

Alterssuizid

Dr. med. Jacqueline Minder^a; PD Dr. Vladeta Ajdacic-Gross^{b,c}; Prof. Dr. med. Urs Hepp^a

^a Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland, Winterthur

^b Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Universitätsklinik, Zürich

^c Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention, Universität Zürich



Die Schweiz hat eine relativ hohe Suizidrate im internationalen Vergleich. Je nach Geschlecht und Alter finden sich unterschiedliche Muster bezüglich Häufigkeit und Wahl der Suizidmethode [1]. In den letzten Jahren haben in der Schweiz aufgrund der besonderen rechtlichen Situation die «assistierten Suizide» zugenommen. Für die ärztliche Betreuung älterer Menschen stellen sich hier neben den medizinischen zunehmend ethische und rechtliche Fragen.

Einleitung

Suizid im Alter ist ein Thema, das bis anhin wenig Beachtung erhalten hat. Durch die Diskussion über assistierte Suizide rückt das Thema Suizid im Alter vermehrt ins Bewusstsein sowohl von Fachleuten als auch einer breiteren Öffentlichkeit. Prima vista handelt es sich um zwei weitgehend voneinander unabhängige Phänomene. Im Aktionsplan Suizidprävention in der Schweiz werden denn auch die assistierten Suizide explizit ausgenommen: «Mit dem Aktionsplan ... soll die Rate nicht-assistierter Suizide (und Suizidversuche) ... weiter und nachhaltig reduziert werden» [2]. Vieles spricht

aber dafür, die beiden Suizidarten nicht völlig voneinander losgelöst zu betrachten. Das Konzept des assistierten Suizides geht von einer autonomen Handlung eines urteilsfähigen Menschen, der aus freiem Willen entscheidet, aus. Der Begriff «Bilanzsuizid» wird in diesem Zusammenhang auch öfters verwendet. Dabei handelt es sich um ein umstrittenes Konstrukt, das von einem sachlichen Abwägen und Entscheiden ausgeht. Es ist aber zu bedenken, dass die Bilanz eines depressiven Menschen negativ ausfallen kann. Gerade bei älteren Menschen werden Depressionen noch öfter übersehen als bei jüngeren Menschen [3].



Jacqueline Minder

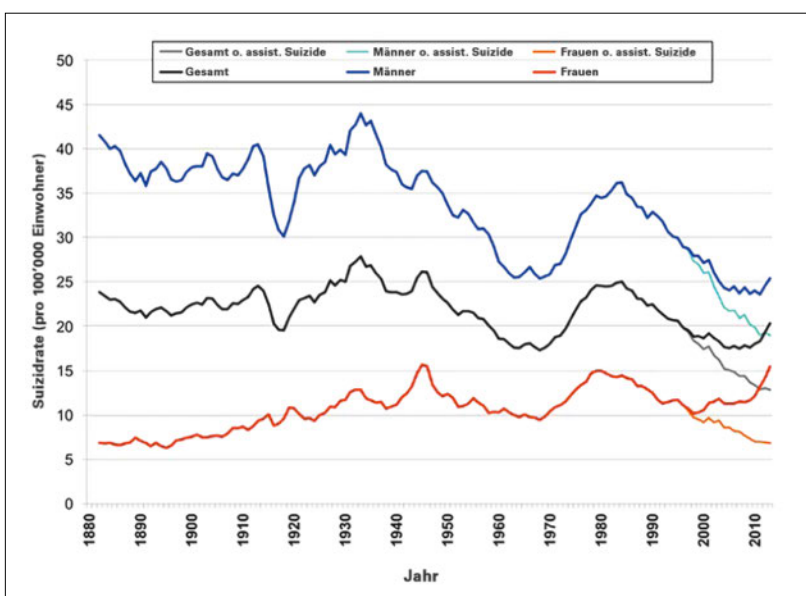


Abbildung 1: Suizidraten in der Schweiz nach Geschlecht im zeitlichen Verlauf, 1881–2014 (geglättet durch 3-gliedrige gleitende Mittelwerte). Quelle der zugrunde liegenden Daten: Todesursachenstatistik des Bundesamts für Statistik.

