

Zur Bedeutung gesellschaftlicher Einstellungen zum Alter im Blick auf Alterssuizide. Gerontologisch-ethische Überlegungen

Heinz Rügger

Suizide¹, Suizidversuche, Suizidalität allgemein und als Reaktion darauf Suizidprävention sind ein bedeutendes sozialpolitisches Thema. Dabei ist festzustellen: Mit zunehmendem Alter steigen die Suizidraten an,² gleichzeitig stossen Alterssuizide in weiten Teilen der Bevölkerung auf verständnisvolle Toleranz³ und führen kaum zu verstärkten Bemühungen um entsprechende präventive Massnahmen⁴ oder zu kritischem Nachfragen, warum Suizide in höherem Alter so häufig seien und was das zu bedeuten habe.⁵

Die folgenden Überlegungen setzen hier ein und entfalten in gerontologisch-ethischer Perspektive die These, dass gesellschaftlich dominante Einstellungen zum Alter einen wesentlichen Einfluss auf den Entschluss alter Menschen haben können, ihrem Leben selber ein Ende zu setzen.⁶ Angesichts unserer heutigen, paradoxerweise zwar auf Langlebigkeit ausgerichteten aber zugleich eher alters- bzw. hochaltrigkeits-unfreundlichen Kultur plädieren die nachstehenden Ausführungen für einen menschenfreundlicheren Umgang mit dem Phänomen Alter und mit hochaltrigen Menschen. Denn Gabriela STOPPE dürfte wohl Recht haben mit ihrem Hinweis: „Suizid betrifft alte Menschen überproportional. Es gibt keinen Beleg dafür, dass der Bi-

¹ Dieser Aufsatz geht zurück auf einen Vortrag, der am 26.10.12 im Rahmen des von Public Health Schweiz veranstalteten Forum Suizidprävention im Alter im Gottlieb Duttweiler-Institut in Rüschlikon gehalten wurde. Veröffentlicht in: Zeitschrift für Gerontologie und Ethik 4/2013, 9-38.

² Die Suizidraten (standardisiert pro 100'000 Einwohner) sind in der Schweiz für das Jahr 2011 bei den Männern: 1-14jährig: 0.3; 15-44jährig: 15.7; 45-64jährig: 26.5; 65-84jährig: 31.5; 85+jährig: 83.0, Total: 17.0; bei den Frauen: 1-14jährig: 0.2; 15-44jährig: 5.1; 45-64jährig: 10.1; 65-84jährig: 11.2; 85+jährig: 11.2, Total: 5.8 (Bundesamt für Statistik). Dabei sind begleitete Suizide noch gar nicht mit gezählt.

³ „Selbsttötung am Ende eines ‚verbrauchten‘ Lebens scheint vielen plausibler und akzeptabler zu sein als die Selbsttötung von jüngeren Menschen, deren Leben sich scheinbar eher zum Positiven ändern kann“ (Wenn das Altwerden zur Last wird [2009], S. 3f.). Auch H. WEDLER (2004b) verweist auf „Unterschiede in der ethischen Wertung des Suizids junger und alter Menschen. (...) Der Alterssuizid wird generell eher akzeptiert als der Suizid jüngerer Menschen. (...) Der Alterssuizid wird verständnisvoller betrachtet... Nicht selten wird er als ‚Erlösung‘ eines alten Menschen betrachtet. (...) Die grössere Toleranz gegenüber dem Alterssuizid findet sich in den meisten Gesellschaften und Zeitepochen. Alterssuizid war in bestimmten Gesellschaften (z.B. bei den Eskimos) sogar eine Art ethische Verpflichtung, um die Gesellschaft von der Last der Versorgung alter Menschen zu befreien“ (S. 43f.).

⁴ Das Bundesamt für Gesundheit hält in seinem Bericht über Suizid und Suizidprävention in der Schweiz (2005) lapidar fest: „Suizidpräventionsangebote für Menschen im höheren und hohen Alter fehlen“ (S. 37).

⁵ In neuster Zeit ausdrücklich auf diese Frage hingewiesen haben G. HARBAUER/J. MINDER (2013). Sie stellen fest, dass die Suizidrate bei Männern der Alterskategorie 85+ im Jahre 2010 fünfmal höher war als bei Adoleszenten, unter Einschluss der assistierten Suizide gar siebenmal höher (im Jahr 2008). „Dennoch nimmt das die Gesellschaft hin, ohne die gleichen kritischen Fragen zu stellen, mit denen die Suizidrate in der Adoleszenz diskutiert wird. Warum ist das so?“ (S. 15)

⁶ Public Health Schweiz weist in einem Positionspapier (2011) zu Recht darauf hin, dass „der Einfluss handlungsleitender Vorstellungen bzw. Stereotype ... auf die Förderung bzw. Verringerung von Suizidalität vermehrt untersucht werden (sollte)“ (S. 5).

lanzsuizid häufiger ist, wohl aber dafür, dass ein negatives ‚Bilanzieren‘ durch altersfeindliches gesellschaftliches Klima gefördert wird. (...) Es kann aber gelingen, über eine andere Kultur des Umgangs mit alten Menschen auch die Suizidraten zu verringern.“⁷

1. Das Phänomen (Alters-)Suizid

Angesichts ihrer Verbreitung ist Suizidalität ein ernstzunehmendes gesellschaftliches Problem. Das zeigt sich etwa am statistischen Befund, dass rund 10 % aller Schweizer im Laufe ihres Lebens einen oder mehrere Suizidversuche begehen und dass bei retrospektiven epidemiologischen Erhebungen jede zweite Person über Suizidgedanken berichtet.⁸ Was die Suizidstatistiken aussagen, ist jedoch nur das eine: die Zahl der vollendeten Suizide. Man geht davon aus, dass auf jeden Suizid noch 10-15 Suizidversuche kommen.⁹

In der Schweiz sind wie in den meisten westlichen Ländern die Suizidraten seit etwa 1980 insgesamt etwas rückläufig;¹⁰ sie nehmen aber mit dem Alter zu.¹¹ Angesichts der demografischen Alterung der Gesellschaft ist deshalb davon auszugehen, dass in den nächsten Jahrzehnten mit einer deutlichen Zunahme der Suizide von betagten und hochbetagten Menschen gerechnet werden muss.¹² Dabei liegt das Verhältnis von Männern zu Frauen im Blick auf Alterssuizide derzeit bei bis zu 4:1.¹³ Allerdings ist festzustellen, dass die Frauen bei den assistierten Suiziden die Männer deutlich überwiegen.¹⁴

Suizide werden auf verschiedene Arten unterschieden. Einmal lassen sich im Blick auf den *Vollzug* allein durchgeführte von assistierten Suiziden unterscheiden. Letztere werden unter dem Stichwort der Suizidbeihilfe diskutiert und liegen in der Regel im Handlungsbereich spezialisierter Sterbehilfeorganisationen wie z.B. EXIT. In der

⁷ G. STOPPE (2011), S. 5.

⁸ Bundesamt für Gesundheit (2005), S. 8+13.

⁹ Ebd., S. 37.

¹⁰ Nach den Angaben des Bundesamtes für Statistik belief sich die Zahl der Suizide in der Schweiz 1990 auf 1'467, 1995 auf 1'419, 2000 auf 1'378, 2005 auf 1'299, 2010 auf 1'004. Die letzte Ziffer versteht sich aber ohne assistierte Suizide, da diese seit 2009 statistisch separat erfasst werden. Rechnet man die assistierten Suizide aber dazu (im Jahr 2009 verzeichnete das BFS knapp 300 Fälle), ergibt sich eine Zahl von ungefähr 1'300 Suiziden für das Jahr 2010.

