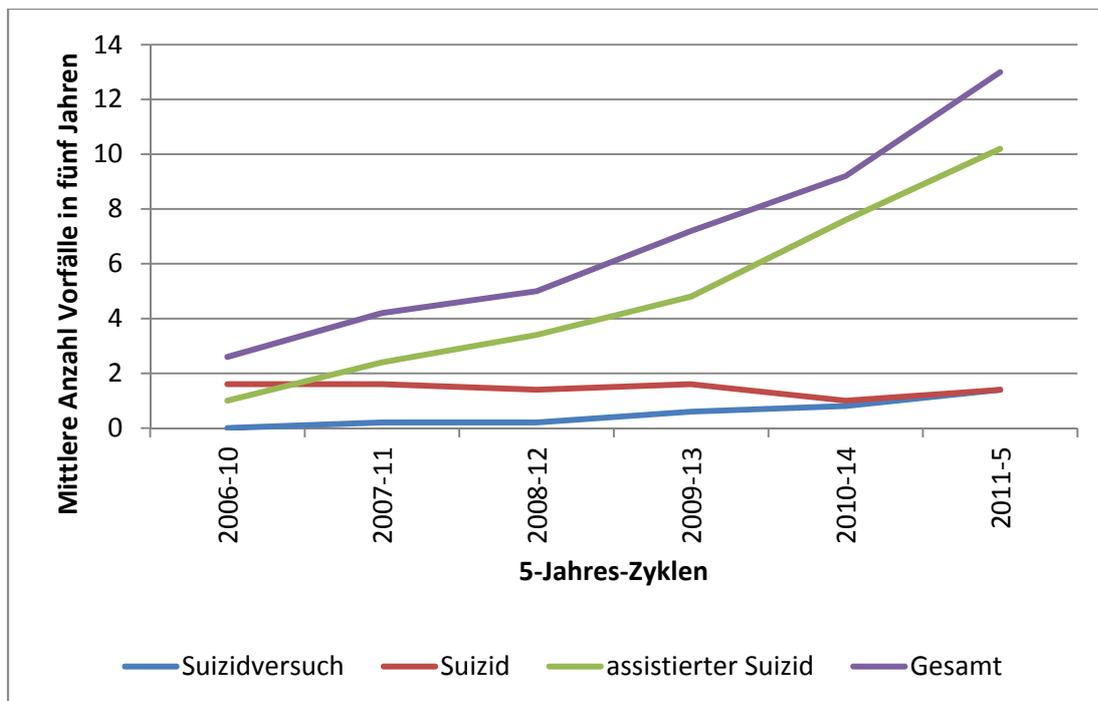


Abbildung 4 Durchschnittliche Anzahl suizidaler Vorfälle in Fünf-Jahres-Zyklen 2006-2015

Die 92 Alters- und Pflegezentren im Kanton Zürich berichten von 15 Suiziden in den letzten 10 Jahren, das sind im Durchschnitt 1,5 Suizide pro Jahr. Die Suizidrate über zehn Jahre beträgt in den an der Befragung beteiligten Alters- und Pflegeheimen im Kanton Zürich somit  $20,3/100'000^1$  Bewohnerinnen und Bewohner. Sie ist höher als die altersstandardisierte Suizidrate in der Allgemeinen Bevölkerung ( $13/100'000$ ).

Die Alters- und Pflegeheimen im Kanton Zürich berichten jedoch zudem über 56 assistierte Suizide. Werden zur Berechnung der Suizidrate die assistierten Suizide mitgerechnet, so erhöht sich die Rate auf  $95,3/100'000^2$  Bewohnerinnen und Bewohner.

Die Suizidversuchsrate ist tief und liegt über die zehn Jahre gerechnet, mit total sieben Suizidversuchen, bei  $9,4/100'000^3$  Bewohnerinnen und Bewohner.

Die Hälfte der Einrichtungen (21 Einrichtungen), in denen suizidale Vorfälle zu verzeichnen waren, ist nur von einem Vorfall in zehn Jahren betroffen. In einem weiteren knappen Viertel der Alters- und Pflegeheimen gab es zwei Vorfälle (9 Einrichtungen) in zehn Jahren und im letzten Viertel gab es drei oder mehr Vorfälle (11 Einrichtungen) (Tab. 3).

Tabelle 4 Häufigkeit der Vorfälle (Anzahl Einrichtungen N=92)

|                         | Kein Vorfall | 1 Vorfall | 2 Vorfälle | 3 Vorfälle | 4 - 5 Vorfälle |
|-------------------------|--------------|-----------|------------|------------|----------------|
| Häufigkeit der Vorfälle | 51           | 21        | 9          | 6          | 5              |

In 15 der 26 Alters- und Pflegeheimen, die ihren Sitz in der Stadt Zürich haben, gab es suizidale Verhaltensweisen, ebenso in 26 der 66 Einrichtungen, die sich ausserhalb der Stadt Zürich befinden. Es wurde geprüft, ob ein Zusammenhang besteht zwischen dem Ort der Institution und der Häufigkeit suizidaler Vorfälle. Der Chi-Quadrat Test zeigte keinen signifikanten Unterschied  $\chi^2(1, N = 92) = 2.528, p = .088$ .

#### 6.4 Charakteristik der Personen mit suizidalem Verhalten

Die Vorfälle von 2006 bis 2015 betrafen 34 Männer und 44 Frauen. 4 Männer hatten in den letzten zehn Jahren in den Alters- und Pflegeheimen im Kanton Zürich einen Suizidversuch gemacht, 10 Männer

<sup>1</sup>  $(100'000/7452)*1,5$

<sup>2</sup>  $(100'000/7452)*7,1$  (71 Vorfälle in zehn Jahren)

<sup>3</sup>  $(100'000/7452)*0,7$

begingen Suizid und bei zwanzig Männern wurde ein assistierter Suizid angegeben. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Frauen. Von den 44 Vorfällen bei Frauen betrafen 3 Vorfälle einen Suizidversuch, in fünf Fällen erfolgte der Suizid und in 36 Fälle wurde ein assistierter Suizid angegeben (Tab 5). Es konnte kein Unterschied festgestellt werden bezüglich des Geschlechts und der Art des Vorfalles, auch, weil es nur wenig Suizidversuche gab.

**Tabelle 5** Kreuztabelle Geschlecht der betroffenen Person und Art des Vorfalles (N = 78)

|            |          | Art des Vorfalles |        |             | Gesamt |
|------------|----------|-------------------|--------|-------------|--------|
|            |          | Suizidversuch     | Suizid | Ass. Suizid |        |
| Geschlecht | männlich | 4                 | 10     | 20          | 34     |
|            | weiblich | 3                 | 5      | 36          | 44     |
| Gesamt     |          | 7                 | 15     | 56          | 78     |

Zum Zeitpunkt des Vorfalles waren die Personen im Mittel 85 Jahre alt mit einer Standardabweichung von 8 Jahren. Personen, die einen Suizidversuch oder Suizid verübt hatten, waren mit 84,3 Jahren im Mittel leicht jünger als Personen, die durch einen assistierten Suizid das Leben beendet hatten (Mittelwert 85,8 Jahre) (Tab 6).

**Tabelle 6** Unterschied zwischen dem Mittleren Alter bei Personen, welche einen Suizidversuch oder Suizid begehen und denen, die einen assistierten Suizid begehen

| Art des Vorfalles         | N  | M      | SD     | SE     |
|---------------------------|----|--------|--------|--------|
| Suizidversuch oder Suizid | 22 | 84.282 | 7.5099 | 1.6011 |
| ass. Suizid               | 56 | 85.780 | 8.2989 | 1.1090 |

Der Altersunterschied zwischen diesen beiden Gruppen ist jedoch nicht signifikant, wie die Analyse mit dem t-Test zeigt ( $t(76) = -.74, p = .464$ ).

## 6.5 Dauer des Aufenthalts bis zum Vorfall

Zum Zeitpunkt des Vorfalles waren die Personen 3.6 Jahre in der Einrichtung. Wird die Aufenthaltsdauer in drei Gruppen klassiert, so kann festgestellt werden, dass 21 von 78 Vorfällen (26,9%) im ersten Aufenthaltsjahr vorkamen. Weitere 26 Vorfälle waren im Zeitraum zwischen 1-3 Jahre Aufenthalt zu verzeichnen und 31 Personen hatten vor dem Vorfall länger als drei Jahre in der Einrichtung gelebt (Tab 7).

**Tabelle 7** Art des Vorfalles und Aufenthaltsdauer in Gruppen

|                  |                     | Art des Vorfalles |        |             | Gesamt |
|------------------|---------------------|-------------------|--------|-------------|--------|
|                  |                     | Suizidversuch     | Suizid | Ass. Suizid |        |
| Aufenthaltsdauer | kurz (bis 1 Jahr)   | 4                 | 5      | 12          | 21     |
|                  | mittel (1-3 Jahre)  | 1                 | 6      | 19          | 26     |
|                  | lang (über 3 Jahre) | 2                 | 4      | 25          | 31     |
| Gesamt           |                     | 7                 | 15     | 56          | 78     |

Aufgrund der tiefen Anzahl Suizidversuche war es nicht möglich, mit einem Chi-Quadrat Test zu prüfen, ob zwischen der Dauer des Aufenthaltes und der Art der Vorfälle ein Zusammenhang besteht.