Epidemiologische Daten zu Suizid und assistiertem Suizid

Die Suizidrate in der Schweiz ist seit Beginn der 1980er Jahre bis 2010 von etwa 25 auf 13 Suizide pro 100 000 Einwohner und Jahr gesunken (bei den Männern von rund 35 auf 20/100 000, bei den Frauen von rund 15 auf 7/100 000). Sie ist seither weitgehend stabil geblieben (Abb. 1). Seit 2009 werden assistierte Suizide in der Todesursachenstatistik des Bundesamtes für Statistik (BFS) explizit nicht mehr den Suiziden, sondern den zugrunde liegenden – meist somatischen – Erkrankungen zugerechnet. Sie lassen sich allerdings bis 1998 in den Mortalitätsdaten zurückverfolgen und rekonstruieren. Gemäss BFS wurden 2014 in der Schweiz 742 Fälle von assistierten Suiziden erfasst, was 1,2% aller Todesfälle entspricht. Seit dem Jahr 2000 findet sich ein stetiger Aufwärtstrend und eine Trendwende ist nicht in Sicht [4]. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Todesursachenstatistik des BFS ausschliesslich Personen mit Wohnsitz in der Schweiz erfasst. Die in den Medien oft

thematisierten und als «Suizidtouristen» bezeichneten Menschen, die aufgrund der liberaleren Gesetzeslage aus dem Ausland in die Schweiz kommen, werden hier nicht mitgezählt und sind auch nicht Thema dieses Artikels.

Während bei jungen Menschen und insbesondere bei Frauen Suizidversuche weit häufiger sind, nehmen die (nicht-assistierten) vollendeten Suizide im Alter bei den Männern zu [5]. Assistierte Suizide nehmen bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter vergleichbar zu [4]. Eine grafische Darstellung findet sich in Abbildung 2. Unabhängig vom Alter ist Suizid fast immer mit psychiatrischen Erkrankungen assoziiert und fast alle psychischen Erkrankungen gehen mit erhöhtem Suizidrisiko einher [6, 7]. Depressionen spielen dabei aufgrund der hohen Prävalenz eine zentrale Rolle.

Depression im Alter

Die Prävalenz depressiver Störungen in der Altersgruppe der über 60-Jährigen liegt zwischen 7 und 25% [3, 8]. Die Häufigkeit schwerer depressiver Störungen nimmt im Alter wahrscheinlich nicht zu, hingegen treten subsyndromale Depressionen und reaktive Depressionen als Folge körperlicher Erkrankungen und organisch depressive Störungen häufiger auf. [3]. Verlust von Lebenspartnern durch Tod, Vereinsamung, körperliche Erkrankungen, reale oder befürchtete Einschränkung der Selbständigkeit, Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit von Partnern sind Belastungsfaktoren, die im Alter zunehmen.

Depressionen im Alter unterscheiden sich nicht grundsätzlich von Depressionen in anderen Altersgruppen und die Symptome sind zwar grundsätzlich dieselben (Tab. 1), aber häufig kaschiert und subsyndromal. Depressionen werden generell unterdiagnostiziert und zu selten behandelt, was sich mit zunehmendem Alter noch akzentuiert [9–11]. Ein Grund dafür sind die oft unspezifischen Beschwerden, die von Betroffenen geschildert werden und gerade bei älteren multimorbiden Patientinnen und Patienten eher an somatische Ursachen denken lassen (Tab. 2). Selbstverständlich müssen somatische Ursachen abgeklärt und, wo möglich, behandelt werden [3]. Depressionen – vor allem, wenn sie atypisch oder subsyndromal sind – werden oft schlicht als normales Altern interpretiert. Besonders Männer können das Altern als narzisstische Kränkung erleben und sind weniger bereit, über depressive Symptome zu reden und Hilfe in Anspruch zu nehmen. Sie haben wahrscheinlich mehr Schwierigkeiten, eigene Schwächen oder Hilfsbedürftigkeit anzuerkennen. Vermutlich ist der Selbstwert bei Männern generell stärker an das Erleben eigener Wirksamkeit und Aktivität geknüpft. Aufgabe der beruflichen Verantwortung und Statusverlust nach der Pensionierung sowie körperliche und psychische Einschränkungen wirken sich direkter auf den