¹¹ V. AJDACIC-GROSS et al. (2011), S. 8. Von den über 9'000 Suiziden jährlich in Deutschland betreffen mehr als 40 % die Altersgruppe 60+, deren Anteil an der Gesamtbevölkerung nur 25 Prozent beträgt (Wenn das Altwerden zur Last wird [2009], S. 3).

¹² Bundesamt für Gesundheit (2005), S. 37. Es trifft deshalb einen zentralen Aspekt, wenn G. FIEDLER et al. (2009), S. 3 sagen, der Suizid trage die Handschrift des Alters!

¹³ Ebd., S. 10; G. STOPPE (2011), S. 2.

¹⁴ Bundesamt für Statistik (2012), S. 1f., Grafik 2+4.

Schweiz sind rund 20 % aller Suizide assistierte Suizide.¹⁵ Ihre Zahl nimmt kontinuierlich zu, und zwar vor allem bei der Altersgruppe 65+ und bei den Frauen.¹⁶

Sodann wird im Blick auf die *Motivation* zwischen ‚gewöhnlichen‘ Suiziden und sog. Bilanzsuiziden unterschieden. ‚Gewöhnliche‘ Suizide werden als eine Art ‚psychischer Unfall‘ verstanden, als Folge von Krisensituationen oder schweren chronischen Belastungen.¹⁷ Im Unterschied zu ihnen wird von ‚Bilanzsuiziden‘ gesprochen, wenn davon ausgegangen wird, dass ein Suizid wohlwogen, aus innerer Freiheit und als Konsequenz eines sorgfältigen Bilanzierens der vorfindlichen Lebenssituation vollzogen wird. Während Erstere als pathologisches Phänomen gewertet werden, gelten Letztere als Ausdruck eines durchaus gesunden, autonomen menschlichen Entscheides.¹⁸ Wieweit Suizide als freie, wohlwogene Bilanzsuizide angesehen werden können, ist umstritten. Philosophische Positionen und Vertreter von Sterbehilfeorganisationen wie EXIT betonen in der Regel die Möglichkeit von wohl überlegten, autonom beschlossenen Bilanzsuiziden. Demgegenüber wird von psychiatrischer Seite stärker geltend gemacht, „dass autonome Sterbewünsche ein weitgehend theoretisches Konstrukt seien, während in Tat und Wahrheit hinter diesen in aller Regel der Wunsch nach Hilfe zum Weiterleben stehe“ und dass es deshalb nur „extrem selten Einzelfälle (gebe), in welchen Sterbewünsche wohlwogen sein könnten.“¹⁹ Gregor HARBAUER und Jacqueline MINDER halten im Blick auf die derzeit vorherrschende Lehrmeinung fest: „Suizidalität ist aus psychiatrischer Sicht in der Regel ein Symptom einer psychiatrischen Erkrankung, die behandelbar und auch behandlungsbedürftig ist. (...) Heute geht man davon aus, dass die meisten Suizidhandlungen in einem dissoziativen Zustand vollzogen werden und nicht bei klarem Bewusstsein mit dem vollumfänglich verfügbaren kognitiven und emotionalen Abwägungs- und Entscheidungsvermögen.“²⁰ Die beiden Autoren nehmen an, dass nur etwa 10 % aller Suizide wohlwogene, autonom beschlossene Bilanzsuizide seien.²¹ Das würde umgekehrt bedeuten, dass rund 90 % der Suizide gerade im höheren Lebensalter in Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung stehen.²² Diese Ziffer scheint mir zu hoch zu sein wenn man bedenkt, dass in der Schweiz allein die durch Sterbehilfeorganisationen betreuten Fälle von assistierten Suiziden, bei denen vorgängig abgeklärt wird, ob es sich wirklich um einen autonomen, wohlwogenen und andau-

¹⁵ Für 2009 ging das Bundesamt für Statistik (2012), S. 1 von etwa 1100 allein durchgeführten und knapp 300 assistierten Suizidfällen aus.

¹⁶ Bundesamt für Statistik (2012), S. 1f., Grafik 2+4. Allein die Sterbehilfeorganisationen EXIT Deutsche Schweiz und EXIT Suisse Romande geben in ihren Jahresberichten folgende Anzahl von durchgeführten Suizidbegleitungen an: **2010** = 257 (dt. CH) + 91 (frz. CH) = total 348; **2011** = 305 + 111 = 416; **2012** = 356 + 144 = 500.

¹⁷ V. AJDACIC-GROSS et al. (2011), S. 5+16.

¹⁸ E. RINGEL sprach in diesem Sinne schon 1953 von einem „gesunden Suizid.“

¹⁹ G. BOSSHARD (2005), S. 197.

²⁰ G. HARBAUER/J. MINDER (2013), S. 15+17; vgl. zum Stand der Suizidforschung grundsätzlich D. HELL (2006).

²¹ Ebd., S. 16.

²² So etwa das Bundesamt für Gesundheit (2005), S. 17, oder Public Health Schweiz (2011), S. 2. Nach G. STOPPE (2012), S. 1415 sind „entgegen vielen Erwartungen Suizide auch im höheren Lebensalter selten Bilanzsuizide. Vielmehr hängen sie sehr häufig mit schwierigen Lebenssituationen und nicht beziehungsweise ungenügend behandelten Depressionen zusammen.“

enden Sterbewunsch handelt, rund 20 % aller Suizide ausmachen.

2. Gerontologisch-ethische Fokussierung

Aus ethischer Sicht stellt sich bei Alterssuiziden grundlegend die Frage, ob sie Ausdruck einer freien, autonomen Entscheidung des Suizidenten sind oder Folge einer nicht adäquat behandelten psychischen Erkrankung oder eines gesellschaftlichen Drucks von aussen, ohne die die Suizidabsicht gar nicht existieren würde. Im ersten Fall ist die Absicht eines Individuums, sein Leben selber zu beenden, im Sinne des *Autonomie-Prinzips* moralisch und rechtlich grundsätzlich zu respektieren. Der Staat hat die persönliche Freiheit jedes Bürgers und jeder Bürgerin zu gewährleisten, und diese Freiheit schliesst das Recht ein, sich gegebenenfalls das Leben zu nehmen, wenn einem der Tod willkommener erscheint als das Weiterleben.²³ Dieser Anspruch auf Autonomie ergibt sich aus der Würde jedes Menschen.

Ebenso ergibt sich aus dem Würde-Anspruch aber die Verpflichtung, in Notsituationen das Leben einer Person zu schützen und ihr die lebensnotwendige Hilfe zukommen zu lassen. Diese Verpflichtung zum Lebensschutz bezieht sich auch auf Situationen, in denen ein Individuum in Gefahr steht, sich selber aufgrund eigener Urteilsunfähigkeit und Unzurechnungsfähigkeit oder aufgrund von äusserem Druck Schaden zuzufügen. Dann muss es vor sich selber geschützt werden. In solchen Fällen stellt sich im Sinne des *Fürsorgeprinzips*²⁴ die moralische Aufgabe, durch geeignete präventive bzw. therapeutische Massnahmen einen Suizid zu verhindern.²⁵

Zwischen der Achtung der Selbstbestimmung Suizidwilliger einerseits und der Hilfeleistungspflicht ihnen gegenüber besteht eine Spannung, die nicht vorschnell aufgelöst werden kann und soll.²⁶ An ihr wird vielmehr ersichtlich, wie wichtig es in ethischer wie praktischer Hinsicht ist, zwischen Bilanzsuiziden (häufig in Form von assistierten Suiziden) und ‚normalen‘ Suiziden aus krankheitsbedingten oder durch äusse-

²³ V. AJDACIC-GROSS et al. (2011) schreiben: „Der Staat hat die Verpflichtung, das Recht einer Person zu achten und zu schützen, sich aus freiem Willen zu töten. Er hat keine Berechtigung, diese Handlung zu verhindern“ (S. 12). Hierin liegt eine Schranke für alle staatliche Suizidprävention.