Gemäss Chi-Quadrat Test gibt es auch keinen signifikanten Zusammenhang bezüglich der Aufenthaltsdauer bis zum Vorfall und dem Geschlecht der betroffenen Person ( $\chi^2(3, N = 78) = .739, p = .691$ ).

## 6.6 Gesundheitszustand der betroffenen Personen

Bei 74 der 78 Vorfälle (9%) wurde eine Erkrankung angegeben, bei vier Personen war keine gesundheitliche Beeinträchtigung markiert worden. Im Durchschnitt wurden 2,3 Erkrankungen pro Vorfall mit gesundheitlicher Beeinträchtigung markiert. Bei 40 der 74 Personen mit einer Erkrankung wurde nur eine Krankheit markiert. Bei je 9 Personen wurden zwei oder drei Erkrankungen angegeben (Tab. 8).

**Tabelle 8 Anzahl Erkrankungen, die angegeben wurden, pro Vorfall (N = 78)**

| Anzahl Erkrankungen | Häufigkeit | Prozent |
|---------------------|------------|---------|
| 0                   | 4          | 5,1     |
| 1                   | 40         | 51,3    |
| 2                   | 9          | 11,5    |
| 3                   | 9          | 11,5    |
| 4                   | 5          | 6,4     |
| 5                   | 4          | 5,1     |
| 6                   | 3          | 3,8     |
| 7                   | 2          | 2,6     |
| 8                   | 2          | 2,6     |
| Gesamt              | 78         | 100,0   |

Mit 26 Nennungen wurde am häufigsten die Kategorie „andere Erkrankungen“ gewählt. Bei den Kommentaren wurde „Chronische Schmerzen“ (neun Nennungen) „unklar“ (fünf Nennungen), Epilepsie und Rollstuhlabhängigkeit (vollständige Immobilität) (je zwei Mal) und Multimorbidität (einmal) genannt.

Affektive Störungen wurden bei 22 Personen genannt, Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei 20 Personen, Krebs bei 15 und Arthrose bei 14 Personen (Tab. 9).

**Tabelle 9 Vorliegende Erkrankungen bei suizidalen Verhaltensweisen**

| <b>Somatische Krankheiten</b>          |    |       |
|--|----|-------|
| Herz-Kreislaufkrankheiten              | 20 | 11,6% |
| Krebs                                  | 15 | 8,7%  |
| Arthrose                               | 14 | 8,1%  |
| Osteoporose                            | 10 | 5,8%  |
| Niereninsuffizienz                     | 5  | 2,9%  |
| Diabetes                               | 5  | 2,9%  |
| Lungenerkrankung                       | 4  | 2,3%  |
| Blutarmut                              | 1  | ,6%   |
| <b>Sensorische Erkrankung</b>          |    |       |
| Sehbehinderung                         | 8  | 4,6%  |
| Hörbehinderung                         | 1  | ,6%   |
| <b>Neuropsychiatrische Krankheiten</b> |    |       |
| Hirnschlag                             | 5  | 2,9%  |
| Parkinson                              | 5  | 2,9%  |

|                                     |    |       |
|-------------------------------------|----|-------|
| Demenz                              | 3  | 1,7%  |
| Multiple Sklerose                   | 2  | 1,2%  |
| <b>Psychische Störungen</b>         |    |       |
| Affektive Störungen                 | 22 | 12,7% |
| Persönlichkeits-Verhaltensstörungen | 5  | 2,9%  |
| Angststörungen                      | 4  | 2,3%  |
| Andere psychische Störungen         | 4  | 2,3%  |
| andere Psychosen                    | 1  | ,6%   |
| Abhängigkeitserkrankungen           | 1  | ,6%   |
| Schizophrenie                       | 1  | ,6%   |
| <b>Andere</b>                       |    |       |
| Anderes                             | 26 | 15,0% |
| Hoher Blutdruck                     | 11 | 6,4%  |

Rund die Hälfte der Personen (41 von 78, 52,5%) litt unter somatischen Krankheiten wie Herz-Kreislaufkrankheiten, Krebs, Arthrose, Osteoporose und anderen somatischen Krankheiten. Bei 28 Personen (36%) waren psychische Störungen angegeben worden, dabei dominierten die affektiven Störungen, worunter auch Depressionen subsumiert werden. 15 Personen (19%) litten unter Neuropsychiatrischen Störungen wie Hirn-schlag, Parkinson, Demenz und Multiple Sklerose.

Die genannten Erkrankungen wurden summiert und anschliessend in drei Klassen aufgeteilt (eine Erkrankung, zwei Erkrankungen und mehr als zwei Erkrankungen). Bei 20 der 34 Männer, die suizidale Verhaltensweisen zeigten, wurde nur eine Erkrankung genannt, bei 3 Männern wurden zwei Erkrankungen und bei 11 Männern wurden drei oder mehr Erkrankungen markiert. Eine ähnliche Häufigkeitsverteilung an Erkrankungen hatten die Frauen. Bei 24 der 44 Frauen mit suizidalen Verhaltensweisen war eine Erkrankung, bei 6 Personen waren zwei Erkrankungen und bei 14 Frauen waren drei oder mehr Erkrankungen markiert. Der Chi-Quadrat Test zeigt keinen Zusammenhang zwischen Geschlecht und der Anzahl Erkrankungen ( $\chi^2(2, N = 78) = .449, p = .799$ ).

Bei 22 der 47 Personen mit suizidalen Verhaltensweisen, welche in einer Einrichtung lebten, die nicht in der Stadt Zürich ist, wurde eine Erkrankung angegeben, bei 6 Personen wurden zwei Erkrankungen angegeben und bei 19 Personen mehr als zwei Erkrankungen. In Einrichtungen der Stadt Zürich lebten 31 Personen mit suizidalen Verhaltensweisen. Bei 22 der 31 Personen wurde eine Erkrankung, bei 3 Personen wurden zwei Erkrankungen und bei 6 Personen wurden drei oder mehr Erkrankungen angegeben. Es wurde geprüft, ob ein Zusammenhang besteht zwischen dem Standort der Alters- und Pflegeheimen (Stadt Zürich oder nicht Stadt Zürich) und der Summe der genannten Erkrankungen (Tab. . Der Chi-Quadrat Test zeigt keinen signifikanten Zusammenhang ( $\chi^2(2, N = 78) = 4.675, p = .097$ ).

**Tabelle 10 Anzahl angegebener Erkrankungen bei suizidalen Verhaltensweisen (N = 78)**

|                               | Land | Stadt | Gesamt |
|-------------------------------|------|-------|--------|
| 0 bis 1 Erkrankung            | 22   | 22    | 44     |
| zwischen 1 bis 2 Erkrankungen | 6    | 3     | 9      |
| mehr als 2 Erkrankungen       | 19   | 6     | 25     |
| Gesamt                        | 47   | 31    | 78     |

Um weitere Analysen vornehmen zu können wurde die Anzahl angegebener Erkrankungen in zwei Gruppen aufgeteilt: Eine Erkrankung oder zwei und mehr Erkrankungen. Anschliessend wurde mit dem Chi-Quadrat Test überprüft, ob ein Zusammenhang besteht zwischen der Anzahl angegebener Erkrankungen und

- der Präsenz eines Suizid- oder Kriseninterventionskonzeptes,
- der Dauer des Aufenthaltes
- der Grösse der Einrichtung
- ob ass. Suizide erlaubt sind oder nicht.

Mit keiner dieser Variablen besteht ein signifikanter Zusammenhang zur angegebenen Anzahl Erkrankungen.

Aufgrund der tiefen Anzahl Suizidversuche wurden die Vorfälle in zwei Gruppen aufgeteilt: Einerseits Suizidversuche und Suizide als „unbegleitetes suizidales Verhalten“ und andererseits die begleiteten, assistierten Suizide. Danach wurde geprüft, bei welchen häufig genannten Erkrankungen mit der Art des Vorfalls ein Zusammenhang besteht. Bei 13 der 22 Personen mit affektiven Störungen wurde ein Suizidversuch oder ein Suizid genannt, bei 9 Personen mit affektiven Störungen ein assistierter Suizid. Auf der anderen Seite wurde bei 9 von 56 Personen, bei denen keine affektiven Störungen vorlagen, ein Suizidversuch oder Suizid genannt und bei 47 Personen ein assistierter Suizid. Der Zusammenhang zwischen affektiven Störungen und der Art des Vorfalls ist signifikant ( $\chi^2(1, N = 78) = 14.438, p = .000$ ). Das bedeutet, Suizidversuche und Suizide kommen deutlich häufiger bei Personen mit affektiven Störungen vor während assistierte Suizide häufiger bei Personen ohne affektive Störungen stattfinden. Bei keiner anderen Erkrankung konnte ein solcher Zusammenhang festgestellt werden.