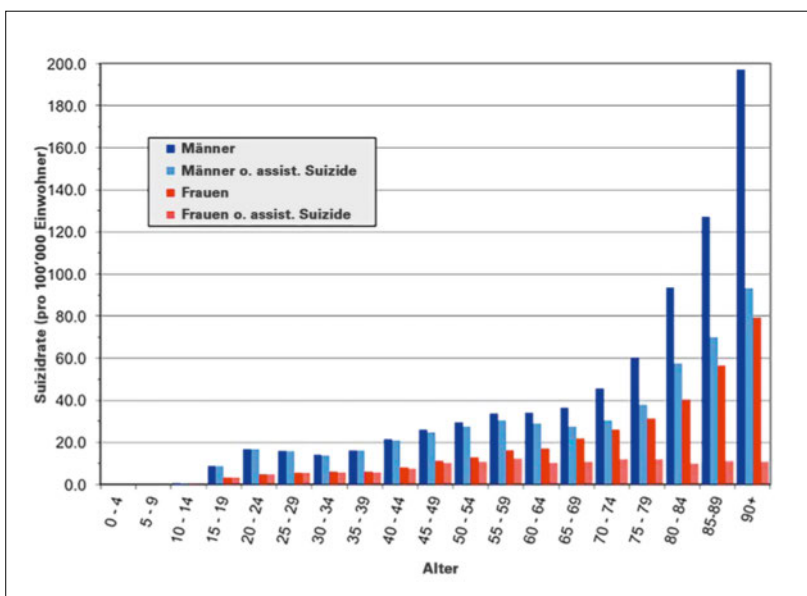


Abbildung 2: Suizidraten nach Alter und Geschlecht, mit/ohne (o.) assistierte Suizide, Durchschnittswerte für Zeitraum 2005–2014. Quelle der zugrunde liegenden Daten: Todesursachenstatistik des Bundesamts für Statistik.

Tabelle 1: Symptome der Depression nach ICD-10 (nach [8]).

Hauptsymptome

- Depressive, gedrückte Stimmung
- Interessenverlust und Freudlosigkeit
- Antriebsmangel / erhöhte Ermüdbarkeit

Nebensymptome

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen
- Schlafstörungen
- Verminderter Appetit

Tabelle 2: Diagnose der Depression – welche Symptome berichten die Patientinnen und Patienten?

Subjektive Beschwerden, die auf Depression hinweisen (nach [8]).

- Allgemeine Abgeschlagenheit, Mattigkeit
- Appetitstörungen und gastrointestinale Beschwerden
- Druckgefühle in Hals und Brust
- Funktionelle Beschwerden
- Schwindel, Sehstörungen
- Muskelspannungen
- Sexuelle Funktionsstörungen / Libidoverlust
- Gedächtnisstörungen

Selbstwert aus. Männer neigen dazu, aus Angst vor Autonomieverlust und Abhängigkeit, depressive Symptome zu überspielen oder zu verleugnen [12]. Ältere depressive Männer wirken zudem in der Kommunikation eher ablehnend, gereizt, aggressiv und ärgerlich und neigen zu vermehrtem Alkoholkonsum [10]. Wenn Behandelnde das Gefühl haben, Suizidwünsche zu verstehen und allzu grosses Verständnis haben, kann dies Ausdruck der Gegenübertragung sein, die sonst in der Suizidprävention als Warnsignal gilt, und sollte nicht zu vorzeitigem unreflektierten Handeln führen. Nur weil man versteht, weshalb jemand depressiv ist, heisst das nicht, dass man keine Behandlung einleiten oder gar einen assistierten Suizid unterstützen soll.

Differenzialdiagnostische Überlegungen zu degenerativen hirnrorganischen Störungen werden weiter unten ausgeführt. Neben den degenerativen hirnrorganischen Störungen sind differenzialdiagnostisch auch chronische Suchterkrankungen, allen voran Alkohol- und Benzodiazepinabhängigkeit zu beachten, die sowohl zu hirnrorganischen Veränderungen führen, aber auch Folgen auf psychosozialer Ebene haben und Depressionen begünstigen und «überdecken» können.