²⁴ Das Fürsorgeprinzip ist hier in seiner zweifachen Form als Nonmalefizenzprinzip („nicht schaden“) und als Benefizienzprinzip („Gutes tun“) verstanden.

²⁵ Allerdings ist die Verpflichtung zur Fürsorge nicht einfach der ethische Gegensatz zum Respekt vor der Selbstbestimmung eines Individuums. Sie kommt auch nicht erst dort ins Spiel, wo es darum geht, einen nicht aus autonomer Freiheit intendierten Suizid zu verhindern. Auch der Fall eines autonomen Bilanzsuizids setzt in der Regel ärztliche oder anderweitige betreuende Fürsorge voraus. „Erst diese Fürsorge eröffnet Optionen in Gestalt möglicher medizinischer Behandlungen und Massnahmen, über die der Patient selbst bestimmen kann. Weiterhin gehört es zur ärztlichen Fürsorge, dem Patienten dabei zu helfen, die möglichen medizinischen Optionen mit seinem eigenen Lebenskonzept in Verbindung zu bringen und verbleibende Lebensperspektiven auszuloten. ‚Selbst‘-Bestimmung setzt voraus, dass der Patient mögliche Optionen mit seinem Selbst in Zusammenhang bringen und in dieses integrieren kann. Schliesslich ist wirkliche Selbstbestimmung nur möglich, wenn der Patient Entscheidungen nicht unter dem Druck von Angst, Panik oder Verzweiflung trifft. Auch diesbezüglich kann Selbstbestimmung auf Fürsorge angewiesen sein“ (Nationale Ethikkommission NEK [2005], S. 50).

²⁶ Ebd., S. 48.

ren Druck verursachten Motiven zu unterscheiden. Suizidprävention muss den Fokus auf diese zweite Kategorie von Suiziden legen.²⁷

Nun muss allerdings zu denken geben, dass trotz dem Ansteigen der Suizidraten im höheren Lebensalter weder im Blick auf praktische Präventionskonzepte noch im Blick auf ethische Überlegungen Alterssuizidalität zu einem zentralen Thema geworden ist. Die Feststellung von Norbert ERLEMEIER dürfte immer noch weitgehend gültig sein: „Bezogen auf die Gruppe der *alten Menschen* sind unseres Wissens spezielle ethische Überlegungen hinsichtlich der Euthanasie und der Beihilfe zum Suizid bisher nicht angestellt worden. (...) Ist der Suizid im Alter ein ‚ethischer Sonderfall‘? Sind Beihilfe zum Suizid und aktive Sterbehilfe im Alter toleranter und nachsichtiger zu behandeln als in jüngeren Altersgruppen? Die Antwort muss ein klares *Nein* sein, will man nicht einer falschen Gerontophilie und ‚Alterstoleranz‘, die als verdeckter Ageism zu entlarven sind, Raum geben. Bei alten Menschen sind nicht nur dieselben strengen Massstäbe an ärztliche Interventionen im Übergangsfeld vom Leben zum Tode anzulegen, sondern wie in anderen Altersgruppen auch *präventive und therapeutische Anstrengungen* zu unternehmen, Hilfen anzubieten und Massnahmen zu ergreifen, um alten Menschen den Suizid als letzten Ausweg aus einer desolaten und hoffnungslos wahrgenommenen Lebenssituation zu ersparen.“²⁸

Was mögliche Massnahmen zur Verhütung von Alterssuiziden betrifft, so spielen hier natürlich grundsätzlich einmal dieselben Gesichtspunkte eine Rolle, die im Blick auf Suizidprävention generell immer wieder thematisiert werden und die sich im sog. 5-Säulen-Modell²⁹ zusammenfassen lassen:

1. methodenspezifische Prävention durch Einschränkung der Verfügbarkeit suizidaler Mittel (z.B. potenziell letale Medikamente, Hotspots, Schusswaffen),
2. Spezifische Prävention bei Zielgruppen mit erhöhtem Suizidrisiko (z.B. Menschen mit früheren Suizidversuchen oder mit schweren chronischen Erkrankungen oder nach Partnerverlust oder nach Verlassen einer psychiatrischen Klinik),
3. Prävention von Imitationshandlungen (z.B. durch zurückhaltende Medienberichterstattung über Suizide),
4. Einbindung von Multiplikatoren (z.B. Aus- und Weiterbildung von Ärzten, Pflegenden, Pfarrern oder Polizei),
5. Angebote von Hilfe in Krisensituationen (z.B. Telefonseelsorge „Dargebotene Hand“ oder niederschwellige Angebote von Kriseninterventionszentren), wobei aller-

²⁷ Folgende von der Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (2006) zur Rechtfertigung von Suizidbeihilfe formulierten Kriterien können meines Erachtens generell dazu dienen, autonome Bilanzsuizide von ‚normalen‘ Suiziden zu unterscheiden: ▪ der oder die Suizidwillige muss urteilsfähig sein; ▪ der Suizidwunsch darf nicht Symptom oder Ausdruck einer behandelbaren psychischen Erkrankung sein; ▪ er muss dauerhaft und konstant sein, darf also nicht aus einem spontanen Affekt oder einer vorübergehenden Krise entstanden sein; ▪ die Suizidabsicht muss ferner frei von äusserem Druck zustande gekommen sein; ▪ sie muss Folge eines schweren Leidens sein und ▪ alle möglich erscheinenden Optionen der Leidensminderung müssen erwogen und - soweit von der suizidwilligen Person akzeptiert - ausgeschöpft sein.

²⁸ N. ERLEMEIER (2002), S. 163. Nicht nur im Blick auf spezifisch ethische Fragestellungen, sondern ganz generell in Bezug auf Alterssuizid halten G. FIEDLER et al. (2009), S. 3 fest: „Trotz der sehr deutlichen Zahlen erlangten der Suizid und die Suizidprävention im höheren Lebensalter nur eine geringe öffentliche und professionelle Aufmerksamkeit.“

²⁹ V. AJDACIC-GROSS et al. (2011), S. 5+23-25.

dings realistischerweise zu bedenken ist, „dass alte Menschen in psychischen Notlagen selten einen Krisendienst oder eine psychotherapeutische Praxis aufsuchen, obwohl der Bedarf nachweislich vorhanden ist.“³⁰

Dabei wird leicht übersehen, worauf die Alterspsychiaterin Gabriela STOPPE hinweist, dass nämlich im Blick auf Alterssuizide „gesellschaftliche und kulturelle Faktoren ... eine wahrscheinlich bis heute unterschätzte Rolle (spielen). So wird zunehmend der Lebenswert alter Menschen vor dem Hintergrund als begrenzt erlebter beziehungsweise kommunizierter Ressourcen in Frage gestellt,“³¹ vor allem wenn das Leben von Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit geprägt ist. So hat denn auch die Nationale Ethikkommission gefordert, der Suizidprävention künftig gerade im Blick auf alte Menschen grosse Aufmerksamkeit zu schenken angesichts von gesellschaftlich-demografischen Entwicklungen, die das Risiko bergen, hochbetagte, auf Unterstützung angewiesene Menschen zum Beispiel zur Annahme eines organisierten Angebotes der Suizidbeihilfe zu veranlassen, um so anderen (z.B. der Familie) finanziell und im Sinn der pflegerischen Abhängigkeit nicht zur Last zu fallen. Solcher von der öffentlichen Meinung – wie subtil auch immer – erzeugte Druck in Richtung „sozialverträgliches Frühableben“³² kann nach Meinung der Nationalen Ethikkommission durchaus zu Suizidwünschen führen. „Pflegebedürftige Menschen sind diesem Risiko besonders stark ausgesetzt. Ihre Freiheit und Selbstbestimmung könnte durch den empfundenen Druck auf der einen Seite und durch das nahe gebrachte Angebot für eine gesellschaftlich akzeptierte ‚Sterbebegleitung‘ andererseits gefährdet sein.“³³

Wie sehr gesellschaftlich-kulturelle Vorstellungen bzw. Stereotypen im Blick auf das Alter und auf alte Menschen Suizide begünstigen können, wie wichtig deshalb auch eine kritische Auseinandersetzung damit unter dem Gesichtspunkt der Alterssuizidprävention ist, möchte ich kurz an dem gängigen Verständnis der Phänomene ‚Alter‘, ‚Würde‘ und ‚Autonomie‘ skizzieren.

