

Dienstleistung

# **Suizidpräventionskonzept für die Wohneinrichtungen für Erwachsene mit Behinderung im Kanton Zürich**

**Im Auftrag des Kantonalen Sozialamtes Zürich**

Monika T. Wicki  
Zürich, 10. Januar 2017

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)

# 1 Grundlagen

## 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 (World Health Organisation (WHO) 2012).

Unter Beihilfe zum Suizid (assistierter 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).

## 1.2 Ursachen

Bei Erwachsenen stehen psychische Störungen und Erkrankungen wie Depressionen, Suchterkrankungen oder Schizophrenie bei suizidalem Verhalten im Vordergrund (Bundesamt für Gesundheit (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.

## 1.3 Situation in den Wohneinrichtungen im Kanton Zürich

Gemäss einer von der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik (HfH) durchgeführten Untersuchung (Wicki, 2017) ist rund ein Drittel der Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung im Kanton Zürich von suizidalen Vorfällen in den letzten zehn Jahren betroffen. Besonders stark betroffen sind Menschen mit psychischer Beeinträchtigung. Die Suizidrate ist über alle Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen gesehen drei Mal höher als in der allgemeinen Bevölkerung. In Einrichtungen für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung ist die Suizidrate ähnlich, wie in der allgemeinen Bevölkerung, in Einrichtungen für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung ist die Suizidrate rund sieben Mal höher. Assistierte Suizide sind in den Wohneinrichtungen kaum ein Thema. In nur wenigen Einrichtungen ist assistierter Suizid erlaubt.

Der Anteil Suizidversuchen ist in den Wohneinrichtungen vergleichbar tief, doch es ist seit 2012 eine zunehmende Tendenz zu verzeichnen. Bei den Frauen sind häufiger Suizidversuche anzutreffen als bei den Männern, welche den Suizid häufiger vollenden. Während bei den Frauen eher Suizidversuche auf dem Hintergrund fehlender Bewältigungsstrategien zu finden sind, sehen wir bei den Männern vermehrt Suizide auf dem Hintergrund sozialer Einsamkeit. Gut die Hälfte der Vorfälle ereignete sich im ersten Jahr des Aufenthalts.

## 1.4 Massnahmen

### 1.4.1 Präventiv

Suizidprävention darf kein Zufall sein. Die Mitarbeitenden in den Wohneinrichtungen sollten für drohende Risiken sensibilisiert werden. Eine gemeinsame Haltung bezüglich Risikobewertung ist anzustreben.

Als nützlichste präventive Massnahmen hat sich gezeigt, den Zugang zu Suizidmöglichkeiten zu verhindern: bspw. Kontrolle der abgegebenen und eingenommenen Medikamente oder auch bauliche Massnahmen ergreifen.

Psychische Erkrankungen haben sich als wesentliche Ursache von suizidalem Verhalten gezeigt. Psychische Erkrankungen gepaart mit sozialer Einsamkeit (bei Männern) oder fehlenden Bewältigungsstrategien (bei Frauen), können zu suizidalem Verhalten führen. Darum muss auf drei Ebenen gearbeitet werden:

- Effektive pharmakologische Behandlung der psychischen Erkrankung sowie therapeutische Begleitung, insbesondere Behandlung von Depressionen

- Aktive Beziehungsgestaltung (Diskontinuitäten in der Betreuung berücksichtigen sowie das soziale Netzwerk der Person aktivieren)
- Erlernen von Bewältigungsstrategien und alternativen Lösungsmöglichkeiten auf Grund der persönlichen Ressourcen einer Person.

Da sich mehr als 50% aller Vorfälle in den ersten Monaten nach Eintritt in eine Wohneinrichtung ereignen, gilt es, die Personen in diese Zeit eng zu begleiten. Hier eignen sich psychiatrische und psychologische Begleitung und Netzwerkarbeit. Der Einsatz diagnostischer Fragebogen hinsichtlich der Suizidalität sowie Non-Suizid-Verträge sollte nur durch Fachpersonen erfolgen.