Als Standarddiagnostik der Depression im Alter hat sich die «Geriatric Depression Scale» (GDS) bewährt, wobei hier meist die Kurzform mit 15 Items zum Einsatz kommt (Tab. 3) [13–16]. Bei der GDS handelt es sich um einen Selbstrating-Fragebogen, der in der deutschen

und in der französischen Version validiert ist. Bei der 15-Item-Kurzform der GDS konnte bei einem kritischen Wert von 6 die beste Sensitivität (84%) und Spezifität (89%) erzielt werden [13]. Als erstes einfaches und niederschwelliges diagnostisches Screening in der hausärztlichen Praxis hat sich der Zwei-Fragen-Test bewährt (Tab. 4) [10, 17].

Demenz

Im Alter nehmen kognitive Störungen im Rahmen von demenziellen Erkrankungen zu. Gerade im Anfangsstadium ist dies für Betroffene und Angehörige äusserst belastend und die Angst vor Kontrollverlust und Abhängigkeit ist gross.

Depressive Störungen können auch mit kognitiven Symptomen wie Konzentrations-, Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen einhergehen und fälschlicherweise als Demenz interpretiert werden [3]. Früher wurde in diesem Zusammenhang auch öfters der Begriff «Pseudodemenz» verwendet. Für die Diagnostik erschwerend ist die Tatsache, dass demenzielle Erkrankungen vermehrt auch mit depressiven Symptomen einhergehen und so eine klare Abgrenzung nicht immer möglich ist. Der Zusammenhang zwischen Demenz und Depression ist noch ungenügend erforscht. Depressionen gelten zudem als Risikofaktor für spätere Demenz. Insbesondere Patientinnen und Patienten, die in höherem Alter an Depressionen erkranken und über kognitive Störungen klagen, entwickeln mit zunehmender Krankheitsdauer eher eine Demenz [8]. Die differenzialdiagnostische Unterscheidung, ob primär eine beginnende degenerative Erkrankung mit sekundärer depressiver Symptomatik oder eine primär depressive Störung mit sekundär kognitiven Symptomen vorliegt, kann schwierig sein. Eine gute Übersicht zur Abgrenzung zwischen Depression und Demenz findet sich bei Hatzinger [3].

Abschätzung des Suizidrisikos

Die Risikofaktoren für Suizid sind bekannt, deren Nutzen im klinischen Alltag ist aber beschränkt. Die epidemiologischen Daten lassen sich nur begrenzt auf den

Tabelle 3: «Geriatric Depression Scale»(GDS)-Kurzform mit 15 Items [13, 14, 35].
(© Yesavage et al., 1983; dt. Version Guggel, Birkner, 1999; Abdruck mit freundlicher Genehmigung der Hogrefe Verlag GmbH & Co und von J. Yesavage, Stanford University School of Medicine).

	Ja	Nein
1. Sind Sie im Wesentlichen mit Ihrem Leben zufrieden?	(0)	(1)
2. Haben Sie viele Ihrer Interessen oder Aktivitäten aufgegeben?	(1)	(0)
3. Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Leben leer ist?	(1)	(0)
4. Sind Sie oft gelangweilt?	(1)	(0)
5. Haben Sie meistens gute Laune?	(0)	(1)
6. Sind Sie besorgt darüber, dass Ihnen etwas Schlimmes zustossen könnte?	(1)	(0)
7. Fühlen Sie sich die meiste Zeit glücklich?	(0)	(1)
8. Fühlen Sie sich oft hilflos?	(1)	(0)
9. Ziehen Sie es vor, zu Hause zu bleiben, anstatt auszugehen und sich mit etwas Neuem zu beschäftigen?	(1)	(0)
10. Haben Sie den Eindruck, mit dem Gedächtnis in letzter Zeit mehr als sonst Probleme zu haben?	(1)	(0)
11. Finden Sie es schön, jetzt in dieser Zeit zu leben?	(0)	(1)
12. Fühlen Sie sich, so wie Sie im Augenblick sind, wertlos?	(1)	(0)
13. Fühlen Sie sich voller Energie?	(0)	(1)
14. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Situation hoffnungslos ist?	(1)	(0)
15. Haben Sie den Eindruck, dass es den meisten Menschen besser geht als Ihnen?	(1)	(0)

Cut-off 6: Sensitivität 84% – Spezifität 89%
Positiv Prädiktiver Wert: 91%

Tabelle 4: Zwei-Fragen-Test: Depressionsdiagnostik (nach [17]).

«Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos?»

«Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?»

Bei positiver Beantwortung der beiden Fragen:
Sensitivität 96% – Spezifität 57%

Einzelfall übertragen. Während Suizid statistisch ein seltenes Ereignis ist, sind viele Risikofaktoren weit verbreitet. Ein früherer Suizidversuch gilt als der stärkste Risikofaktor für spätere Suizidversuche und Suizide. Nach einem Suizidversuch kommt es in 15–20% innerhalb eines Jahres zu einem erneuten nicht fatalen Suizidversuch, in rund 1,5% innerhalb eines Jahres und in rund 4% innert 5 Jahren zu einem Suizid. Dabei darf aber nicht vergessen werden, dass bei 50% aller Suizide kein Suizidversuch vorangegangen ist und dass über 90% aller Menschen, die einen Suizidversuch überlebt haben, nicht durch Suizid sterben – der stärkste Risikofaktor ist immer noch ein schlechter Prädiktor. Hingegen gilt, dass je älter Menschen werden, desto grösser die Gefahr ist, dass eine erneute suizidale Handlung fatal endet, da der Organismus fragiler ist und in der Regel, vor allem von Männern, «sicherere» Methoden (Methoden mit hoher Letalität wie z.B. Schusswaffensuizide) gewählt werden [18]. Generell unterscheiden sich Suizidmethoden bei älteren Menschen zu den Methoden, die jüngere Menschen wählen: Ältere Männer in der Schweiz haben ein deutlich erhöhtes Risiko für Schusswaffensuizide, was sowohl mit der Verfügbarkeit als auch mit dem gewohnten Umgang mit Waffen zu tun haben dürfte. Ältere Frauen wählen häufiger Sturz aus der Höhe und Ertrinken und seltener Eisenbahnsuizid als Methode im Vergleich zu jüngeren Frauen (Abb. 3).

Ein weiteres Problem vieler Risikofaktoren wie Geschlecht und Alter ist, dass sie unspezifisch sind und sich nicht beeinflussen lassen. Hingegen gibt es spezifische Risikokonstellationen, die der Prävention zugänglich sind: So haben zum Beispiel verwitwete Männer in den ersten Wochen nach Verlust der Ehepartnerin ein massiv erhöhtes Suizidrisiko [19].

In der Praxis wären Instrumente zur Risikoeinschätzung wünschenswert. Leider finden sich aber keine Instrumente, die zukünftige Suizidversuche oder Suizide besser vorhersagen als ein klinisches Assessment oder die Selbsteinschätzung der Patientinnen und Patienten. Positiv und negativ prädiktive Werte sind selbst bei Patientinnen und Patienten nach Suizidversuch, die als Risikogruppe gelten, sehr gering und klinisch wenig hilfreich [20]. Die NICE-Guidelines («National Institute for Health and Care Excellence») raten sogar explizit von deren Gebrauch ab («Do not use risk assessment tools and scales to predict future suicide or repetition of self-harm») [21]. Die Vorhersage von Suiziden ist letztlich kaum möglich, auch wenn sich ex post häufig Hinweise finden. Das heisst aber nicht, dass Suizidprävention nicht sinnvoll oder möglich wäre [22, 23]. Die klinische Untersuchung bleibt weiterhin der Königsweg zum unmittelbaren Abschätzen des Suizidrisikos und die verbindliche therapeutische Beziehung ist immer noch ein wesentliches Element der klinischen Suizidprävention.