3. Negativ-Stereotypisierungen des Alters

Dass wir eine Entwicklung zu immer ausgeprägterer Langlebigkeit³⁴ haben, ist als zivilisatorische Errungenschaft ersten Grades zu bewerten. Sie ist kein Produkt der

³⁰ Arbeitsgruppe Alte Menschen (2005), S. 124. Auch N. ERLEMEIER (2002), S. 277 betont die „Diskrepanz zwischen erhöhter Suizidgefährdung im Alter und unterdurchschnittlicher Inanspruchnahme ambulanter Krisendienste durch alte Menschen.“

³¹ G. STOPPE (2011), S. 3.

³² Dieser von Karsten Vilmar, dem früheren Präsidenten der deutschen Ärztekammer, in durchaus kritischer Absicht geprägte Begriff wurde in Deutschland zum Unwort des Jahres 1998 erklärt.

³³ Nationale Ethikkommission (2005), S. 76.

³⁴ Diese Entwicklung spiegelt sich etwa in folgenden Zahlen (Quelle: Bundesamt für Statistik): Die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt lag in der Schweiz für Männer im Jahr 1900 bei 46,2 Jahren, 1981 bei 72,4 und 2011 bei 80,3 Jahren. Für Frauen lag sie im Jahr 1900 bei 48,9 Jahren, 1981 bei 79,2 und 2011 bei 84,7 Jahren. Das bedeutet eine Steigerung um gut 30 Jahre in einem Jahrhundert! Besonders stark wächst die Altersgruppe 100+, zu der 2011 24'431 Personen zählten, darunter 20mal mehr Frauen als Männer. Damit hat die Schweiz prozentual zur Wohnbevölkerung mehr 100-und-mehr-Jährige als jedes andere Land in Europa und steht diesbezüglich im weltweiten Vergleich hinter Japan an zweiter Stelle.

Natur, sondern ein der Natur abgerungener Erfolg unserer Kultur. Weltweit wird intensiv an der weiteren Ausdehnung der menschlichen Lebensspanne geforscht.

Angesichts dieser erweiterten Lebensspanne hat es sich eingebürgert, die Lebensphase des Alters in zwei Abschnitte zu unterteilen: in das junge Alter (3. Lebensalter) so zwischen 60 und 80 Jahren und in das hohe Alter (4. Lebensalter) ab 80 Jahren. Diese beiden Lebensalter haben in vielfacher Hinsicht ein sehr unterschiedliches Gepräge. Als ‚richtig alt‘ gilt man heute erst, wenn man die Phase des 4. Lebensalters mit seiner erhöhten Fragilität und Unterstützungsbedürftigkeit erreicht hat. Während das 3. Lebensalter des meist gesunden, aktiven, materiell abgesicherten Alters heute durchaus als erstrebenswerte biografische Phase gilt, sind die Vorstellungen, die mit dem hohen Alter verbunden sind, meist negativ.³⁵ Daraus ergibt sich die widersprüchliche Situation, dass alle lang leben, aber möglichst nicht alt werden wollen.³⁶ In entwaffnend-naiver Offenheit bekennt etwa die Schriftstellerin Monika MARON: „Natürlich will ich, was alle wollen: Ich will lange leben; und natürlich will ich nicht, was alle nicht wollen: Ich will nicht alt werden. (...) Ich würde (...) auf das Alter lieber verzichten. Einmal bis fünfundvierzig und ab dann pendeln zwischen Mitte Dreissig ... und Mitte Vierzig, bis die Jahre abgelaufen sind.“³⁷

Bezeichnend dafür ist eine breite Strömung des sog. *Anti-Aging*, die gegen den Alterungsprozess ankämpft und – mindestens in ihren radikalen Vertretern – mit viel wissenschaftlichem Aufwand und geschickten Marktstrategien „den Krieg gegen das Altern“ ausgerufen hat, um diesen „unseren ältesten Feind, das Altern“ zu besiegen und uns „den Weg in eine alterungslose Zukunft“ zu ebnen.³⁸ Parallel dazu hat sich ein Juvenilitätskult entwickelt, der den jungen erwachsenen Menschen zum Massstab gelingenden, erstrebenswerten Menschseins schlechthin macht. Altsein kann demgegenüber nur noch als defizitäre Schwundstufe des Menschseins erscheinen,³⁹ die nach Möglichkeit zu vermeiden ist. Der Medizinethiker Giovanni MAIO glaubt gar, in der Verhinderung des Alters das „Credo unserer Zeit“ erkennen zu können: „Das Alter soll vermieden werden. Es soll nicht bewältigt oder gemeistert oder gefüllt, sondern vermieden werden.“⁴⁰

³⁵ E. SCHMITT (2012), S. 233 weist zwar darauf hin, dass „neuere Untersuchungen die These einer allgemein altenfeindlichen Gesellschaft nicht stützen (können).“ Das trifft im Blick auf die Gesamtspanne des Alters (3. und 4. Lebensphase) möglicherweise durchaus zu, dürfte aber kaum etwas daran ändern, dass die Vorstellungen im Blick auf das hohe Alter (die 4. Lebensphase), das gerade für das Thema Alterssuizid bestimmend ist, auf weite Strecken negativ geprägt sind.

³⁶ Zur kritischen Auseinandersetzung mit dieser Haltung vgl. den von G. MAIO 2011 herausgegebenen Band mit dem bezeichnenden Titel: „Altwerden ohne alt zu sein?“

³⁷ M. MARON (2002), S. 22+26.

³⁸ So A. DE GREY/M. RAE (2010), S. 325+7+371.

³⁹ R. GUARDINI hat auf diese Problematik schon vor sechzig Jahren aufmerksam gemacht: „Es gehört zu den fragwürdigsten Erscheinungen unserer Zeit, dass sie wertvolles Leben einfachhin mit Jungsein gleichsetzt. (...) Das Altsein kommt nur in Einschränkungen zum Ausdruck – darin, dass es weniger leistungsfähig, weniger elastisch ist usf. Im Grunde ist danach der alte Mensch nur ein verminderter junger“ ([2008], S. 55+59).