### **1.4.2 Krisenintervention**

In den Wohneinrichtungen für Erwachsene mit Behinderung besteht ein erhöhtes Risiko zu suizidalem Verhalten. Depressive Stimmungen, sozialer Rückzug, Perspektivenlosigkeit, latenter Überdruß müssen als Warnsignale verstanden werden. Suizidale Äußerungen müssen ernst genommen werden. Suizidankündigung, Suizidversuche oder Selbstverletzung mit suizidaler Absicht sind immer als Notfall zu betrachten.

#### Vorgehen

- Kontakt aufnehmen und Situation einschätzen
- Abklären der akuten Suizidalität
- Verstehen der subjektiven Bedeutung der Krise
- Ermitteln der auslösenden, eskalierenden Faktoren
- Erarbeiten von Lösungen (für die nächsten Stunden)
- Beizug von Fachpersonen / Vorgesetzten
- 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
- Fachperson/Vorgesetzte aus der Wohneinrichtung beiziehen
- Notfallpsychiater oder die Polizei alarmieren
- Spital- oder Klinikaufenthalt prüfen / einleiten.

### **1.4.3 Nachbegleitung**

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

## 2 Beihilfe zum Suizid, Assistierter 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 im Zentrum.

### 2.1 Gesetzliche Regelung

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.

### 2.2 Vorgehen beim Wunsch nach einem assistierten Suizid

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 sind interdisziplinär zu führen und es muss für die Organisation entschieden werden, ob Personen grundsätzlich bis zum Lebensende begleitet werden können und ob Beihilfe zum Suizid in der Institution zugelassen sein soll oder nicht. Je nach Entscheidung muss ein anderer Ablauf festgelegt werden.

- a) Begleitung bis zum Lebensende ist in der Wohneinrichtung möglich

Die Bewohnerinnen und Bewohner werden nach dem palliativen Ansatz interdisziplinär betreut.

Die Wünsche der Bewohnerin und der Bewohner hinsichtlich der Gestaltung ihres Lebensendes werden frühzeitig und soweit es die kognitiven Fähigkeiten der Person ermöglichen, aufgenommen (bspw. Adler und Wicki (2016), personenzentrierte Zukunftsplanung) und auf Wunsch mit den Angehörigen, Betreuenden und Ärzten besprochen.

Variante a1) Assistierter Suizid kann in der Institution erfolgen

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 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.

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, besprechen die Hausärztin oder der Hausarzt, die Bezugspersonen und die Leitung Betreuung und Pflege das weitere Vorgehen. Ist die Person bereits mehrere Monate in der Einrichtung, leidet sie an einer unheilbaren schweren und mit grossem Leiden verbundenen Krankheit und gehört schon seit längerem einer Sterbehilfeorganisation an, werden weitere Schritte in die Wege geleitet. Das kann bedeuten, dass eine Person Kontakt aufnimmt mit der Bewohnerin, dass eine Untersuchung durch die Psychiatrie terminiert wird, dass weitere Funktionen (bspw. Seelsorge) involviert werden, dass die Angehörigen kontaktiert werden, dass ein Abbruch der Behandlung oder Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit diskutiert wird (usw.). Der Wille der Bewohnerin oder des Bewohners steht dabei immer im Zentrum.

Das weitere Vorgehen ist auf jeden Fall interdisziplinär und unter grösster Diskretion von Seiten der Einrichtung her abzuwickeln. Die Leitung ist zwingend am Ablauf beteiligt, ist ein Heimarzt oder eine Heimgärtin definiert, werden diese informiert.

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.

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 abzuklären.

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.