Suizidpräventive Massnahmen

Die wohl höchste suizidpräventive Evidenz kommt der Restriktion der Methoden zu [23]. Die Ergebnisse stammen dabei meist aus epidemiologischen Studien. Es zeigt sich, dass der erschwerte Zugang zu einer Methode zu einer Abnahme der Suizide mit dieser Methode führt, ohne dass gleichzeitig eine volle Kompensation durch andere Suizidmethoden erfolgt [24]. Diese epidemiologischen Erkenntnisse lassen sich auch auf individuelle Situationen übertragen, weil suizidale Menschen nicht so einfach auf eine andere Methode «umsteigen». Bei älteren Männern vor allem in ländlichen Regionen ist auch daran zu denken, dass viele Zugang zu Schusswaffen haben und Schusswaffensuizide bei dieser Altersgruppe überrepräsentiert sind. Schusswaffen sollten, wenn immer möglich, an einem sicheren Ort aufbewahrt oder noch besser ganz entfernt werden. Gerade ältere multimorbide Patientinnen und Patienten haben zudem einen leichten Zugang zu Medikamenten. Es empfiehlt sich daher, diese nicht in grossen Mengen zu rezeptieren oder zum Beispiel über die «Spitex» (Spitalexterne Pflege; ambulante Pflege) vorkonfektioniert abzugeben. Auf den Einsatz trizyklischer Antidepressiva sollte grundsätzlich verzichtet werden, weil diese starke anticholinerge Nebenwirkungen haben, was die Entwicklung eines Delirs begünstigt, und in Überdosierung eine hohe Letalität aufweisen.

Fast die Hälfte aller Patientinnen und Patienten, die sich suizidieren, suchen im Monat oder sogar in der Woche zuvor ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt auf. Dabei

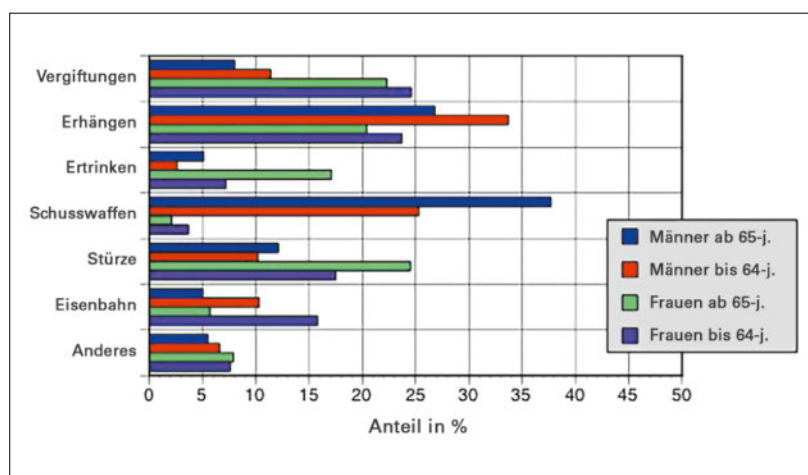


Abbildung 3: Suizidmethoden nach Alter (bis 64 / ab 65 Jahre) und Geschlecht, ohne assistierte Suizide, Durchschnittswerte für Zeitraum 2005–2014. Quelle der zugrunde liegenden Daten: Todesursachenstatistik des Bundesamts für Statistik.

wird Suizidalität kaum thematisiert – meist werden von den Patientinnen und Patienten somatische Beschwerden vorgebracht. Vor einem Suizid oder Suizidversuch nimmt auch die Frequenz von Arztbesuchen zu [5, 25–27]. Wie oben ausgeführt, sprechen ältere Menschen von sich aus aber selten depressive Symptome und Suizidgedanken an, da häufig Worte und Legitimation fehlen, über Gefühle zu sprechen. Gerade für ältere Menschen sind die Hausärztinnen und Hausärzte meist die erste Ansprech- und Vertrauensperson. Es ist deshalb wichtig, dass eine Gesprächsatmosphäre geschaffen wird, wo nicht nur über somatische Beschwerden gesprochen werden kann. Immer noch bestehen Hemmungen, offen über Suizid und Todeswünsche zu reden. Für Betroffene kann es jedoch entlastend sein, das Thema offen anzusprechen. Beispielsweise können im Gespräch über die Patientenverfügung auch Wünsche und Befürchtungen thematisiert werden. Ganz generell bewährt sich die Frage «Und wie geht es Ihnen sonst?» als Einladung, über anderes als somatische Beschwerden zu reden.

Umgang mit Wunsch nach assistiertem Suizid

Wenn Patientinnen und Patienten den Wunsch nach assistiertem Suizid äussern, ist es wichtig, dem Thema zuerst einmal wertneutral zu begegnen. Weder eine positive noch eine negative Stellungnahme ist initial hilfreich. Im Gespräch wird es darum gehen zu verstehen, aus welchen Motiven der Wunsch entstanden ist. Für viele Menschen ist es beruhigend zu wissen, dass die Möglichkeit grundsätzlich besteht, sodass das Autonomieerleben gestärkt wird. Eine ablehnende Reaktion wäre in einer solchen Situation kaum hilfreich. Bei polymorbiden Patientinnen und Patienten wird es wichtig sein zu erfahren, welche Vorstellungen und Befürchtungen in Bezug auf den Krankheitsverlauf bestehen und welche potenziellen Situationen als nicht mehr lebenswert erachtet werden. Auf dieser Basis können dann auch Alternativen diskutiert werden.