⁴⁰ G. MAIO (2011), S. 11. Ähnlich urteilt der Soziologe R. GRONEMEYER (2013), S. 215: „Alter ist immer weniger ein existenzielles Geschehen, sondern wird immer mehr zum vermeidbaren Übel erklärt.“

Zeichnet schon der Blick auf die mit Hochaltrigkeit oft einher gehenden individuellen Erfahrungen von Verlusten und Beschwerden ein dunkles Bild des Alters, so wird dieses durch die Diskussion über die demografische Entwicklung der Gesellschaft (Stichwort: ‚Überalterung‘) noch kräftig akzentuiert. Die stets grösser werdende Gruppe der Alten erscheint als eine immer schwerer zu tragende Last auf den Schultern der immer kleiner werdenden Gruppe der Jungen. Dieses Negativbild des Alters haben viele ältere Menschen längst internalisiert.⁴¹ Selbst mündig-kritische Geister wie die Schriftstellerin Laure WYSS sind davor nicht gefeit. Sie meint: „Es ist ja kein Schleck, heute zum Kontingent jener zu gehören, die immer zahlreicher und immer dringlicher zur Belastung der aktiven Bevölkerung werden. Wir Alten sind eine Last, eine Bedrohung. Das ganze Land, der Ort, wo wir wohnen, viele in unserer Umgebung suchen nach Lösungen, wie man mit uns fertig wird, wo uns unterbringen, pflegen, ernähren, wie uns ertragen punkto Kosten und auch psychisch. Es ist sicher für niemanden erheiternd, sich mit uns zu beschäftigen, mit uns, die wir nichts mehr einbringen und ganz ohne Zukunft sind. Für uns aber auch kein Schleck, in diese Bevölkerungsschicht hineingestossen zu werden; und selber zu realisieren, dass es so ist. Und wir, die Alten, haben selber kaum gute Einfälle, wie die Gesellschaft mit dieser Last umgehen könnte und sollte.“⁴²

Solche Alters-Stereotypen sind Ausdruck einer generellen gesellschaftlichen Abwertung des Alters, die als *Ageismus* bezeichnet wird.⁴³ Sie erklären das Alter zu einem individuellen und die Alten zu einem gesellschaftlichen Problem, das in beiderlei Hinsicht am einfachsten gelöst werden kann, indem man rechtzeitig verhindert, dass es sich überhaupt entwickelt – womit am Horizont wieder das Stichwort vom „sozialverträglichen Frühableben“ aufleuchtet, das zwar indirekt-diskret, aber nicht unwirksam das aus der Suizidforschung bekannte ‚altruistische Motiv‘ ins Spiel bringt, das eigene Ableben selbstverantwortlich zu inszenieren, bevor man anderen über Gebühr zur Last fällt.⁴⁴

Der Suizidforscher Hans WEDLER hat schon vor Jahren darauf hingewiesen, dass Alter in der heute gegebenen gesellschaftlich-demografischen Gestalt und in der heute weit verbreiteten abwertenden Beurteilung ein Produkt unserer Zeit ist und entsprechende Folgen nach sich zieht: „Der entgegen allen Trends anwachsende

⁴¹ B. LEVY (2012), eine in Yale lehrende Epidemiologin und Psychologin, hat gezeigt, wie Altersstereotypen durchaus unbewusst auf alte Menschen wirken, sie beeinflussen und negative Effekte auf ihre Gesundheit ausüben.

⁴² L. WYSS (2000), S. 11f.

⁴³ Der Psychoanalytiker J. HILLMANN (2001), S. 52 stellt lapidar fest: „Je länger wir leben, desto weniger sind wir wert.“ In ähnlichem Sinne weist S. SCHALLER (2009), S. 50 im Rahmen ihres multimodalen Erklärungsmodells für Suizid im Alter darauf hin, dass „die Diskussion des ‚Lebenswerts‘ alter Menschen vor dem Hintergrund zunehmend eingeschränkter Ressourcen und eines negativ getönten Defizitmodells des Alters ein weitgehend suizidförderndes Klima für alte Menschen (schafft).“

⁴⁴ Nach G. STOPPE (2011), S. 3 nennen etwa 20 % derer, die Suizidbeihilfe beanspruchen, als Motiv „ein altruistisches Abtreten im Sinne eines Opfers für die jüngere Generation.“

Alterssuizid ist auch eine Antwort darauf – mit den Merkmalen der Verweigerung, der Resignation und der Verzweiflung.⁴⁵

Ein weiterer Aspekt darf hier nicht übersehen werden. Angesichts der von der Gerontologie stark betonten Plastizität des Alters, seiner Beeinflussbarkeit also, wurde das Alter zunehmend von einem verhängten Schicksal zu einem zu gestaltenden ‚Machsal‘ (O. MARQUARD). Eine interdisziplinäre gerontologische Forschung entwickelte sich unter der übergreifenden Fragestellung, wie es – vor allem im Blick auf das junge Alter – zu einem „successful aging“ kommen könne. Damit wurde der Prozess des Alterns normativ aufgeladen und ein Stück weit in die Eigenverantwortung jedes Einzelnen gestellt. Es war kaum zu vermeiden, dass psychologisch, philosophisch und theologisch sehr oberflächliche, stark utilitaristisch geprägte Kriterien erfolgreichen Alterns den entsprechenden Diskurs mit bestimmten. Ein Beispiel dafür ist die Aussage von Paul B. BALTES, immerhin eines der international bedeutendsten Gerontologen des letzten Jahrhunderts: „Erfolg im Alter bedeutet, möglichst viel von dem zu erreichen, was man anstrebt, und möglichst wenig von dem zu erleiden, was im Alter als Negatives und Unerwünschtes auf uns zukommt.“⁴⁶ Solche Vorstellungen erzeugen fragwürdigen Druck auf alte Menschen, die ihr Alter in Krankheit, mit Gebrechen und Behinderungen erleiden und ertragen müssen. Sie drängen sie in die Verzweiflung, weil sie vorgeben, diese Menschen hätten alle Möglichkeiten verspielt, ein gutes, wertvolles Leben im Alter zu führen.⁴⁷ R. GRONEMEYERS Kritik ist nicht von der Hand zu weisen, dass „das Bild vom erfolgreich Alternden (...) dazu führen muss, dass Pflegebedürftigkeit zum Inbegriff des Altersschreckens wird. Je länger die Alten sich erfolgreich am Riemen reissen, je verbissener sie den Rüstigkeitswettbewerb durchhalten, desto furchtbarer ist der Sturz in die Hinfälligkeit.“⁴⁸ Dass die damit untergründig geschürte Angst vor dem im hohen Alter eventuell drohenden Sturz in die Hinfälligkeit sich suizidfördernd auswirkt, macht das Bekenntnis der Literatur-Nobelpreisträgerin Elfriede JELINEK deutlich: „Mir ist eine panische Angst vor dem Alter geblieben. Ich denke, man sollte sich rechtzeitig umbringen.“⁴⁹

4. Entwürdigung im Alter

Nach G. STOPPE ist ein befürchteter Verlust der eigenen Würde ein häufiges Motiv, das alte Menschen veranlasst, einen assistierten Suizid zu begehen.⁵⁰ Nun ist kaum zu bestreiten, dass das Bewusstsein, Würde zu haben und würdig behandelt zu werden, für Menschen von zentraler Bedeutung ist. Die Menschenwürde gilt denn auch als höchster ethischer Wert und ihre Anerkennung als fundamentales regulatives

⁴⁵ H. WEDLER (2001), S. 1. Darauf, dass solche negativen Altersstereotypen als Form der Stigmatisierung alter Menschen tendenziell suizidfördernd sind, macht auch das Positionspapier von Public Health Schweiz (2011), S. 3+4 aufmerksam.

⁴⁶ P. B. BALTES (1996), S. 62.

⁴⁷ G. MAIO (2011), S. 17f.

⁴⁸ R. GRONEMEYER (1989), S. 116. Zu ideologiekritischen Rückfragen an das Konzept erfolgreichen Alterns vgl. H. RÜEGGER (2007), S. 157-159, und ders. (2009), 69-73.

⁴⁹ Zit. in H. WEDLER (2004a), S. 23.

⁵⁰ G. STOPPE (2011), S. 3.