Unter folgenden Voraussetzungen wird einer Sterbehilfeorganisation Zugang zur Einrichtung gewährt

- Die Bewohnerin, der Bewohner muss urteilsfähig und in klarem Bewusstsein der Tragweite seiner Entscheidung sein.
- Die Bewohnerin, der Bewohner muss in der Regel seit mehreren Monaten in der Einrichtung wohnen und sollte über Sterbehilfeorganisationen gut informiert sein.
- Die Bewohnerin, der Bewohner muss den Wunsch nach assistiertem Suizid über längere Zeit und mehrfach geäussert haben.
- Mindestens ein Gutachten liegt vor, das bestätigt, dass es sich um eine unheilbare Krankheit handelt, die qualvolles Leiden für die betroffene Person bedeutet.
- Es wird geprüft
  - o Ob diagnostisch alle belastenden somatischen wie psychischen Erkrankungen erfasst und angemessen behandelt wurden (z.B. Depressionen)
  - o Ob eine qualitativ hochstehende Bekämpfung belastender Symptome (Schmerzen, Unruhe, Übelkeit, Angst, Atembeschwerden) nach den Standards heutiger Palliative Care vorgenommen wurden.
  - o Ob die betroffene Person genügend wertschätzende menschliche Zuwendung erhalten habe.
  - o Ob dem Suizidwunsch eventuell ungeklärte soziale, materielle oder spirituelle Probleme zu Grunde liegen, die mit entsprechender fachkompetenter Hilfe gelöst werden könnten.

- Ob der betroffenen Person alternative Möglichkeiten bekannt sind, auch solche passiver Sterbehilfe (Abbruch von Therapien, Verzicht auf Nahrung, Flüssigkeit).
- Ob ein Einfluss von Drittpersonen vorliegt.
- Ob sich die sterbewillige Person mit ethischen Fragen über Leben und Tod auseinandergesetzt hat.

Variante a2) assistierter Suizid ist in der Einrichtung nicht erlaubt

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 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. Die Person wird darauf hingewiesen, dass sie zum Vollzug eines assistierten Suizides die Einrichtung verlassen muss.

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 den Wunsch nach dem aktiven Eingreifen einer Sterbehilfeorganisation, besprechen die Hausärztin oder der Hausarzt, die Bezugspersonen und die Leitung Betreuung und Pflege das weitere Vorgehen. Die nötigen Schritte werden in Rücksprache mit der Person eingeleitet.

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 abzuklären.

### 3 Formulare

#### a) Erfassen der Situation

Abklärung der akuten Suizidalität

- Haben Sie in letzter Zeit daran denken müssen, sich das Leben zu nehmen?
- Häufig?
- Haben Sie auch daran denken müssen, ohne es zu wollen?
- Haben sich Suizidgedanken aufgedrängt?
- Konnten Sie diese Gedanken bei Seite schieben?
- Haben Sie konkrete Ideen oder Pläne, wie Sie es machen würden?
- Haben Sie Vorbereitungen getroffen?
- Haben Sie schon zu jemandem über Ihre Suizidabsicht gesprochen?
- Haben Sie einmal einen Suizidversuch unternommen?
- Hat sich in Ihrer Familie oder in Ihrem Freundeskreis schon jemand das Leben genommen?

## b) Dokumentation

### Krisenjournal

Das Krisenjournal ist ein mögliches Instrument, um bei ersten Anzeichen einer möglichen Krise, die Entwicklung einer Person von Tag zu Tag zu verfolgen, in der Arbeit wie im Wohnen.

Es geht dabei darum, die betroffene Person in Bezug auf die folgenden Aspekte zu beobachten und zu beschreiben:

Sozialer Bereich (SB)	Hat sich das Sozialverhalten der Person verändert (z.B. durch Rückzug, Aggressivität, überzogener Aktivität, u.a.m.)?
Emotionaler Bereich (EB)	Wirkt die Person plötzlich gereizt, verzweifelt, in sich gekehrt, ungewohnt ruhig, ängstlich, u.a.m.?
Kognitiver Bereich (KB):	Gibt es Ungewöhnliches zu beobachten in Bezug auf die Orientierung der Person in Raum und Zeit, in ihren Erzählungen, ihren geäußerten Gedanken und Botschaften?
Körperlicher Bereich (KöB):	Lassen sich Veränderungen in ihrer körperlichen Haltung, ihren Bewegungen, ihren Ess- oder Schlafgewohnheiten, ihrem körperlichen und äusseren Erscheinungsbild beobachten?