## 6.7 Kritische Lebensaspekte

Bei 32 der 78 Personen mit suizidalen Verhaltensweisen waren belastende Lebensereignisse angegeben worden. 19 Personen fehlten Bewältigungsstrategien und 18 Personen waren sozial einsam (Tab 11).

**Tabelle 11 Kritische Lebensaspekte, die bei Personen mit suizidalen Verhaltensweisen angegeben worden waren (N = 78)**

|                                  | N  | Prozent der Fälle |
|----------------------------------|----|-------------------|
| Belastende Lebensereignisse      | 32 | 65,3%             |
| Keine Bewältigungsstrategien     | 19 | 38,8%             |
| Soziale Einsamkeit               | 18 | 36,7%             |
| Keine soziale Integration        | 9  | 18,4%             |
| Konflikte                        | 7  | 14,3%             |
| Entwicklungskrise                | 5  | 10,2%             |
| Schwierige ökonomische Situation | 2  | 4,1%              |
| Gesamt                           | 92 | 187,8%            |

Bei 53 der 78 Personen mit suizidalen Verhaltensweisen (67.9%) wurde nur ein kritischer Lebensaspekt markiert, bei 14 Personen wurden zwei kritische Lebensaspekte und bei 11 Personen drei oder mehr solcher kritischer Aspekte markiert. Für die weiteren Analysen wurde zwei Gruppen gebildet: ein kritischer Lebensaspekt und zwei oder mehr kritische Lebensaspekte.

Es wurde geprüft, ob ein Zusammenhang besteht zwischen der Anzahl der genannten kritischen Lebensaspekte und

- der Präsenz eines Suizidpräventions- oder Kriseninterventionskonzeptes
- der Möglichkeit, in der Einrichtung ass. Suizid zu begehen
- der Grösse der Einrichtung
- der Dauer des Aufenthaltes
- und der Art des Vorfalls, unterteilt in Suizidversuche und Suizide auf der einen Seite und assistierte Suizide auf der anderen Seite.

Der Chi-Quadrat Test zeigt bei allen Variablen keinen signifikanten Zusammenhang ausser bei der Art des Vorfalls. Bei Personen, welche einen assistierten Suizid verübten, wurde signifikant häufiger nur ein kritischer Lebensaspekt markiert ( $\chi^2 (1, N = 78) = 7.119, p = .009$ ).

**Tabelle 12 Zusammenhang zwischen der Art des Vorfalls und der Anzahl genannter kritischer Lebensaspekte**

|                                  | Suizidversuch oder Suizid | ass. Suizid | Gesamt |
|----------------------------------|---------------------------|-------------|--------|
| Ein kritischer Aspekt            | 10                        | 43          | 53     |
| Zwei oder mehr kritische Aspekte | 12                        | 13          | 25     |
| Gesamt                           | 22                        | 56          | 78     |

## 6.8 Sind Suizidpräventions- und Kriseninterventionskonzepte vorhanden?

Die repräsentative Befragung aller Einrichtungen im Kanton Zürich zeigte folgendes Bild: In 11 der 92 Alters- und Pflegeheimen gibt es ein Suizidpräventionskonzept (12%) und in 24 Einrichtungen ein Kriseninterventionskonzept (26,1%). Ein Suizidpräventionskonzept, ein Kriseninterventionskonzept oder beides ist in 29 der 92 Alterszentren vorhanden (31.5%) (Tab 13).

**Tabelle 13 Präsenz von Suizidpräventions- und Kriseninterventionskonzepten**

|   | Konzept vorhanden Anzahl | Konzept vorhanden in Prozent |
|---|--------------------------|------------------------------|
| Suizidpräventionskonzepte                           | 11                       | 12,0%                        |
| Kriseninterventionskonzepte                         | 24                       | 26,1%                        |
| Suizidpräventions- oder Kriseninterventionskonzepte | 29                       | 31,5%                        |

In 16 mittleren und 13 grossen Einrichtungen sind entweder Suizidpräventions- oder Kriseninterventionskonzepte vorhanden. Der Chi-Quadrat Test zeigt keinen Unterschied, bezüglich der Präsenz von Suizidpräventions- oder Kriseninterventionskonzepten in Alters- und Pflegeheimen unterschiedlicher Grösse ( $\chi^2 (1, N = 92) = .453, p = .327$ ).

In 16 der 56 Alterszentren, in denen assistierter Suizid erlaubt ist, gibt es entweder ein Suizidpräventions- oder Kriseninterventionskonzept (28,6%). Der Chi-Quadrat Test zeigt keinen Unterschied, ob in einer Einrichtung assistierter Suizid erlaubt ist, oder nicht, oder ob ein Suizidpräventions- oder Kriseninterventionskonzept vorhanden ist ( $\chi^2 (1, N = 92) = .577, p = .297$ ).

Es wurde geprüft, ob ein Zusammenhang zwischen der Präsenz von Suizidpräventions- oder Kriseninterventionskonzepten und dem Vorkommen von Vorfällen besteht. In 13 der 41 Alters- und Pflegeheimen, die von

Vorfällen betroffen sind, gibt es entweder ein Suizidpräventions- oder Kriseninterventionskonzept (Tab. 14). Der Chi-Quadrat Test zeigt keinen Zusammenhang zwischen der Präsenz von Suizidpräventions- oder Kriseninterventionskonzepten und der Frage, ob ein suizidaler Vorfall in den letzten zehn Jahren vorkam oder nicht ( $\chi^2 (1, N = 92) = .001, p = .575$ ).

**Tabelle 14** Vorkommen von Vorfällen und die Präsenz von Suizid- und/oder Kriseninterventionskonzepten

|         |      | Vorfälle |    |        |
|---------|------|----------|----|--------|
|         |      | nein     | Ja | Gesamt |
| Konzept | nein | 35       | 16 | 51     |
|         | ja   | 28       | 13 | 41     |
| Gesamt  |      | 63       | 29 | 92     |

Nur 4 der 29 Einrichtungen, die ein Suizidpräventions- oder Kriseninterventionskonzept haben, sind in der Stadt Zürich. Von den Alters- und Pflegeheimen, die sich innerhalb des Zürcher Stadtgebietes befinden, ist also in 15.4 % der Einrichtungen entweder ein Suizidpräventions- und Kriseninterventionskonzept vorhanden. Der Chi-Quadrat Test zeigt, die Anzahl Einrichtungen mit Suizidpräventions- oder Kriseninterventionskonzepten ist in der Stadt Zürich signifikant tiefer als in den anderen Gemeinden im Kanton ( $\chi^2 (1, N = 92) = 4.372, p = .029$ ).

## 6.9 Inhalt der Konzepte

### Vorhandene Konzepte fokussieren sekundäre Prävention

Es wurden uns 6 der 11 Konzepte zur Suizidprävention 3 der 24 Konzepte zur Krisenintervention zugestellt. Die Suizidpräventions- und Kriseninterventionskonzepte beurteilten wir anhand von 21 Kriterien. Es wurde der Umfang notiert (Anzahl Seiten) und geprüft, ob die Begrifflichkeiten Suizid und/oder Krise vorhanden sind (Ja/Nein). Untersucht wurde auch, ob in den Konzepten die Bedeutung der Beziehungsgestaltung für Menschen mit Behinderung thematisiert wurde, der Umgang mit sozialer Einsamkeit sowie die spezifische Situation der Wohneinrichtungen insbesondere bezüglich der Struktur (Diskontinuität, Spezifika der professionellen Beziehung) sowie Stärkung des sozialen Netzwerks angesprochen wird. Im Hinblick auf die Diagnostik der Suizidalität wurde untersucht, ob die Situation der Person und ihre soziale Einbindung diskutiert ist, ob spezifische Risikogruppen genannt sind und ob der Umgang mit suizidalen Äusserungen thematisiert ist. Wir untersuchten, ob und auf welchen Ebenen (Klient, Ereignis, Kontext) Massnahmen vorgeschlagen oder thematisiert sind. Auch prüften wir, inwiefern der Ablauf (Kontaktaufnahme, Einschätzung der Situation, alternative Lösungen entwickeln, Therapien anbieten) sowie die Dokumentation angesprochen und ob Kontaktadressen aufgeführt sind.