Prinzip jeder ethischen Reflexion.⁵¹ Als solche ist sie auch den meisten Verfassungen moderner Rechtsstaaten vorangestellt und als unhintergebar Referenzpunkt allen positiven Rechts festgehalten.⁵² Inhaltlich kann Menschenwürde als vierfacher Anspruch ▪ auf Schutz der Integrität von Leib und Leben, ▪ auf Selbstbestimmung (Autonomie), ▪ auf grundlegende Rechte (Menschenrechte) sowie ▪ auf elementaren Respekt vor der eigenen Person beschrieben werden.⁵³ Dieser grundlegende vierfache Anspruch ist *normativ*, also von keinen empirischen Gegebenheiten abhängig, *unbedingt*, also an keine vorauszusetzenden Bedingungen geknüpft, *egalitär*, also allen Menschen gleichermaßen eigen, und *unantastbar*, also unverlierbar und auch dann noch als Anspruch gegeben, wenn er von anderen nicht respektiert, ja mit Füßen getreten wird.

Neben der heute fast selbstverständlich erfolgenden Absolutsetzung der Würde als grundlegendem Wertaxiom jedes humanen Miteinanders hat sich nun allerdings – weitgehend unreflektiert – eine gegenläufige Entwicklung eingestellt, die den normativen Gehalt des Menschenwürde-Konzeptes zunehmend relativiert und in entscheidenden Punkten aushöhlt.⁵⁴ Das kommt besonders deutlich in Zusammenhang mit Demenz zum Ausdruck. So etwa, wenn der Gerontologe Paul B. BALTES in einem Aufsatz darlegt, inwiefern das hohe Alter „mehr Bürde als Würde“ darstellt. Er argumentiert dahingehend, Demenzen würden „den schleichenden Verlust vieler Grundeigenschaften des Homo sapiens (bedeuten) wie etwa Intentionalität, Selbstständigkeit, Identität und soziale Eingebundenheit – *Eigenschaften*, die wesentlich die menschliche Würde bestimmen und es dem Individuum ermöglichen, seine ‚Menschenrechte‘ autonom auszuüben.“ Angesichts der irreversiblen Verlustprozesse des von Demenz betroffenen hohen Alters stellt sich nach BALTES „eine neue und beängstigende Herausforderung: die Erhaltung der menschlichen Würde in den späten Jahren des Lebens.“⁵⁵ Hier wird die Würde hochbetagter Menschen an kognitive Fähigkeiten gebunden und ganz generell an Eigenschaften, die für das Leben des *homo sapiens* kennzeichnend sind, bei hohem Alter aber verloren gehen können.⁵⁶

Hier liegt ein Würdeverständnis vor, das *empirisch* fundiert, also von irgendwelchen Gegebenheiten abhängig ist, das nur *bedingt* gilt, weil es von Bedingungen abhängig ist (Fähigkeiten, Eigenschaften, Lebensqualität oder was auch immer), das *elitär* ist, weil die so verstandene Würde nur gewissen Menschen zukommt, und das davon

⁵¹ Vgl. dazu die Präzisierung von N. KNOEPFFLER (2004), 14: „Die Funktion des Menschenwürdeprinzips kann nicht darin bestehen, konkrete Handlungsanweisungen vorzugeben, sondern darin, das Fundament verschiedener Einzelbestimmungen empirischer und normativer Art abzugeben und so als Regulativ für die ethische Reflexion zu dienen. Entscheidungen sollten vor dem Hintergrund dieses Prinzips geschehen, das aber nicht für die konkrete Handlungsebene direkt relevant sein muss.“

⁵² So etwa in Art. 1 des deutschen Grundgesetzes: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“ Oder in Art. 7 der schweizerischen Bundesverfassung: „Die Würde des Menschen ist zu achten und zu schützen.“

⁵³ W. Härle (2010), S. 17 formuliert elementar: „Menschenwürde ist ein Anspruch auf Achtung.“

⁵⁴ Darauf hat insbesondere E. PICKER (2002) hingewiesen.

⁵⁵ P.B.BALTES (2003), S. 17.

⁵⁶ Ähnlich denkt der Psychogerontologe P. G. COLEMAN (2010), S. 256, demzufolge demenzielle Verluste „ein normales und annehmbares Mass überschreiten und so die menschliche Würde ... in Frage stellen“ können.

ausgeht, dass die menschliche Würde *antastbar* ist und verloren gehen kann. Wenn nicht alles täuscht, hat sich dieses Verständnis von Würde heute in weiten Teilen der Bevölkerung durchgesetzt und kann als *politically correct* gelten.

Es liegt auf der Hand: Ein solches Würdeverständnis lässt gerade die schwächsten Glieder der Gesellschaft, zu denen hochbetagte, multimorbide, stark auf Pflege und Betreuung angewiesene Menschen zählen, leicht aus dem Schutzraum der Menschenwürde und der auf ihr basierenden Menschenrechte fallen. Und es drängt alte Menschen tendenziell dazu, ihr Leben rechtzeitig zu beenden, um ihre noch vorhandene Würde zu schützen und einem drohenden Prozess der Entwürdigung zuvorzukommen. So wird etwa in einem zuhause des Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartements erarbeiteten Expertenbericht von 1999 zum Thema Sterbehilfe davon gesprochen, dass aktive Sterbehilfe als Beitrag zum Schutz der Menschenwürde verstanden werden könne.⁵⁷ Wie sehr diese Vorstellung das Empfinden einer breiten Öffentlichkeit widerspiegelt, ging aus der enormen medialen Reaktion auf den Suizid des bekannten, zum internationalen Jet Set gehörenden Gunter Sachs hervor, der in seinem Abschiedsbrief erklärte, er sei wohl „an der ausweglosen Krankheit A.“ erkrankt (gemeint war offenbar Alzheimer) und daraus den Schluss zog: „Der Verlust der geistigen Kontrolle über mein Leben wäre ein würdeloser Zustand, dem ich mich entschlossen habe, entschieden entgegenzutreten.“⁵⁸

5. Autonomie-Verlust

Damit ist bereits ein weiteres zentrales Motiv angesprochen, das Alterssuizide begünstigt: die Angst vor dem Verlust der Selbstbestimmung und der Kontrolle über das eigene Leben.⁵⁹ Selbstbestimmung bzw. Autonomie haben in der Werteskala heutiger Menschen einen ganz hohen Stellenwert und machen für viele den Kerngehalt von Menschenwürde und Lebensqualität aus. Nach der Einschätzung des amerikanischen Medizinethikers Daniel CALLAHAN hat das Streben nach Autonomie „in den letzten Jahren fast die Qualität einer Besessenheit angenommen.“⁶⁰ Für manche Zeitgenossen gilt der Verlust an Autonomie – verstanden nicht nur als Selbstbestimmung, sondern auch als Selbstständigkeit, als Fähigkeit, das eigene Leben ohne fremde Hilfe zu führen – als entwürdigend.⁶¹ Gemäss einer 2007 durchgeführten repräsentativen Umfrage der Gesellschaft für Konsumforschung in Nürnberg erwägen

⁵⁷ Vgl. hierzu H. RÜEGGER [2004], S. 14.

⁵⁸ So nach BILD.de (download: <http://www.bild.de/unterhaltung/leute/gunter-sachs/freitod-ausweglose-krankheit-abschiedsbrief-17796626.bild.html>).

⁵⁹ Autonomieverlust und Verlust der Kontrolle über Körperfunktionen gehörten laut Untersuchungen im US-Bundesstaat Oregon zu den Hauptgründen für die Inanspruchnahme ärztlicher Suizidbeihilfe (H. WEDLER [2004b], S. 44). Dies trifft auch für europäische Verhältnisse zu (Wenn das Altwerden zur Last wird [2009], S. 14).

⁶⁰ D. CALLAHAN (1998), S. 18.

