



## **Positionspapier „Suizidprävention im Alter“**

Erarbeitet von der Fachgruppe Mental Health / Arbeitsgruppe „Alternde Bevölkerung“  
Leitung: Frau Prof. Dr. med. Gabriela Stoppe

---

**Die Bevölkerung wird heute älter. Das Leben ist nicht nur länger, sondern auch gesünder als je zuvor (1). Umso erschreckender sind die im europäischen Vergleich hohen Suizidraten in der Schweiz. Wie in den meisten anderen Ländern steigt die Zahl mit dem Alter, vor allem bei Männern. Trotzdem findet diese Tatsache kaum Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit, im Gegenteil: Suizid im Alter wird hingenommen.**

**Mit dem vorliegenden Positionspapier fordert Public Health Schweiz deshalb ein stärkeres Engagement für die Suizidprävention in der Schweiz mit Schwerpunkt auf die älteren Menschen.**

**Die Fokussierung auf Suizid erfolgt absichtlich ohne auf die Sterbehilfediskussion einzugehen. Wir sind uns bewusst, dass ein enger Zusammenhang besteht und dass das Thema Suizidhilfe derzeit viel Interesse in der Öffentlichkeit findet. Fragen der Lebensqualität im Alter sowie ethische und ökonomische Fragen z.B. der Ressourcenallokation werden sowohl mit Suizid wie mit Sterbehilfe verbunden. Mit einer solchen Ausweitung würde die Diskussion jedoch Gefahr laufen, den gewünschten Fokus zu verlieren.**

### ***Hintergrund***

Am 11. Juni 2009 hat Swiss Public Health das Grundlagenpapier „Psychische Gesundheit“ verabschiedet (2). Hierauf wird im Folgenden als Grundlage verwiesen. Die Arbeitsgruppe „Psychische Gesundheit und alternde Bevölkerung“ der Fachgruppe Mental Health von Swiss Public Health hat sich seit ihrer Gründung im Jahre 2008 fachübergreifend mit dem Thema Suizidprävention im Alter auseinandergesetzt. Dabei wurde auch zu einem multidisziplinären Round-Table am 29.10.2009 in Olten eingeladen. Die Ergebnisse aus diesem Vernehmlassungsprozess gehen ebenfalls in dieses Papier ein.

Eine weitere wichtige Grundlage ist der im Jahre 2005 vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) herausgegebene Bericht „Suizid und Suizidprävention in der Schweiz. Bericht in Erfüllung des Postulats Widmer (02.3251)“.

### ***Grundlagen***

#### **1. Begriffsdefinitionen**

Das Alter ist durch die hohen interindividuellen Unterschiede schwierig zu definieren, jedoch versteht man darunter in der Regel den Lebensabschnitt ab ungefähr 60 Jahren.

Autoren: Gabriela Stoppe<sup>1</sup>, Johanna Kohn<sup>2</sup>, Barbara Schmutz<sup>3</sup>, Elisabeth Suter<sup>4</sup>, Ursula Wiesli<sup>5</sup>

<sup>1</sup> *Universitäre Psychiatrische Klinik Basel*

<sup>2</sup> *Hochschule für Soziale Arbeit, Institut Sozialplanung und Stadtentwicklung, FHNW Olten*

<sup>3</sup> *Dpt Angewandte Psychologie / ZHAW Winterthur*

<sup>4</sup> *Pflegezentrum Bachwiesen, Zürich*

<sup>5</sup> *Alters- und Spitexzentrum ASZW, Wallisellen*



Der Begriff „Suizid“ kommt aus dem Lateinischen und bedeutet Selbsttötung. Nach Definition der Weltgesundheitsorganisation versteht man unter einem Suizid eine Handlung mit tödlichem Ausgang, bei der das handelnde Individuum die Absicht hatte, das eigene Leben zu beenden.