### Suizidpräventionskonzepte fokussieren auf die Begleitung des assistierten Suizides

Vier der sechs zugestellten Suizidpräventionskonzepte thematisieren den assistierten Suizid. Das heisst, die Suizidpräventionskonzepte fokussieren auf die Begleitung des assistierten Suizides. Für die Analyse dieser Konzepte wurde ein zusätzliches Analyseraster erstellt. Wesentliche Grundlage bot der Stadtratsbeschluss vom 25. Oktober 2010, in dem per 1. Januar 2001 das Verbot der Beihilfe zum Suizid in den städtischen Alters- und Pflegezentren aufgehoben und die Beihilfe im Beschluss geregelt wurde. Das Raster umfasste folgende Aspekte: Bei den Grundlagen wurde darauf geachtet, ob eine Definition vorhanden war, die gesetzliche Grundlagen genannt wurden und ein Hinweis auf Palliative Care erfolgte. Unter dem Aspekt Bedingungen wurden geschaut, ob die mehrfache Äusserung des Wunsches genannt, ein Hinweis auf alternative Möglichkeiten, Mindestaufenthaltsdauer, das Vorhandensein einer eigenen Wohnung, die Mitgliedschaft bei einer Sterbehilfeorganisation gemacht und auch, ob das Prüfen der Urteilsfähigkeit, der Einflussnahme Dritter und einer psychischen Erkrankung erwähnt wurde. Beim Aspekt Ablauf wurde geprüft, ob eine Meldung an die Leitung vorgesehen war, der Einbezug des Heimarztes und ob die Rolle der Mitarbeitenden erwähnt

wurde. Beim Aspekt Nacharbeit wurde nach einem Hinweis auf die Dokumentation, die Meldung an den Bezirksarzt oder die Polizei sowie die Nachbetreuung der Mitarbeitenden und Mitbewohnerinnen geschaut.

### **Die Suizidpräventionskonzepte sind lückenhaft**

Die sechs uns zugestellten Konzepte zur Suizidprävention umfassen zwei bis sieben A4-Seiten. Im umfassendsten Konzept werden 11 der 21 untersuchten Kategorien zur allgemeinen Suizidprävention genannt. Dieses trägt den Titel „Gestaltung der Pflege bei Selbstgefährdung und suizidaler Krise“ und umfasst insbesondere die Kategorien der Diagnostik, der Risikogruppen sowie des Ablaufs bei suizidalem Verhalten. Auf die Bedeutung der Beziehungsgestaltung, den Umgang mit sozialer Einsamkeit wird in nur je einem Konzept in je einem Satz eingegangen. Auf die besonderen Bedingungen der Heimsituation (spezifisch strukturiert, professionelle Beziehung, Diskontinuität in den Beziehungen) wird in keinem Konzept eingegangen. Bei den genannten Massnahmen wird wesentlich beim Kontext angesetzt, das heisst, es wird überprüft, ob die Pflege und Betreuung verbessert und damit die Lebensqualität der Person erhöht werden kann. In nur zwei Konzepten wird erwähnt, dass den Personen ein Therapieangebot unterbreitet werden kann und nur in einem Konzept wird auf die Möglichkeit hingewiesen, dass der suizidale Wunsch in einer kritischen Lebenssituation der Person wurzeln kann, die thematisiert und verändert werden kann. In allen Konzepten fehlten Hinweise auf die Dokumentation der Vorfälle und in nur einem Dokument waren Kontaktadressen aufgeführt.

### **Konzepte zur Begleitung eines Suizides**

In den vier Konzepten, die hauptsächlich den begleiteten Suizid thematisierten, waren lediglich 7-9 der untersuchten 21 allgemeinen Aspekte zur Suizidprävention genannt. Der Fokus lag dabei auf der Wahrnehmung der suizidalen Äusserung (Wunsch nach einem Suizid), dem Gespräch mit der Person, dem Überprüfen der Pflege und Betreuung, dem Hinweis auf alternative Möglichkeiten sowie dem Einbezug der Leitungsperson und des Heimarztes.

Werden diese Konzepte im Hinblick auf Vorgaben zum begleiteten Suizid betrachtet, so kann festgestellt werden, dass in zwei der vier Konzepte 15 von 17 untersuchten Aspekten genannt werden. In einem Konzept wurden keine Mindestaufenthaltsdauer und auch nicht die Mitgliedschaft bei einer Sterbehilfeorganisation erwähnt. Im zweiten Konzept war der Einbezug der Leitungsperson sowie des Heimarztes nicht festgeschrieben. In einem weiteren Konzept werden 13 Aspekte und im vierten Konzept werden lediglich sieben Aspekte genannt. In diesen beiden Konzepten fehlte der Hinweis auf den Einbezug der Leitungsperson und des Heimarztes, die Notwendigkeit der Meldung des Vorfalls an die Polizei oder den Bezirksarzt sowie der Hinweis auf das Prüfen der Urteilsfähigkeit der Person, der Einflussnahme Dritter oder das Vorliegen einer psychischen Erkrankung.

## **7 Diskussion**

Die schriftliche und telefonische Befragung der Alters- und Pflegeheimen im Kanton Zürich vom Sommer 2016 zeigt verschiedene Ergebnisse, die für die Entwicklung von spezifischen Suizidpräventionskonzepten von Bedeutung sind.

### **7.1 Fast die Hälfte der Einrichtungen ist von suizidalen Vorfällen betroffen**

Die Vorfälle fanden in 41 Alters- und Pflegeheimen statt, es sind also rund 45% der Einrichtungen von suizidalem Verhalten betroffen. Gut die Hälfte dieser Einrichtungen hatte nur einen einzigen Vorfall in zehn Jahren gemeldet. Daher stellt sich die Frage, inwiefern ein Suizidpräventionskonzept für solche Einrichtungen sinnvoll ist. Die Leitenden, Pflegenden und Betreuenden, welche am Workshop Ende Oktober 2016 teilnahmen, begrüßten es jedoch sehr, ein Suizidpräventionskonzept zur Verfügung zu haben, in dem auch die diesbezügliche Fort- und Weiterbildung des Personals angesprochen werde. Ebenso sei es sinnvoll, eine Person je Einrichtung als „Themenverantwortliche“ zu bestimmen.

### **7.2 In drei Fünftel der Einrichtungen ist assistierter Suizid erlaubt**

Die Befragung der Alters- und Pflegeheimen im Kanton Zürich zeigt, dass in rund 60% der Einrichtungen assistierte Suizide möglich sind. Der Anteil an Einrichtungen, in denen assistierter Suizid zugelassen ist, ist in der Stadt Zürich deutlich höher. Ein Bundesgerichtsentscheid vom Oktober 2016 bringt jedoch neue Voraussetzungen.

Der Bundesgerichtsentscheid zur Beschwerde der Heilsarmee gegen das revidierte Gesundheitsgesetz des Kantons Neuenburg, der im Oktober 2016 in den Medien diskutiert wurde zeigt, dass auch privat geführte Alters- und Pflegezentren, die öffentlich anerkannt und subventioniert sind, den Wunsch eines Patienten nach einem begleiteten Suizid in ihren Räumlichkeiten respektieren müssen. Gleichzeitig betont das Bundesgericht, dass das Pflegeheim selbst keinerlei aktive Rolle im Prozess der Sterbehilfe übernehmen, sondern einzig die Räumlichkeiten zur Verfügung stellen muss.

Dieser Bundesgerichtsentscheid bringt neue Voraussetzungen für ein Drittel der Alters- und Pflegeheime, die bislang den assistierten Suizid in ihren Räumen nicht vorgesehen hatten. Auch sie werden gefordert sein, diesbezüglich Konzepte zu erarbeiten und die Mitarbeitenden zu schulen.

### **7.3 Es wird von verhältnismässig wenig Suizidversuchen berichtet**

Von 78 detailliert beschriebenen Vorfällen suizidalen Verhaltens betrafen 7 Vorfälle Suizidversuche. Die Rate der Suizidversuche ist in den Alters- und Pflegeheimen mit 9.4/100'000 ausserordentlich tief. Obwohl Suizidversuche im Alter abnehmen, wie verschiedene Studien zeigen konnten (Erlemeier & Wirtz, 2002; Lindner et al., 2014), ist mir keine Studie bekannt, welche so tiefe Suizidversuchsraten im Alter zeigt.

Möglicherweise ist die Suizidversuchsrate so tief, weil in 60% der Einrichtungen die Möglichkeit des assistierten Suizides gegeben ist und die Bewohnerinnen und Bewohner dies auch wissen. Das heisst, wenn sie sich entscheiden sollten, Suizid zu begehen, können sie sich jederzeit für einen assistierten Suizid entscheiden. Eine weitere mögliche Erklärung für die niedrige Anzahl berichteter Suizidversuche könnte in der Definition des Suizidversuchs sowie in der Art der Fragestellung im Fragebogen zu finden sein. Gemäss der Definition von Stengel (1964) werden alle auf einen kurzen Zeitraum begrenzten absichtlichen Selbstschädigungen, von denen der Betreffende, der diese Handlung begeht, nicht wissen kann, ob er überleben wird oder nicht, unter dem Begriff Suizidversuch zusammengefasst. Diese Definition wurde den Befragten in den Wohnheimen nicht mit dem Fragebogen mitgeliefert. Es wurden lediglich ohne Erklärung die Kategorien Suizidversuch, Suizid und assistierter Suizid zur Markierung angegeben. Möglicherweise wurden einige Vorkommnisse selbstverletzenden Verhaltens nicht als Suizidversuche erkannt. Dies wurde anlässlich des Workshops nachgefragt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bestätigten jedoch, dass kaum Suizidversuche oder selbstverletzendes Verhalten in den Alters- und Pflegeheimen vorkämen.