⁶¹ Aus psychiatrischer Sicht weist D. HELL (2006), S. 87 darauf hin, dass sich „ein Teil der Suizidhandlungen als Versuch verstehen lässt, ein bedrohtes Selbstwertgefühl durch eine autonome Tat zu retten oder einen beschämenden antizipierten Untergang durch entschlossenes Handeln zu vermeiden.“

ein Drittel aller Deutschen, sich im Falle eigener Pflegebedürftigkeit das Leben zu nehmen, um nicht auf die Hilfe anderer angewiesen zu sein.⁶²

Von diesem Bedürfnis nach Selbstbestimmung ist auch das Sterben nicht ausgenommen. Der Ruf nach einem ‚selbstbestimmten Sterben‘, bei dem der oder die Sterbende entscheidet, wann, wie und wo er oder sie sein bzw. ihr Leben beendet, ist weit verbreitet. Selbstbestimmtes Sterben gilt nicht selten als Voraussetzung für ein ‚Sterben in Würde‘.⁶³ In den USA gibt es entsprechend seit längerer Zeit eine eigentliche *death control* Bewegung,⁶⁴ die sich für das Recht von Sterbewilligen auf Sterbehilfe einsetzt.⁶⁵

Nun ist gegen das Recht eines Menschen, wie über medizinische Behandlung generell, so auch über den Einsatz oder den Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen – und damit mittelbar auch über sein Sterben – zu entscheiden, gewiss nichts einzuwenden. Das ethische Prinzip der Patientenautonomie als grundlegendes Paradigma für medizinische Entscheidungen soll nicht in Frage gestellt werden. Auch am Recht, in einer als ausweglos und unerträglich empfundenen Situation im Sinne einer *ultima ratio* einen assistierten Suizid zu begehen, soll nicht gerüttelt werden. Es muss jedoch die Vorstellung kritisch hinterfragt werden, dass nur ein ‚selbstbestimmter‘, durch menschliche Verfügungsmacht rechtzeitig inszenierter Tod ein würdiger Tod sei.⁶⁶ Durch eine solche Vorstellung, wenn sie sich als öffentliche Meinung ausbreitet, entsteht unweigerlich ein Druck auf alte und kranke Menschen, die ihr Sterben erdulden und erwarten, ohne es eigenmächtig zu beschleunigen. So wird die Forderung eines selbstbestimmten Sterbens, die einmal als emanzipatorische Befreiung von ärztlich-medizinischer Fremdbestimmung entstand, unter der Hand zu einer neuen, von der öffentlichen Meinung diktierten Leistungsnorm, die den individuellen Sterbeprozess unter Druck setzt, normiert und Gefahr läuft, die Tendenz zu Alterssuiziden zu verstärken.

Dabei ist zusätzlich zu bedenken, dass wir heute angesichts eines modernen Gesundheitswesens mit einer technisch-pharmakologisch hoch gerüsteten Medizin ohnehin nicht darum herum kommen, im Blick auf das Sterben sehr viel mehr Entscheidungen zu treffen als das früher je nötig war. Die Zeiten, da man davon ausgehen konnte, dass es so oder so das Schicksal oder ‚der Herr über Leben und Tod‘ ist, die entscheiden, wann das Leben an sein Ende kommt, sind definitiv vorbei. Eine neuere international vergleichende Studie hat zum Beispiel ergeben, dass in der Schweiz in

⁶² M. DE RIDDER (2010), S. 92.

⁶³ Klassisch kommt dies in dem Diktum des amerikanischen Ethikers J. FLETCHER zum Ausdruck: „Death control, like birth control, is a matter of human dignity. Without it persons become puppets“ ([1969], S. 69).

⁶⁴ B. J. LOGUE (1993).

⁶⁵ D. CALLAHAN (1998), S. 43 schreibt: „Während der Tod seiner kollektiven Bedeutung beraubt wurde, wurde das Recht, die Umstände des Sterbens zu bestimmen, umso mehr hervorgehoben. Die Forderung nach Kontrolle und die Ablehnung eines Todes, wie er sich ereignet, wenn wir ihn unmanipuliert geschehen lassen, sind nicht nur stark, sie sind für viele eine Leidenschaft geworden. Das einzige Übel, das grösser scheint als der persönliche Tod, wird zunehmend der Verlust der Kontrolle über diesen Tod.“

⁶⁶ D. CALLAHAN'S Hinweis ist voll und ganz zuzustimmen: „Es gibt keine zwingende Korrelation zwischen einer Kontrolle über den eigenen Tod und der Würde dieses Sterbens“ ([1998], S. 155).

51 % der Fälle, in denen Menschen medizinisch begleitet starben, das Sterben erst stattfand, nachdem entsprechende Entscheide (vor allem im Sinne passiver Sterbehilfe, aber auch im Sinne eines assistierten Suizids) gefällt wurden.⁶⁷ Was früher also nur bei ‚Selbstmördern‘ der Fall war und gesellschaftlich mithilfe aller möglichen religiösen, sozialen und rechtlichen Tabus zu verhindern versucht wurde, dass nämlich eigenes Sterben und eigenes Entscheiden zum Sterben zusammenfallen, ist heute bereits zu einem Normalfall des Sterbens geworden – mentalitätsgeschichtlich gesehen eine geradezu revolutionäre Veränderung, die viele heutige Menschen derzeit noch überfordert! Das bedeutet zugleich, dass die Grenze zwischen ‚natürlichem‘ Sterben, passiver Sterbehilfe,⁶⁸ autodestruktivem Verhalten⁶⁹ und Suizid fließender werden. Es wird immer normaler, dass man im Sinne der Patientenautonomie selber in irgendeiner Form entscheiden *muss*, dass und wann man sterben will.⁷⁰ Auch dadurch wird die Hemmschwelle, einen Alterssuizid zu begehen, tendenziell kleiner.

6. Die Frage nach dem Sinn des hohen Alters

Fragen wir nach der Bedeutung gesellschaftlicher Einstellungen im Blick auf Alterssuizide, kommen wir nicht umhin, auch die Sinnfrage anzusprechen. Dass viele Menschen gerne lange leben, aber lieber nicht alt – im Sinne von hochbetagt unter Einschluss der mit dieser Lebensphase oft einher gehenden Erfahrungen von Verlusten und chronischen Erkrankungen – werden möchten und dass einige im fortgeschrittenen Alter ihrem Leben selbst ein Ende setzen, hängt letztlich damit zusammen, dass sie keinen Sinn mehr in einem hochbetagten, mit körperlichen und geistigen Verlusten konfrontierten Leben erkennen können. Denn „was ist Selbstmord anderes als ein Nein auf die Frage nach einem Lebenssinn.“⁷¹ Nach Viktor E. FRANKL ist es „vielleicht das allermenschlichste aller menschlichen Bedürfnisse, ... in jeder einzelnen Lebenssituation, mit der wir konfrontiert sind, einen Sinn zu sehen und ihn womöglich auch zu erfüllen.“ Heutige Menschen, auch alte, pflegebedürftige Menschen, haben in der Regel genug, *wovon* sie leben können. Aber sie haben nicht immer etwas, *wozu* oder *wofür* zu leben sich auch lohnt. „Und ohne ein Wozu wird das Leben schal, muss das Leben sinnlos erscheinen.“⁷²

⁶⁷ Ch. REHMANN-SUTER (2011), S. 280. Wir kommen also um den von N. ERLEMEIER (2002), S. 154f. genannten Wandel unserer Einstellungen zum Sterben von einem uns zustossenden zu einem von uns – mindestens ein Stück weit – mit zu steuernden Widerfahrnis nicht herum.

⁶⁸ Passive Sterbehilfe bezeichnet den Verzicht auf oder den Abbruch von lebensverlängernden therapeutischen Massnahmen.

⁶⁹ Autodestruktives Verhalten meint Verhaltensweisen eines Sterbewilligen wie der Verzicht auf die Einnahme lebensnotwendiger Medikamente oder die Weigerung, Nahrung und Flüssigkeit zu sich zu nehmen.