Ein Suizidversuch ist eine Handlung mit nicht-tödlichem Ausgang, bei der ein Individuum durch ein Verhalten den Tod beabsichtigt oder in Kauf nimmt, jedoch z.B. durch Eingreifen von dritter Seite am Leben bleibt.

Weltweit gehört der Suizid zu den zwanzig wichtigsten Gesundheitsproblemen überhaupt. Die Suizidprävention hat deshalb in vielen Ländern eine sehr hohe Priorität <sup>(3)</sup>.

## **2. Die Situation in der Schweiz**

Es ist nicht der Sinn dieses Papiers, die wissenschaftliche Literatur umfassend abzubilden. Speziell zur Suizidprävention im Alter ist auch noch viel Forschung vonnöten <sup>(4)</sup>. Im Einklang mit internationalen Expertenempfehlungen und auf der Grundlage der Literatur kann bereits Folgendes für die Schweiz ausgesagt werden

Wie in den meisten anderen Ländern steigt die Suizidrate mit zunehmendem Lebensalter an. Nach Daten des Schweizer Gesundheitsobservatoriums (OBSAN; Mai 2009 <sup>(5)</sup>) sterben in der Schweiz jährlich ca. 1'300 Menschen durch Suizid, das heisst dreimal mehr Personen als durch Verkehrsunfälle. Nach Angaben des Bundesamtes für Statistik (Zahlen von 2006) muss man in der Altersgruppe über 65 Jahren mit insgesamt 35 Suiziden pro 100'000 EinwohnerInnen und Jahr rechnen.

Die Suizidrate ist bei Männern etwa doppelt so hoch wie bei Frauen, im Alter sogar dreimal so hoch. Anders als in anderen Ländern findet sich in der Schweiz jedoch eine Angleichung des Geschlechtsunterschiedes in der höheren Altersgruppe, was möglicherweise zu einem grossen Teil auf die spezielle Bedeutung der Sterbehilfe zurückzuführen ist. Diese wird überwiegend von Frauen gesucht.

Suizidversuche sind schwieriger zu erfassen. Konservative Rechnungen gehen von einer etwa 10fach höheren Rate aus. Bedacht werden müssen auch die indirekten Folgen eines Suizides wie auch eines Suizidversuchs. So sind jeweils vier bis sechs Angehörige und Freunde betroffen, von denen ein Teil im Anschluss ein erhebliches Leiden entwickelt. Suizide, die im öffentlichen Raum stattfinden, haben oft zur Folge, dass auch Dritte traumatisiert werden können.

Bezüglich der Methode überwiegt sowohl bei Suiziden als auch bei Suizidversuchen die Einnahme von Medikamenten. Weitere wichtige Methoden sind Erhängen, Erschiessen und Stürze. Hier ist besonders das Geschlechtsverhältnis beim Tod durch Schusswaffen zu beachten, eine Methode die vorwiegend von Männern gewählt wird. Diese Suizidmethode ist in der Schweiz besonders häufig.

In über 90% der Suizide und Suizidversuche im Alter besteht 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. Leider belegen Untersuchungen international einheitlich, dass sie gerade im Alter oft nicht erkannt und/oder nicht adäquat behandelt wird. Eine geringere Bedeutung als in anderen Altersgruppen haben schizophrene Störungen oder Suchterkrankungen. Eine besondere Rolle im höheren Lebensalter spielen chronische,



invalidisierende aber auch neu auftretende körperliche Erkrankungen. Bedeutend – auch wegen ihrer Häufigkeit – sind dabei chronische Schlafstörungen und Schmerzen. Wie in anderen Altersgruppen ist jedoch der wichtigste Risikofaktor ein Suizidversuch in der Vergangenheit und eine familiäre Belastung mit Suiziden. Gerade im Alter sind die Vereinsamung bzw. ein verringertes soziales Netz sowie die Verwitwung weitere Risikofaktoren. Derzeit ist noch unklar, welche Rolle die Angst vor Abhängigkeit bzw. erlebter Autonomieverlust als Motive spielen (zum Beispiel die Angst vor Demenz oder vor einer Pflegeheimweisung).