### **7.4 Hohe Prävalenz von suizidalem Verhalten in den Alters- und Pflegeheimen**

In den Alters- und Pflegeheimen im Kanton Zürich liegt die Suizidrate bei 20 pro 100'000 Personen. Damit ist Suizidrate etwas höher als in der allgemeinen Bevölkerung. Diese liegt bei rund 13 pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner. Dieses Resultat widerspricht der in der Literatur geäusserten Annahme, dass vollendete Suizide in Alters- und Pflegeheimen eher selten sind (Lindner et al., 2014; MEZUK et al., 2015). Aufgrund der besonderen Voraussetzungen der Bewohnerinnen und Bewohner der Alters- und Pflegeheimen

(hohes Alter, chronisch-degenerative Erkrankungen, die oft mit starken chronischen Schmerzen verbunden sind) wurde jedoch eine erhöhte Prävalenz erwartet.

Werden die assistierten Suizide mitberücksichtigt, so liegt die Suizidrate in den Alters- und Pflegeheimen im ganzen Kanton Zürich bei 95/100'000. Die Suizidrate ist demnach ähnlich hoch wie diejenige in den Wohneinrichtungen für psychisch kranke Menschen im Kanton Zürich.

## **7.5 Hohe Anzahl assistierte Suizide als Herausforderung**

Dem Personal ist untersagt, an der Vorbereitung oder Durchführung eines Suizides unter Beihilfe einer Sterbehilfeorganisation aktiv mitzuwirken. Erfahren die Pflegenden vom Wunsch nach Sterbehilfe durch Sterbehilfeorganisationen, muss dies dem leitenden Arzt und der Zentrumsleitung unverzüglich mitgeteilt werden. Bei psychisch kranken und dementen Personen ist ein assistierter Suizid gemäss Stadtratsbeschluss nicht erlaubt.

Die Gespräche mit den Leitenden und Pflegenden aus den Alters- und Pflegeheimen im Kanton Zürich anlässlich des Workshops zeigten ein Interesse daran, dass die Sensibilisierung des Personals in den Einrichtungen gross ist und über die Zeit durch Themenverantwortliche aufrecht erhalten bleibt. Neu eintretendes Personal muss gut geschult werden, auch im Hinblick auf Suizidprävention.

## **7.6 Die Tendenz ist insgesamt steigend**

Die Ergebnisse der Studie zeigen in den Alters- und Pflegeheimen eine steigende Tendenz suizidaler Verhaltensweisen in den letzten Jahren, dies jedoch vor allem bei den assistierten Suiziden. Diese Tendenz gilt es weiterhin zu beobachten, auch im Hinblick auf die Wirkung von Präventionsmassnahmen.

## **7.7 Kranke Menschen mit belastenden Lebensereignissen**

Bei den Personen mit suizidalen Verhaltensweisen handelt es sich um betagte, kranke Menschen im Alter von durchschnittlich 85 Jahren. Rund die Hälfte der Personen litt unter somatischen Krankheiten wie Herz-Kreislaufkrankheiten, Krebs, Arthrose, Osteoporose sowie unter psychischen Störungen (vor allem unter affektiven Störungen). Ein Fünftel der Personen mit suizidalen Verhaltensweisen litten unter neuropsychiatrischen Störungen wie Hirnschlag, Parkinson, Demenz und Multiple Sklerose.

Bei zwei Fünftel der Personen (32 der 78 Personen) mit suizidalen Verhaltensweisen waren belastende Lebensereignisse angegeben worden, 19 Personen fehlten Bewältigungsstrategien und 18 Personen waren sozial einsam. Es konnte festgestellt werden, dass bei Personen, bei denen ein assistierter Suizid vorkam, deutlich weniger kritische Lebensaspekte genannt worden waren, als bei Personen, die Suizidversuche oder Suizide unternommen hatten. Ebenso hatten deutlich weniger Personen mit psychischer Erkrankung durch einen assistierten Suizid ihr Leben beendet als Personen ohne psychische Erkrankungen. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass Personen, welche assistierte Suizide vornehmen weniger in einer Krise stecken als andere Personen mit suizidalen Verhaltensweisen und dass eine gewisse Sensibilität bezüglich der Einflüsse psychischer Erkrankungen bestehen.

Dennoch lässt sich aus den Ergebnissen der Studie schliessen, dass bei Personen mit belastenden Lebensereignissen eine erhöhte Gefahr besteht, Suizide oder assistierte Suizide zu begehen. Der Umgang mit belastenden Lebensereignissen und die Begleitung der betroffenen Personen bei belastenden Lebensereignissen scheint ein zentraler Punkt für die Suizidprävention zu sein. Am Workshop wurde die Möglichkeit diskutiert und begrüsst, bei belastenden Lebensereignissen ein ähnliches Assessment mit den Personen durchzuführen, wie es vielerorts beim Eintritt in eine Einrichtung gemacht wird.

## **7.8 Spezifische Risiken in den Alters- und Pflegeheimen**

Gut ein Viertel der Vorfälle ereignet sich im ersten Jahr des Aufenthalts in einem Alters- und Pflegezentrum. Dies ist ein tiefer Anteil, verglichen mit den Ergebnissen von anderen Studien, welche Suizide in Wohneinrichtungen für ältere Menschen untersucht haben. Murphy et al. (2015) stellten anhand einer Metanalyse bei 52% der Suizide eine Aufenthaltsdauer von weniger als einem Jahr fest. Möglicherweise liegt das daran, dass Personen, welche assistierten Suizid begingen, längere Zeit in der Einrichtung lebten, bis sie den Entschluss zum Suizid fassten.

9 von 22 Suizidversuchen und Suiziden geschahen im ersten Jahr nach Eintritt in ein Alters- und Pflegezentrum, das sind 40% dieser Art von Vorfällen.

Der Wohnortwechsel, das Einleben in einer neuen Umgebung und die Gestaltung von neuen Beziehungen sind auch für alte Menschen eine besondere Herausforderung. Solche Wechsel adäquat zu begleiten ist aufgrund der institutionellen Strukturen für die Betreuenden und Pflegenden nicht immer einfach. Gerade bei Personen mit psychischen oder affektiven Störungen ist es jedoch besonders wichtig, die Phase der Veränderung, des Einlebens, des Knüpfens neuer Kontakte, begleiten zu können.

Die Diskussionen im Rahmen des Workshops zeigten, dass das Eintrittsprozedere, inklusive der Frage nach einer Patientenverfügung und einem interdisziplinären Assessment, in vielen Einrichtungen sehr gut organisiert ist. Trotz allem wäre eine Sensibilisierung im Hinblick auf suizidale Verhaltensweisen innerhalb des ersten Jahres nach Eintritt in eine Einrichtung sinnvoll.

## **7.9 Kaum Suizidpräventionskonzepte vorhanden**

In 31% der Alters- und Pflegeheimen im Kanton Zürich gibt es ein Suizidpräventions-, bzw. Kriseninterventionskonzept. Aber nur in elf Einrichtungen (12%) sind tatsächlich Suizidpräventionskonzepte vorhanden. Es wurden uns nur sehr wenige Konzepte zugestellt. Angesichts der Tatsache, dass in den Alters- und Pflegeheimen in den letzten Jahre nur sehr wenige Suizidversuche und Suizide vorkamen, viele Wohneinrichtungen gar nicht oder nur einmal in zehn Jahren betroffen sind, stellt sich die Frage, ob ein spezifisches Suizidpräventionskonzept sinnvoll ist. Es wurde darauf hingewiesen, dass viele Aspekte zur Suizidprävention bereits in anderen Konzepten angesprochen seien. Grundsätzlich wurde es in den Diskussionen im Workshop jedoch begrüsst, ein kantonales Suizidpräventionskonzept für die Alters- und Pflegeheime zu erarbeiten. Über die Möglichkeit, in ein solches Suizidpräventionskonzept auch den Umgang mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid aufzunehmen, wurde während des Workshops diskutiert.

## **7.10 Grenzen der Studie**

In der vorliegenden Arbeit wurden die Leitenden Alters- und Pflegeheimen im Kanton Zürich bezüglich ihrer Suizidprävention und suizidalem Verhalten der Bewohnerinnen und Bewohner befragt. Die Rücklaufquote ist mit 62% so zufriedenstellend, dass die Ergebnisse der Studie repräsentativ sind. Dabei handelt es sich um eine retrospektive Studie: Rückblickend auf zehn Jahre mussten die Antwortenden angeben, welche Krankheiten die betroffene Person hatte und welche Lebensumstände sie begleiteten. Aufgrund von Personalwechsel und der Archivierung der Akten (teilweise beim Institut für Rechtsmedizin) ist nicht klar, auf welcher Basis die Antworten gemacht wurden.