Name Bewohner/in bzw. Mitarbeiter/in: \_\_\_\_\_

Wohngruppe: \_\_\_\_\_

Abteilung Arbeit: \_\_\_\_\_

Ausgangslage (Was In letzter Zeit in Bezug auf obige Aspekte beobachtet wurde):

Datum	Bereich	Eintrag	Visum
_____	SB	_____	_____
_____	EB	_____	_____
_____	KB	_____	_____
_____	KöB	_____	_____

Weitere Beobachtungen, zeitnah

Datum	Bereich	Eintrag	Visum
_____	SB	_____	_____
_____	EB	_____	_____
_____	KB	_____	_____
_____	KöB	_____	_____
Datum	Bereich	Eintrag	Visum
_____	SB	_____	_____
_____	EB	_____	_____
_____	KB	_____	_____
_____	KöB	_____	_____
Datum	Bereich	Eintrag	Visum

	SB		
	EB		
	KB		
	KöB		
Datum	Bereich	Eintrag	Visum
	SB		
	EB		
	KB		
	KöB		
Datum	Bereich	Eintrag	Visum
	SB		
	EB		
	KB		
	KöB		

### c) Adressen

Für den Fall, wenn Psychiater oder Psychiaterin / Hausarzt oder Hausärztin nicht erreichbar sind:

#### Zuständige Stelle

Notfallarzt / Notfallärztin	Xxxxx
Notfallpsychiatrischer Dienst :	
Montag bis Freitag von 08.00 -18.00	
• Notfalldienst	Xxxxx
• Notfalldienst	Xxxxx

Ausserhalb der Bürozeiten, nachts an Wochenenden und an Feiertagen:

• Bei akuter Gefahr Polizei , Telefon	117
• Notfall / Ambulanz	144
• Psychiatrie	Xxxxx
• 24 -Stunden psychiatrischer Notfalldienst	Xxxxx

#### Triage für weiteres Vorgehen

• Kriseninterventionszentrum XXX	XXX
• Notfallpsychiater / Notfallpsychiaterin XXX	XXX



**d) Notfallblatt für Menschen mit Behinderung**

# Sorgenbüro

Montag bis Mittwoch	Foto	Telefonnummer, Raum
Donnerstag und Freitag	Foto	Telefonnummer, Raum

## 4 Literaturverzeichnis

Adler, J., & Wicki, M. T. (2016). *Die Zukunft ist jetzt! Personenzentrierte Zukunftsplanung. Arbeitsbuch und Leitfaden*. Zürich: Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik.

Bundesamt für Gesundheit (BAG), Schweizerische Konferenz der Kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), & Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz (2016). *Suizidprävention in der Schweiz. Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan*. Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik. Version für die Konsultation. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).

Bundesamt für Statistik (BFS) (2012). *Todesursachenstatistik 2009. Sterbehilfe (assistierter Suizid) und Suizid in der Schweiz*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS). Online verfügbar unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=4729>.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (2013). *Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende*. Basel. Online verfügbar unter <http://www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html>.

Wicki, M. T. (2017). *Suizidprävention in den Wohneinrichtungen für Erwachsene mit Behinderung im Kanton Zürich. Abschlussbericht zur Befragung der Wohneinrichtungen im Auftrag des Kantonalen Sozialamtes Zürich*. Zürich: Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik.

World Health Organisation (WHO) (2012): *Die OECD in Zahlen und Fakten 2011-2012. Suizid*. OECD. Online verfügbar unter <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/3011045ec106.pdf?expires=1469299946&id=id&accname=guest&checksum=1D78374A561320084933DB1EC172758C>.