Nationale und auch internationale Forschung hat inzwischen eine Reihe von Strategien entwickelt, die zur Suizidprävention geeignet ist. Auch wenn spezielle Forschung zu alten Menschen oft noch fehlt, gelten dennoch allgemeine Regeln auch bei ihnen. Es besteht zudem Konsens, dass sogenannte Mehrebeneninterventionen am wirksamsten sind. Hier sind insbesondere die Bündnisse gegen Depression zu nennen in Verbindung mit baulichen Massnahmen an Brücken (<sup>4, 6-9</sup>).

### **3. Das Problem der Tabuisierung und Stigmatisierung**

Obwohl Suizide und Suizidversuche häufig sind, wird über sie kaum oder nur ungern gesprochen. Immer noch gibt es Vorurteile dergestalt, dass die meisten Suizide Bilanzsuizide seien oder aber dass jemand, der über Suizid rede, diesen letztendlich nicht ernst meine. Neben der Tabuisierung des Suizidthemas ist die Stigmatisierung psychisch Kranker zu beachten, die immer noch Hauptursache ist für Zugangsbarrieren zu rechtzeitiger Diagnose, Behandlung, Rehabilitation und Integration.

Für alte Menschen muss eine weitere Stigmatisierung in die Überlegung einbezogen werden, nämlich die des Alters an sich. Negative Altersstereotype, zum Beispiel in der Form, dass Hoffnungslosigkeit und Einsamkeit im Alter normal seien, sind verbreitet. Typischerweise wird ein Suizid im Alter auch als weniger schwerwiegend angesehen als ein Suizid bei Jüngeren. Sowohl bei Laien als auch Professionellen findet sich auf dem Hintergrund der oben genannten Altersstereotype oftmals ein gewisses „Verständnis“ für einen Suizid im Alter.

### **4. Gesundheitspolitische Relevanz**

Suizide haben einen Einfluss auf epidemiologische Kennwerte wie die altersspezifische Sterbeziffer. Suizide und Suizidversuche stehen im Zusammenhang mit einer vermehrten Konsultation von HausärztInnen, FachärztInnen, psychiatrischen Kliniken und anderen Spitälern. Dies gilt sowohl für die Betroffenen selbst als auch für ihre Angehörigen und für (mit-) betroffene Dritte. Suizidalität ist damit auch mit erheblichen Kosten verbunden, nicht nur im Gesundheitsbereich. Der Einsatz präventiver Strategien könnte sich somit auch gesundheitsökonomisch rechnen.

Die europäische Kommission hat mit einem sogenannten Weisspapier (white paper) zum Thema „Together for health as strategic approach for the EU 2008 – 2013“ der Bedeutung von seelischer Gesundheit und der Relevanz der Beschäftigung mit der alternden Bevölkerung hohe Priorität beigemessen. Der europäische Pakt für psychische Gesundheit und Wohlbefinden (13.06.2008) ebenso wie die folgende Resolution des europäischen Parlamentes (19.02.2009) fordern Massnahmen in fünf Kernbereichen, wobei die Vorbeugung von Depression und Suizid, die psychische Gesundheit älterer Menschen und die Bekämpfung von Stigma und sozialer Ausgrenzung zentrale Themen sind (<sup>10-12</sup>).



## ***Forderungen***

Auf dieser Grundlage stellen sich für die gesundheitspolitische Diskussion in der Schweiz die folgenden Forderungen.