Wie auf Anfrage bestätigt wurde, stimmt die Anzahl assistierter Suizide mit den Zahlen des zuständigen Rechtsmedizinischen Instituts überein.

## **7.11 Ausblick**

Bislang werden Suizide und assistierte Suizide als aussergewöhnliche Todesfälle offiziell gemeldet. Diese Praxis sollte beibehalten werden, da die steigende Tendenz suizidalen Verhaltens einer regelmässigen Beobachtung bedarf. Ebenso sollten Suizidversuche zentral durch die Heimleitung registriert werden. Im Hinblick auf die Zunahme assistierter Suizide stellt sich die Frage, ob die Prüfung der Suizide durch das Rechtsmedizinische Institut im Nachhinein sinnvoll ist. Möglicherweise wäre der Einsatz einer unabhängigen interdisziplinären Expertengruppe, welche bei Wunsch nach einem assistierten Suizid die Voraussetzungen prüft, künftig sinnvoll.

## 8 Suizidpräventionskonzept für die Alters- und Pflegeheime im Kanton Zürich

Im Anschluss an die Befragung wurde ein Suizidpräventionskonzept für die Alters- und Pflegeheime im Kanton Zürich erarbeitet. Ausgangspunkt für die Entwicklung des Konzeptes waren Konzepte aus anderen Einrichtungen sowie diejenigen, welche die Alters- und Pflegeheimen zugestellt hatten. Diese wurden mit den Erkenntnissen aus der Befragung ergänzt.

### 8.1 Grundlagen

#### 8.1.1 Begriffe

Ein **Suizidversuch** ist eine auf einen kurzen Zeitraum begrenzte absichtliche Selbstschädigung, von der der Betreffende, der diese Handlung begeht, nicht wissen kann, ob er überleben wird oder nicht. Suizidversuche mit nur beschränkter Intention zu sterben werden Parasuizid genannt (Stengel, 1964).

**Suizid** wird von der WHO als eine Handlung definiert, die eine Person in voller Kenntnis und in Erwartung des tödlichen Ausgangs selbst plant und ausführt (WHO, 2012)

Unter dem Begriff „**Sterbehilfe**“ werden heute im juristischen Sprachgebrauch die direkte aktive und die indirekte aktive Sterbehilfe, die passive Sterbehilfe und die Beihilfe zum Suizid zusammengefasst.

##### *Die direkte aktive Sterbehilfe*

Die direkte aktive Sterbehilfe ist eine gezielte Tötung zur Verkürzung der Lebensdauer eines Menschen. Dies ist strafbar gemäss Art. 111 (vorsätzliche Tötung) und Art. 113 (Totschlag) oder Art. 114 (Tötung auf Verlangen) des StGB.

##### *Die indirekte aktive Sterbehilfe*

Bei einer indirekten aktiven Sterbehilfe werden zur Linderung von Leiden Mittel eingesetzt, die als Nebenwirkung die Überlebensdauer herabsetzen können. Diese Art von Sterbehilfe ist im Gesetzbuch nicht ausdrücklich geregelt, gilt aber mit Einschränkungen als zulässig. Dabei ist das Ziel der Handlung von Bedeutung. Das Ziel des Handelns muss in der Linderung des Leidens liegen und nicht in der Beendigung des Lebens.

##### *Passive Sterbehilfe*

Bei der passiven Sterbehilfe wird auf lebenserhaltende Massnahmen verzichtet. Der Behandlungsverzicht kann auf ausdrücklichen Wunsch der Person erfolgen. Ein Abbruch oder Verzicht auf Behandlung kann durch den Arzt, die Ärztin nach eingehender sorgfältiger Abklärung der Situation bei urteilsunfähigen Personen (Neugeborene oder bei bewusstlosen Personen, die ihr Bewusstsein voraussichtlich nicht mehr erlangen) gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (SAMW) entschieden werden (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) 2013).

##### *Beihilfe zum Suizid, assistierter Suizid*

Unter Beihilfe zum Suizid versteht man die Unterstützung einer Person in ihrem Ziel, ihr Leben zu beenden. Einer suizidwilligen Person wird dazu eine tödliche Substanz vermittelt, die sie ohne Fremdeinwirkung selber einnimmt (Bundesamt für Statistik (BFS), 2012). Beihilfe zum Suizid bleibt gemäss Art. 115 des Strafgesetzbuches straflos, wenn sie nicht aus selbstsüchtigen Beweggründen erfolgt.

#### 8.1.2 Ursachen von suizidalem Verhalten

Bei Erwachsenen stehen psychische Störungen und Erkrankungen wie Depressionen, Suchterkrankungen oder Schizophrenie bei suizidalem Verhalten im Vordergrund (BAG et al., 2016). Aber auch in höherem Alter sind psychische Erkrankungen, besonders Depressionen in den meisten Fällen als Ursache der Suizide zu betrachten. Bei den assistierten Suiziden spricht man häufig von Bilanzsuiziden, das heisst, die Person schliesst mit ihrem Leben bewusst ab. Dennoch sind belastende Lebensereignisse oft ausschlaggebend für diesen Entscheid.

### **8.1.3 Situation in den Alters- und Pflegeheimen im Kanton Zürich**

Den Alters- und Pflegeheimen im Kanton Zürich wurde anfangs Juni 2016 ein schriftlicher Fragebogen zu suizidalem Verhalten der Bewohnerinnen und Bewohner in den Jahren 2006-2015 zugestellt. 62% der Einrichtungen beantworteten den Fragebogen. In 61% der Einrichtungen ist assistierter Suizid erlaubt. Fast die Hälfte der Einrichtungen (44%) ist von suizidalen Vorfällen in den letzten zehn Jahren betroffen. Der Anteil Suizidversuchen ist in den Alters- und Pflegeheimen sehr tief. Die Suizidrate ist in den Alters- und Pflegeheimen gegenüber der allgemeinen Bevölkerung leicht erhöht (20/100'000 Bewohner vs. 13/100'000 Einwohner). Werden jedoch die assistierten Suizide dazugezählt, ist die Suizidrate mit 95/100'000 stark erhöht, zudem ist eine stark steigende Tendenz zu verzeichnen.

Suizidversuche und Suizide sind bei Personen mit affektiven Störungen oft im ersten Jahr nach dem Eintritt in eine Einrichtung zu verzeichnen. Bei Personen, die bereits mehrere Jahre in einem Alters- und Pflegezentrum leben wird bei Krankheit und belastenden Lebensereignissen eher der Schritt zum assistierten Suizid getan.

Aufgrund der hohen Prävalenz suizidaler Verhaltensweisen ist Suizidprävention in den Alters- und Pflegeheimen von zentraler Bedeutung.

## **8.2 Massnahmen**

### **8.2.1 Präventiv**

#### a) Aus- und Weiterbildung

Suizidprävention darf kein Zufall sein. Auch die Mitarbeitenden in den Alters- und Pflegeheimen sollten für drohende Risiken sensibilisiert werden. Eine gemeinsame Haltung bezüglich Risikobewertung ist anzustreben. Eine angemessene Weiterbildung der Mitarbeitenden, die Festlegung der Zuständigkeiten für dieses Thema sowie die spezifische Sensibilisierung neu eintretender Mitarbeitenden ist wichtig.

#### b) Neueintritte sorgfältige begleiten

Rund ein Viertel aller Vorfälle ereignet sich in den ersten Monaten nach Eintritt in ein Alters- und Pflegezentrum. Es gilt also, die Personen in dieser Zeit eng zu begleiten. Hier eignen sich die psychiatrischen und psychologische Begleitung und Netzwerkarbeit, ebenso ein sorgfältiges Assessment beim Eintritt in eine Einrichtung und bei der Wahrnehmung suizidaler Äusserungen.

#### c) Zugang zu Suizidmöglichkeiten verhindern

Die nützlichste präventive Massnahme ist es, den Zugang zu Suizidmöglichkeiten zu verhindern. Dies sind bspw. Kontrolle der abgegebenen und eingenommenen Medikamente oder auch das Ergreifen baulicher Massnahmen ergreifen.

#### d) Effektive pharmakologische und therapeutische Behandlung psychischer Erkrankungen

Psychische Erkrankungen haben sich als wesentliche Ursache von suizidalem Verhalten gezeigt. Darum ist die effektive pharmakologische Behandlung der psychischen Erkrankung sowie therapeutische Begleitung, insbesondere Behandlung von Depressionen sehr wichtig.

#### e) Palliative Care

Der Aufklärung der Bewohnerinnen und Bewohner über die Möglichkeiten von Palliative Care und Schmerzlinderung kommt in der Suizidprävention in den Alters- und Pflegeheimen eine bedeutende Rolle zu. Zudem ist durch die psychologische Betreuung, palliativmedizinische Hilfe und weitest gehende Schmerzlinderung sowie einfühlsame Zuwendung anzustreben, dass die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner so gut ist, dass keine Suizidwünsche aufkommen.