Wie oben ausgeführt, müssen depressive Symptome ausgeschlossen werden. Bei der Beurteilung der Urteilsfähigkeit handelt es sich nie um einen Notfall und es besteht objektiv kein Zeitdruck. Diese Beurteilung sollte mit genügender Sorgfalt erfolgen und bedarf auch der nötigen Fachkenntnis. Wie unten ausgeführt, kann aber niemand dazu verpflichtet werden, gegen die eigene Überzeugung zu handeln. Unter dem Aspekt der Suizidprävention und dem Zugang zur Methode spielt der assistierte Suizid eine besondere Rolle, da hier die Methode aktiv angeboten wird, was im Falle einer unerkannten psychiatrischen Erkrankung im Hintergrund äusserst problematisch sein kann.

Ein häufig vorgebrachtes Argument für den assistierten Suizid ist, dass diese Option andere Suizide reduziere und es sozusagen zu einer «Verlagerung» komme. Menschen werde so ein würdevolles selbstbestimmtes Sterben anstelle eines gewalttätigen Suizids ermöglicht. Untersuchungen aus dem Ausland zeigen, dass eine Liberalisierung zu einer Zunahme der assistierten Suizide, nicht aber zu einer Abnahme der übrigen Suizide führt [28].

Während auf der einen Seite der autonome Wunsch der betroffenen Person steht – wobei der Begriff der Autonomie auch differenziert zu betrachten ist [29] – ist immer auch die Situation der Angehörigen zu bedenken, die von der schwierigen Situation ebenfalls mit betroffen sind. Eine Studie aus der Schweiz konnte zeigen, dass Angehörige, die einem assistierten Suizid beiwohnten, in der Folge unter erheblichen psychischen Stresssymptomen litten [30]. Besonders wenn ungeklärte Konflikte vorliegen, kann ein assistierter Suizid zu komplizierten Beziehungskonstellationen führen. Umgekehrt ist zu bedenken, dass Suizidwünsche auch aufgrund von Konfliktsituationen zustande kommen können. Der Einbezug der Angehörigen sollte deshalb auf jeden Fall erfolgen, wenn Patientinnen oder Patienten den Wunsch nach einem assistierten Suizid äussern.

Rechtliche und ethische Rahmenbedingungen des assistierten Suizides in der Schweiz

Beihilfe zum Suizid ist gemäss Art. 115 des Strafgesetzbuches straflos, sofern sie ohne selbstsüchtige Beweggründe erfolgt. Tötung auf Verlangen ist nach Art. 114 Strafgesetzbuch strafbar. In der Schweiz existiert keine ausdrückliche gesetzliche Regelung der organisierten Suizidbeihilfe. 2011 respektive 2012 haben Bundesrat und Parlament entschieden, dass der bestehende gesetzliche Rahmen ausreiche, Missbräuche zu verhindern. Eine Übersicht findet sich bei Nestor et al [31]. 2014 hat die Sterbehilfeorganisation Exit beschlossen, sich verstärkt auch für den so genannten «Altersfreitod» zu engagieren. Es wird ein erleichterter Zugang zur Suizidhilfe gefordert. Vorhandensein eines «wohlerwogenen, dauerhaften und autonomen Sterbewunsches» und der Urteilsfähigkeit wären weiterhin Voraussetzung, während eine unheilbare körperliche Erkrankung kein Zugangskriterium mehr für den assistierten Suizid wäre (Zitat: «Vielmehr genügen eine Vielzahl an Gebrechen und Gebrechen, die für sich alleine gesehen zwar nicht tödlich sind, aber in ihrer Gesamtheit für die betroffene Person die Lebensqualität unzumutbar beeinträchtigen. Neben rein medizinischen Diagnosen finden auch psychosoziale Faktoren bei der Beurteilung