### **1. Gesundheitspolitische Steuerung**

- Der Zugang zu Suizidmethoden sollte erschwert werden. Hier sind vor allem Waffen, Medikamente aber auch ungenügend geschützte Brücken zu nennen.
- Die Integration alter Menschen ist zu verbessern, z.B. im Kontext mit der Entwicklung der Pensionierungssysteme wie ein stufenweiser Austritt aus dem Erwerbsleben.
- Der Einsatz von Methoden und Massnahmen für eine angemessene Mobilität und der Zugang zu gesundheitlichen Leistungen und gesellschaftlichen Angeboten, insbesondere für ältere Menschen (z.B. aufsuchende Angebote), sind zu ermöglichen.
- Der Aufbau nachbarschaftlicher und ehrenamtlicher Hilfe sowie alle Massnahmen, die der Vereinsamung im Alter entgegenwirken, sind zu fördern.
- Die von Demenz und psychischer Krankheit betroffenen Familien, pflegenden Angehörigen und Freunde, welche erhebliche Betreuungsaufgaben leisten, sind vermehrt zu unterstützen.
- Die Bereitstellung von fachpsychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung unabhängig von Lebensalter und Lebensbedingungen (z.B. in Alters- und Pflegeheimen, für Migranten) ist zu fördern.
- Die Angehörigen der verschiedenen in der Pflege und Versorgung tätigen Berufsgruppen müssen für diese Aufgaben besser informiert und geschult werden.
- Die Erkennung und Versorgung von Risikogruppen muss optimiert werden. Dies sind vor allem Menschen nach psychiatrischer Behandlung, Personen mit Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit sowie überdauernden Schlaf- und Schmerzstörungen.

### **2. Fort- und Weiterbildung**

Personengruppen, die mit suizidgefährdeten älteren Menschen zu tun haben, sind insbesondere Angehörige der Gesundheitsberufe (ÄrztInnen, Pflegekräfte, Physio- und ErgotherapeutInnen, ApothekerInnen) ebenso wie MitarbeiterInnen der Kirchen, Beratungsstellen, Polizei- und Bestattungsunternehmen. Diese Personen sollten über die Relevanz psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter, deren Kennzeichen und Warnsignale sowie die besondere Bedeutung des Suizidproblems unterrichtet werden. Dies muss in Aus-, Fort- und Weiterbildung berücksichtigt werden.

### **3. Bewusstseinsbildung und Informationsvermittlung für die Bevölkerung**

Abbau der Stigmatisierung von Alter und seelischer Erkrankung und Abbau der Tabuisierung des Themas Suizid. Hierbei gilt es insbesondere Vorstellungen von Würdelosigkeit und Lebensunwert im Alter beziehungsweise bei körperlicher Krankheit entgegenzutreten. Auch ist die Vorstellung, dass Schwermut und Traurigkeit zum Alter gehören, durch entsprechende Information auszugleichen.

Diese Diskussion erhält besondere Bedeutung im Kontext der jetzt aktuellen Diskussion um die Sterbehilfe beziehungsweise die Patientenverfügung. Die Beurteilung des freien Willens in Anbetracht gleichzeitig bestehender psychischer Erkrankungen beziehungsweise Abhängigkeitsverhältnisse ist sowohl individuell als auch in der Öffentlichkeit breit zu diskutieren.



Zudem gilt es, das Bild des normalen Alters und auch die besonderen Herausforderungen an das Leben alter Menschen deutlicher zu machen.

Die mediale Darstellung von Alter ist auch in seinen positiven Aspekten anzuregen. Hierzu gehört zum Beispiel die Auseinandersetzung mit Lebenserfahrung, Reife und Spiritualität.

#### **4. Auf Bestehendem aufbauen**

- Aufnahme des Bereichs seelische Gesundheit in die inzwischen gut etablierten Kurse und Beratungen zur Vorbereitung auf die Pensionierung. Die derzeitige Praxis entsprechender Angebote bereitet auf die finanzielle und versicherungsrechtliche Situation vor, jedoch wenig auf die Veränderungen für die Seele.
- Ausbau bestehender Angebote für alte Menschen, z.B. von Pro Senectute, Volkshochschule, Migros Klubschule. Das aktuelle Angebot von Sport- und Gedächtnistraining könnte um Angebote zur seelischen Gesundheit erweitert werden.
- Personen nach Partnerverlust haben in den Wochen danach ein erhöhtes Risiko für einen Suizid. Informationen zu etwaigen Krisen- und Beratungen könnten zum Beispiel schon über die Bestatter zur Verfügung gestellt werden, ebenso können darauf abgestimmte Angebote der Kirchen im Trauerprozess hilfreich sein.
- Beratungsangebote, die von alten Menschen bereits jetzt genutzt werden, könnten miteinbezogen werden. Beispielsweise könnten Apotheken als Beratungs- und Informationsstelle wirken, sowohl zu entsprechenden Informationen über Suizidalität und Hilfsmöglichkeit als auch zur Beratung über einen angemessenen Umgang mit Suizidalität.