## 8.2.2 Krisenintervention

In den Alters- und Pflegeheimen besteht ein erhöhtes Risiko zu suizidalem Verhalten. Depressive Stimmungen, sozialer Rückzug, Perspektivenlosigkeit, latenter Überdruß müssen als Warnsignale verstanden werden. Belastende Lebensereignisse müssen gut begleitet werden. Suizidale Äußerungen müssen ernst genommen werden. Suizidankündigung, Suizidversuche oder Selbstverletzung sind immer als Notfall zu betrachten.

### Vorgehen

- Kontakt aufnehmen und Situation einschätzen
- Abklären der akuten Suizidalität
- Fachperson (Gerontopsychiatrischer Dienst) und Vorgesetzte beiziehen
- Verstehen der subjektiven Bedeutung der Krise
- Ermitteln der auslösenden, eskalierenden Faktoren
- Erarbeiten von Lösungen (für die nächsten Stunden)
- Kurzfristige Massnahmen zur Stützung und Sicherung der Person organisieren
- Klare, kurzfristig aufeinander folgende Verabredungen, Vereinbarungen treffen
- Einleiten von Überwachungsmassnahmen
- Evtl. sedierende Reservemedikamente anbieten, falls verordnet
- Non-Suizid-Versprechen ausfüllen

### Erfolgt dies nicht innert nützlicher Frist

- Permanenter Sichtkontakt
- Notfallpsychiater oder die Polizei alarmieren
- Spital- oder Klinikaufenthalt prüfen / einleiten.

## 8.2.3 Nachbegleitung

- Individuelle Stabilisierung, Gestaltung und Strukturierung der Umweltbedingungen (wiederkehrende Abläufe, klare Regeln)
- Erlernen präventiver Techniken und Bewältigungsstrategien
- Stärkung des sozialen Netzwerks
- Vermittlung von Therapieangeboten

## 8.3 Vorgehen beim Wunsch nach einem assistierten Suizid

Oberster Grundsatz ist, dass im Alltag alles Mögliche unternommen wird, dass die Bewohnerin oder der Bewohner nie den Wunsch nach einem vorzeitigen Sterben hat. Dabei steht der Wille der urteilsfähigen Person sowie eine konzeptionell fundierte und gut eingeführte Palliative Care, die der Person eine ihrer Situation angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tode gewährleistet, im Zentrum.

Dennoch äussern ältere, meist multimorbide Menschen, oft Sterbewünsche. Aufgabe des Behandlungsteams ist es in dieser Situation, die Hintergründe des Wunsches zu ergründen, belastende Symptome zu lindern und allfällige Depressionen zu erkennen und zu behandeln. Sterbewünsche sind nicht primär als Suizidwünsche, sondern als Ausdruck existentieller Not zu betrachten (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) 2006).

Der Prozess des Sterbens als Teil des Lebens bedarf einer bewussten Klärung und Gestaltung. Der Institution kommt dabei eine wichtige Rolle zu. Die nötigen Diskussionen und die Definition der Prozesse sind interdisziplinär zu führen. Es kann hilfreich sein, mit Sterbehilfeorganisationen zu vereinbaren, dass sie sich bei der Leitungsperson melden, wenn sie durch eine Klientin, einen Klienten in die Alterseinrichtung bestellt werden.

### **8.3.1 Abklärungen bei Eintritt in die Alterseinrichtung**

Die Tatsache, dass jemand bei einer Sterbehilfeorganisation Mitglied ist, heisst nicht, dass er oder sie deren Dienste auch in Anspruch nehmen will und wird. Wird aber eine solche Mitgliedschaft festgestellt (wenn möglich schon beim Eintrittsprozedere, bei dem auch das Thema Patientenverfügung angesprochen wird), wird die Person nach ihren Wünschen und Vorstellungen gefragt. Wichtig dabei ist es, zu besprechen, welche Abläufe berücksichtigt werden sollten, wenn eine Sterbehilfeorganisation kontaktiert wird.

### **8.3.2 Äusserung des Wunsches nach einem assistierten Suizid: Information der Vorgesetzten**

Es ist durch psychologische Betreuung und palliativmedizinische Hilfe und weitest gehende Schmerzlinderung sowie einfühlsame Zuwendung anzustreben, dass die Lebensqualität für die betroffene Person so gut ist, dass sie den konkreten Suizidwunsch nie hat.

Äussert die Bewohnerin oder der Bewohner mehrfach dringend und in klarem Bewusstsein von der Tragweite dieser Entscheidung den Wunsch nach dem aktiven Eingreifen einer Sterbehilfeorganisation, erklärt die angesprochene Pflegeperson, dass die Information der Vorgesetzten unumgänglich ist, denn es geht dabei unter anderem um grundlegende Entscheidungen bezüglich weiterer ärztlicher, therapeutischer oder pflegerischer Massnahmen.

Die Pflegeperson sucht daraufhin mit der Vorgesetzten das Gespräch und informiert diese über ihren Wissensstand. Die Heimleitung stellt die Rahmenbedingungen her, um mit Beizug des Heimarztes / der Heimgärtin, der Hausärztin oder des Hausarztes, der Bezugspersonen und der Leitung Betreuung und Pflege das weitere Vorgehen zu besprechen.

### **8.3.3 Voraussetzungen prüfen**

Es ist Aufgabe der Leitung, dafür zu sorgen, dass der Bewohner/die Bewohnerin und wenn möglich auch die Angehörigen eingehend durch Fachpersonen über die verschiedenen Möglichkeiten und Alternativen informiert werden und Zeit bekommen, diese zu bedenken:

- Wurden diagnostisch alle belastenden somatischen wie psychischen Erkrankungen erfasst und angemessen behandelt (z.B. Depressionen)?
- Wurde eine qualitativ hochstehende Bekämpfung belastender Symptome (Schmerzen, Unruhe, Übelkeit, Angst, Atembeschwerden) nach den Standards heutiger Palliative Care vorgenommen?
- Erhielt die betroffene Person genügend wertschätzende menschliche Zuwendung?
- Liegen dem Suizidwunsch eventuell ungeklärte soziale, materielle oder spirituelle Probleme zu Grunde, die mit entsprechender fachkompetenter Hilfe gelöst werden könnten?
- Sind der betroffenen Person alternative Möglichkeiten bekannt, auch solche passiver Sterbehilfe (Abbruch von Therapien, Verzicht auf Nahrung, Flüssigkeit) und Palliative Sedation?
- Hat sich die sterbewillige Person mit ethischen Fragen über Leben und Tod auseinandergesetzt?
- Ist die Bewohnerin, der Bewohner urteilsfähig und in klarem Bewusstsein der Tragweite der Entscheidung?
- Liegt Druck oder Einfluss von Drittpersonen vor?

Bei Zweifel an der Urteilsfähigkeit der Bewohnerin oder des Bewohners, beim Verdacht auf Ausübung von Druck durch Dritte, bei psychischer Erkrankung, bei Depressionen, sozialer Einsamkeit und bei nicht adäquater Behandlung sind zuerst diese Themen zu bearbeiten.

Es ist anzustreben, dass die Lebensqualität der Bewohnerin oder des Bewohners so gut ist, dass der Wunsch nach Suizid wegfällt. Der Wille ist jedoch zu akzeptieren, das Verfahren darf nicht absichtlich verlängert werden.

### **8.3.4 Bleibt der Sterbewunsch bestehen,**

- wurde der Wunsch nach assistiertem Suizid durch die Bewohnerin oder den Bewohner über längerer Zeit und mehrfach geäussert,
- ist die Bewohnerin, der Bewohner mindestens seit sechs Monaten in der Einrichtung wohnhaft,

- seit längerer Zeit Mitglied einer Sterbehilfeorganisation
- und liegt mindestens ein Gutachten vor, das bestätigt, dass es sich um eine unheilbare Krankheit handelt, die qualvolles Leiden für die betroffene Person bedeutet,

werden in Rücksprache mit der Bewohnerin oder dem Bewohner weitere Schritte in die Wege geleitet.

Die Leitung der Einrichtung bespricht mit der Bewohnerin oder dem Bewohner, ob und wie das Team informiert wird. Das weitere Vorgehen ist auf jeden Fall interdisziplinär und unter grösster Diskretion von Seiten der Einrichtung her abzuwickeln. Der Bewohner oder die Bewohnerin kontaktiert die Sterbehilfeorganisation.

### 8.3.5 Die Mitarbeitenden dürfen nicht beteiligt sein

Die Mitarbeitenden dürfen keinen Kontakt aufnehmen mit der Sterbehilfeorganisation. Das ist Sache der Bewohnerin/des Bewohners oder der Angehörigen. Die Mitarbeitenden dürfen auch keine Handlung / Unterstützung an der Vorbereitung oder Durchführung eines Suizides unter Beihilfe einer Sterbehilfeorganisation leisten.