Korrespondenz:
 Prof. Dr. med. Urs Hepp
 Integrierte Psychiatrie
 Winterthur – Zürcher
 Unterland
 CH-8408 Winterthur
 urs.hepp[at]ipw.zh.ch

der Lebensqualität ihren berechtigten Platz» [32]). Diese Ausweitung insbesondere auch auf psychosoziale Faktoren, die nicht näher umschrieben sind, stellt die Medizin und die Gesellschaft als Ganzes vor neue Herausforderungen und ethische Fragen. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hält in ihren medizinisch-ethischen Richtlinien zur Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende fest, dass es die Rolle der Ärztin oder des Arztes ist, bei Patientinnen und Patienten am Lebensende Symptome zu lindern und die Patientinnen und Patienten zu begleiten. Es ist hingegen nicht ärzt-

liche Aufgabe, von sich aus Suizidbeihilfe anzubieten, sondern die Ärztin / der Arzt ist im Gegenteil dazu verpflichtet, allfälligen Suizidwünschen zugrunde liegende Leiden nach Möglichkeit zu lindern. Die Entscheidung, im Einzelfall Beihilfe zum Suizid zu leisten, ist als solche zu respektieren. In jedem Fall hat die Ärztin / der Arzt das Recht, Suizidbeihilfe abzulehnen [33]. Die SAMW-Richtlinien sind allerdings nicht unumstritten und gewisse Anpassungen sind in naher Zukunft zu erwarten. Ein gemeinsames Positionspapier der Schweizerischen Gesellschaft für Gerontologie, der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie und der Schweizerischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie empfiehlt, nicht von «Altersfreitod», sondern von «Suizidhilfe für alte Menschen» zu sprechen [34].

Das Wichtigste für die Praxis

- Suizid ist eine der häufigen Todesursachen bei älteren Menschen.
- Besonders gefährdet sind alleinstehende (verwitwete) Männer, polymorbide und depressive Menschen.
- In der Woche vor einem Suizid suchen ältere Menschen oft den Hausarzt auf.
- Den Zugang zu Suizidmethoden erschweren, ist suizidpräventiv.
- Depression ist eine der wichtigen Ursachen für Suizid, Depressionen werden aber im Alter häufig unterdiagnostiziert und unterbehandelt. Ältere Menschen und besonders Männer sprechen depressive Symptome selten an und klagen vielmehr über unspezifische «somatische» Beschwerden.
- Depression ist keine «normale Alterserscheinung», sondern eine behandlungsfähige Störung.
- Häufiger Fehler: Weil man versteht, dass jemand depressiv ist, behandelt man die Depression nicht.
- Als Standarddiagnostik der Depression im Alter hat sich die «Geriatric Depression Scale» (GDS) bewährt. Als erstes Screening eignet sich der Zwei-Fragen-Test.
- Bei Wunsch nach assistiertem Suizid muss immer eine depressive Störung ausgeschlossen werden.

Verdankung

Die statistischen Daten wurden dank der Bewilligung des Bundesamtes für Statistik in Neuchâtel aus der Schweizerischen Todesursachenstatistik entnommen.

Wir danken Prof. Yesavage und der Hogrefe Verlag GmbH & Co für die Abdruckgenehmigung für die deutsche Version der «Geriatric Depression Scale» (GDS) sowie Prof. Bourque und der «Cambridge University Press» für die Abdruckgenehmigung für die französische Version der GDS.

Disclosure statement

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Empfohlene Literatur

- Hatzinger M, Hemmeter U, Hirsbrunner T, Holsboer-Trachsler E, Leyhe T, Mall J-F, et al. Empfehlungen für Diagnostik und Therapie der Depression im Alter. Praxis. 2018;107(3):127–44.
- Hatzinger M. Affektive Störungen im Alter. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie. 2011;162(5):179–89.
- Kok RM, Reynolds CF. 3rd, Management of Depression in Older Adults: A Review. JAMA. 2017;317(20):2114–22.
- Waechtler C. Depression und Suizid im Alter. Erkennen und Behandeln lohnen sich. Psychotherapie im Alter. 2014;11(1):63–81.
- Suizidprävention Zürich <https://www.suizidpraevention-zh.ch/>.

Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter www.medicalforum.ch.