#### **5. Forschung**

- Die Forschung im Bereich der Suizidalität alter Menschen muss gestärkt werden, auch um Strategien im Sinne einer Handlungsorientierung zu begründen. Wichtige Themen sind dabei: die quantitative und qualitative Untersuchung der Suizide und Suizidversuche in der Schweiz unter besonderer Berücksichtigung von Lebensbedingungen, palliativmedizinischer Versorgung, Sterbehilfe und Ängsten vor Autonomieverlust.
- Die bestehenden Daten und Datenquellen sollten bezüglich einer allfälligen synergistischen Zusammenführung überprüft werden.
- Mögliche Interventionen (s. z.B. unter <sup>4,7</sup>) sollten wissenschaftlich begleitet bzw. evaluiert werden.
- Der Einfluss handlungsleitender Vorstellungen bzw. Stereotype auf Seiten aller Beteiligten auf die Förderung bzw. Verringerung von Suizidalität sollte vermehrt untersucht werden.
- Die systematische Registrierung von Suiziden und ihren Umständen in der Schweiz sollte gewährleistet sein.



### **Quellen / Literatur:**

1. Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW: Ageing populations: the challenges ahead. *The Lancet* 2009; 374: 1196-1208
2. [http://www.sgpg.ch/logicio/client/publichealth/file/Grundlagenpapier\\_psych.\\_Gesundheit\\_Juni\\_09.pdf](http://www.sgpg.ch/logicio/client/publichealth/file/Grundlagenpapier_psych._Gesundheit_Juni_09.pdf)
3. [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/)
4. Erlangsen A, Nordentoft M, Conwell Y, Waern M, de Leo D, Lindner R, Oyama H, Sakashita T, Andersen-Ranberg K, Quintett P, Draper B, Lapierre S, and the International Research Group on Suicide among the Elderly: Kex considerations for preventing suicide in older adults. Consensus Opinion of an Expert Panel. *Crisis* 2011; 32(2): 106-109
5. [http://www.obsandaten.ch/indikatoren/2\\_3\\_2/2006/d/232.pdf](http://www.obsandaten.ch/indikatoren/2_3_2/2006/d/232.pdf)
6. Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, Hepp U, Bopp M, Gutzwiller F, Rössler W: Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bull World Health Organ.* 2008;86:726-732
7. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonnqvist J, Malone K, Marusic A, Mehlum L, Patton G, Phillips M, Rutz W, Rihmer Z, Schmidtke A, Shaffer D, Silverman M, Takahashi Y, Varnik A, Wasserman D, Yip P, Hendin H. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA.* 2005;294:2064-2074
8. Stoppe G, Bramesfeld A, Schwartz FW (Hrsg.): *Volkskrankheit Depression.* Springer, Heidelberg-New York, 2006 (ISBN: 3-540-31749-X)
9. Stoppe G: Depression im Alter. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 2008; 51: 406-410
10. [http://www.mhe-sme.org/assets/files/MHE%20Position%20Paper%20on%20Mental%20Health%20in%20Older%20People\\_28June2010.pdf](http://www.mhe-sme.org/assets/files/MHE%20Position%20Paper%20on%20Mental%20Health%20in%20Older%20People_28June2010.pdf)
11. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/pact\\_en.pdf#page=4](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf#page=4)
12. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/consensus\\_older\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/consensus_older_en.pdf)