Die Mitarbeitenden, welche von einem solchen Suizid wissen, können daraus eine Belastung erfahren. Auch kann ein Konflikt mit dem eigenen Werten resultieren. Einzelpersonen und Teams wird darum Beratung und auf Wunsch auch psychologische Hilfe angeboten.

Nach einem assistierten Suizid muss eine Meldung als aussergewöhnlicher Todesfall an die Polizei oder Bezirksanwaltschaft erfolgen. Die Gesamtleitung ist dafür verantwortlich, dass dies in Absprache mit der Sterbehilfeorganisation erfolgt.

## 8.4 Gesetzliche Grundlagen

- **Strafgesetzbuch (StGB):** <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19370083/index.html>

Art. 111 ff. StGB: Schutz des Lebens durch Tötungstatbestände

Art. 115 StGB: Schutz der Autonomie vor Beeinflussung des Suizidentscheides aus selbstsüchtigen Beweggründen

- **Zivilgesetzbuch (ZGB):** <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19070042/index.html#a16>, Darin: Kinder- und Erwachsenenschutzgesetz

Allgemeine Regelungen zur Urteilsfähigkeit (Art. 16 ZGB) / Vertretung bei medizinischen Massnahmen (Art. 377 ff. ZGB)

Keine spezifischen Regeln zur Willensbildung bei Suizidentscheiden

- **Betäubungsmittelrecht:** <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19981989/index.html>

Meldepflicht von Ärzten, die als Arzneimittel zugelassene Betäubungsmittel (z.B. NaP) off label abgeben oder verordnen

- **Heilmittelrecht:** <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20002716/index.html>

Art. 11 Sorgfaltspflichten bei der Verschreibung und Abgabe von Arzneimitteln:

- **Meldepflicht**

Nach Durchführung des assistierten Suizids (postmortal) auf der Basis der Strafprozessordnung Art. 253 Abs. 1 Aussergewöhnliche Todesfälle (AgT)

- amtsärztliche Leichenschau (Legalinspektion) einschliesslich

- Formalitäten (Dokumente)
  - o Identitätsbestimmung von verstorbener Person
  - o Prüfung des Vorliegens einer Selbsthandlung
  - o Dokumentenprüfung hinsichtlich Urteilsfähigkeit, Erkrankungen, Rezeptformalitäten, etc.

## 8.5 Richtlinien

- **SAMW Richtlinien:** <http://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html>

Beachtung der anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaften → SAMW-Richtlinien zur Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende von 2012 (vgl. BGE 133 I 58) (Bedingungen ärztlicher Teilnahme)

- **Kantonale Richtlinien** (Kanton Zürich)

Stadtrat von Zürich (2000). Auszug aus dem Protokoll des Stadtrates von Zürich vom 25.10.2000, 1778 Wunsch nach Suizid unter Beihilfe von Sterbehilfeorganisationen in den Einrichtungen des Gesundheits- und Umweltdepartements. Online: <http://www.curaviva.ch/files/CFGB2AA/Protokollauszug-Stadtrat-Zuerich-2001.pdf>

## Literaturverzeichnis

- Althaus, D. (2005). Suizidprävention: Vorgehensweisen und Wirksamkeit. *Verhaltenstherapie*, 15 (1), 12–19. <http://dx.doi.org/10.1159/000083696>
- Bundesamt für Gesundheit (Bundesamt für Gesundheit (BAG), Hrsg.). (2015a). *Epidemiologie von Suiziden, Suizidversuchen und assistierten Suiziden in der Schweiz*. Verfügbar unter <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14149/14173/?lang=de>
- Bundesamt für Gesundheit (Bundesamt für Gesundheit (BAG), Hrsg.). (2015b). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandsaufnahme und Handlungsfelder. Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik*. Verfügbar unter <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14149/14714/?lang=de>
- Bundesamt für Gesundheit, Schweizerische Konferenz der Kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren & Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz. (Frühjahr 2016). *Suizidprävention in der Schweiz. Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan. Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik*. Version für die Konsultation (Bundesamt für Gesundheit (BAG), Hrsg.), Bern.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (Bundesamt für Statistik (BFS), Hrsg.). (2012). *Todesursachenstatistik 2009. Sterbehilfe (assistierter Suizid) und Suizid in der Schweiz*. Verfügbar unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=4729>
- Bundesamt für Statistik (BFS). (2016). *Sterbehilfe und Suizid in der Schweiz 2014. Medienmitteilung*. Verfügbar unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home.assetdetail.1023143.html>
- Donnelly, M., McGilloway, S., Mays, N., Perry, S. & Lavery, C. (1997). A 3- to 6-year follow-up of former long-stay psychiatric patients in Northern Ireland. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32 (8), 451–458.
- Du ROSCOÄT, E. & BECK, F. (2013). Efficient interventions on suicide prevention: A literature review (English). *Rev. épidémiol. santé publique*, 61 (4), 363–374.
- Erlemeier, N., Hirsch, R. D., Lindner, R. & Sperling, U. (2014). Ältere Menschen in stationären Einrichtungen. In R. Lindner, D. Hery, S. Schaller, B. Schneider & U. Sperling (Hrsg.), *Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Eine Publikation der Arbeitsgruppe 'Alte Menschen' im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland* (S. 111–122). Berlin: Springer.
- Erlemeier, N. & Wirtz, M. (2002). Suicidality and suicid prevention in the aged. *Suizidalität und Suizidprävention im Alter* (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 212). Stuttgart: Kohlhammer.
- Gesundheitsdirektion Kanton Zug. (2009). *Konzept Früherkennung und Suizidprävention im Kanton Zug. 2010 – 2015* (Kanton Zug, Hrsg.), ZUG. Verfügbar unter <http://www.psychische-gesundheit-zug.ch/wp-content/uploads/2010/09/12-Konzept-Früherkennung-und-Suizidprävention-im-Kanton-Zug-def.pdf>
- Gysin-Maillart, A. (2013). *Kurztherapie für Patienten nach Suizidversuch. ASSIP - Attempted Suicide Short Intervention Program. Inauguraldissertation der Philosophisch-humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität Bern zur Erlangung der Doktorwürde*. Bern: Huber.
- Kommission Schwerpunktprogramm Suizidprävention Kanton Zürich. (2015, 28. Mai). *Schwerpunktprogramm Suizidprävention Kanton Zürich* Zürich: Universität Zürich, Institut für Epidemiologie, Biostatik und Prävention.
- Lindner, R., Hery, D., Schaller, S., Schneider, B. & Sperling, U. (Hrsg.). (2014). *Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Eine Publikation der Arbeitsgruppe 'Alte Menschen' im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland*. Berlin: Springer.
- MEZUK, B., Lohman, M., Leslie, M. & Powell, V. (2015). Suicide risk in nursing homes and assisted living facilities: 2003–2011. *American Journal of Public Health*, 105 (7), 1495–1502. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2015.302573>
- Minder, J. & Harbauer, G. (2015). Suizid im Alter. *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry*, 166 (3), 67–77.

- Murphy, B. J., Bugeja, L., Pilgrim, J. & Ibrahim, J. E. (2015). Completed suicide among nursing home residents: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30 (8), 802–814. <http://dx.doi.org/10.1002/gps.4299>
- PING QIN & NORDENTOFT, M. (2005). Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization. Evidence based on longitudinal registers (French). *Arch. gen. psychiatry*, 62 (4), 427–432.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. (2013). *Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende*. Verfügbar unter <http://www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html>
- Steck, N., Zwahlen, M. & Egger, M. (2015). Time-trends in assisted and unassisted suicides completed with different methods: Swiss National Cohort. *Swiss Medical Weekly*, 145, w14153-w14153. <http://dx.doi.org/10.4414/smw.2015.14153>
- Stengel, E. (1964). *Suicide and attempted suicide*. Baltimore: Penguin Books.
- Stoppe, G., Kohn, J., Schmugge, B. & Suter, Elisabeth, Wiesli, Ursula (Public Health Schweiz, Hrsg.). *Positionspapier „Suizidprävention im Alter“*. Verfügbar unter [http://www.public-health.ch/logicio/client/publichealth/file/mental/Positionspapier\\_Suizidpraevention\\_im\\_Alter\\_\\_D\\_def.pdf](http://www.public-health.ch/logicio/client/publichealth/file/mental/Positionspapier_Suizidpraevention_im_Alter__D_def.pdf)
- Winkler, P., Mladá, K., Csémy, L., Nechanská, B. & Höschl, C. (2015). Suicides following inpatient psychiatric hospitalization: A nationwide case control study. *Journal of Affective Disorders*, 184, 164–169. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.039>
- World Health Organisation. (2012). *Die OECD in Zahlen und Fakten 2011-2012. Suizid*, OECD. Verfügbar unter <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/3011045ec106.pdf?expires=1469299946&id=id&accname=guest&checksum=1D78374A561320084933DB1EC172758C>
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M. et al. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)