⁷⁰ Damit wird aber noch lange nicht einer Ideologie der Todeskontrolle (*death control*, s. o.) das Wort geredet, die meint, auch das Wie des Sterbeprozesses unbedingt in die eigene Hand nehmen und steuern zu müssen. Einer solchen Haltung gegenüber ist an den kritischen Hinweis von M. RENZ (2013), S. 25 zu erinnern: „So wichtig Selbstbestimmung im Leben war und ist, der Begriff ‚selbstbestimmtes Sterben‘ ist irreführend und besagt in den meisten Fällen vor allem eines, dass hier nicht begriffen wird, was in Todesnähe geschieht.“

⁷¹ V. E. FRANKL (1994), S. 285.

⁷² Ebd., S. 285f.

Sinn generiert ein Individuum nicht nur aus sich selbst und im Blick auf sich selbst, sondern immer auch auf dem Hintergrund gesellschaftlicher Werthaltungen und im Blick auf wahrgenommene Erwartungen seines sozialen Umfeldes. In einer Gesellschaft,

- die das Alter durch Anti-Aging pathologisiert und zu verhindern sucht,
- die einem Jugendlichkeitsideal frönt (‘forever young’) und das Alter fürchtet,
- die ganz auf Leistung ausgerichtet ist und Produktivität erwartet,
- in der alles immer schneller geht und sich immer rascher verändert,
- in der ästhetisch gestylt, geliftet und geglättet sein muss, wer gefallen will,
- in der Gesundheit allein nicht mehr genügt, sondern Fitness und Wellness dazu kommen müssen, um den gängigen Normen zu entsprechen,
- in der Autonomie verstanden als Selbstständigkeit und Unabhängigkeit von der Unterstützung durch andere oberstes Ziel und Ausdruck wahrer Würde ist,
- in der die demografische Entwicklung als ‚Überalterung‘ interpretiert und als mitverantwortlich für die Explosion der Kosten des Gesundheitswesens verstanden wird, in einer solchen Gesellschaft fällt es schwer, alt zu werden. In einer solchen Gesellschaft fällt es schwer, in einem Leben als Hochbetagter mit abnehmenden Kräften und zunehmenden Beeinträchtigungen, mit chronisch-unheilbaren Krankheiten und in Abhängigkeit von Pflege oder Betreuung durch Dritte Sinn zu finden.

Man müsste schon gegen einen mächtigen Strom gesellschaftlicher Einstellungen und öffentlicher Meinung das Durchleben der letzten Lebensjahre unter Einschluss vieler schwieriger Erfahrungen als für die eigene Biografie wichtig und sinnvoll, das heisst durchlebens- und durchleidenswert erkennen können. Etwa im Sinne von Thomas RENTSCH, der sinnkonstitutives Leben „als ein hochkomplexes, vielschichtiges, multidimensionales *Werden zu sich selbst*“ begreift, im Blick auf Hochaltrigkeit und Sterben formuliert: „ein Werden zu sich selbst im Vergehen, ein Werden im Vergehen.“⁷³ Das aber fällt vielen, selbst wenn sie ihr Leben in einem religiösen Sinnhorizont verstehen, nicht immer leicht.

Norberto BOBBIO, der italienische Rechtsphilosoph, hält mit desillusioniertem Blick fest: „Wer unter alten Menschen lebt, weiss, für wieviele von ihnen der letzte Lebensabschnitt nicht zuletzt dank der medizinischen Fortschritte, die in vielen Fällen eher am Sterben hindern, statt das Leben angenehm zu machen, zu einem langen, oft sehnsüchtigen Warten auf den Tod geworden ist. Kein Weiterleben, sondern ein Nicht-Sterbenkönnen.“⁷⁴ In dieser Perspektive auf das Altsein dürfte die Sinnfrage nicht leicht zu beantworten sein, oder besser, weil sie ja vielleicht überhaupt nur als offen bleibende Frage artikuliert werden kann: sie dürfte in dieser Perspektive nicht leicht auszuhalten sein. Vor allem dann nicht, wenn die umgebende Gesellschaft diese Sinnfrage mehr oder weniger deutlich mit einem Nein beantwortet. Dann aber liegt die Versuchung zu einem Alterssuizid nicht fern.

⁷³ Th. RENTSCH (2012), S. 31.

⁷⁴ N. BOBBIO (2002), S. 32.

7. Suizidprävention als Arbeit an einem altersfreundlichen gesellschaftlichen Klima

Die bisherigen Ausführungen dürften deutlich gemacht haben, dass Alterssuizide wesentlich mitgeprägt sind durch gesellschaftliche Wertvorstellungen und Einstellungen gegenüber dem (insbesondere hohen) Alter mit den oft damit einher gehenden Phänomenen und Erfahrungen. Manche Aspekte dieser heute gängigen Einstellungen, manche Bilder des Alters und manche Idealvorstellungen eines lebenswerten Lebens haben eindeutig suizidfördernde Wirkung.⁷⁵ Daraus ergibt sich die sozial-ethische Aufgabe, auf eine Mentalitätsveränderung und auf ein gesellschaftliches Klima hinzuwirken, die nicht Suizid-fördernd, sondern Suizid-präventiv sind.

Mit dieser Forderung nach Alterssuizid-Prävention ist ethisch nicht bereits jeder Alterssuizid von vornherein abgelehnt. Die Möglichkeit und Legitimität eines wohlerwogenen Bilanzsuizids im hohen Alter als *ultima ratio*-Lösung möchte ich keineswegs ausschliessen. Denn das Problematische, Prävention erfordernde am Alterssuizid ist weder das Sterben eines hochbetagten Menschen an sich (das gehört zu diesem Lebensabschnitt), noch die Tatsache, dass der Sterbewillige selbst über den Zeitpunkt und die Art seines Sterbens entscheidet (das gehört zum Anspruch der Patientenautonomie). Die zentrale moralische Herausforderung des Alterssuizids scheint mir vielmehr dort zu liegen,

- wo jemand diesen Weg in einer Situation der Verzweiflung und Trostlosigkeit geht,
- beeinflusst von einer psychischen oder körperlichen Krankheit, ohne mögliche angemessene therapeutische Hilfe zu bekommen,
- wo sich jemand aus Einsamkeit und dem Gefühl der Verlassenheit für einen Suizid entscheidet,
- wo jemand eine brutal wirkende Form des Suizids wählt und
- wo jemand unter dem Druck negativer gesellschaftlicher Werturteile und Altersbilder Suizid begeht, weil er oder sie sich von der sozialen Gemeinschaft entwertet, entwürdigt und nur noch als Belastung empfunden erlebt.

Solche Situationen – sie stellen die grosse Mehrheit der Alterssuizide dar! – verpflichten die Gesellschaft zu präventiven Massnahmen. Entsprechende Massnahmen müssen über die viel diskutierten Interventionen des 5-Säulen-Modells⁷⁶ hinausgehen und eine Veränderung gesellschaftlicher Einstellungen gegenüber Alter und Sterben mit einschliessen.⁷⁷ In welche Richtung eine solche der Prävention dienliche Arbeit an einem altersfreundlichen gesellschaftlichen Klima gehen könnte, sollen abschliessend fünf Hinweise verdeutlichen.

⁷⁵ „Schon Blonski hat 1998 in seinem Buch ‚Neurotische Störungen im Alter‘ (Heidelberg) darauf hingewiesen, dass die Haltung unserer westlichen Welt älteren Menschen gegenüber eine suizidfördernde sei“ (G. HARBAUER/J. MINDER [2013], S. 17).

⁷⁶ S. o. S. 5.

⁷⁷ A.-S. PARENT (2012) fordert „a change of attitude toward ageing and older people ... if we want to provide positive and sustainable answers to our deographic challenge. This is of utmost importance, not only for today's older people, but also for the future generations.“ (S. 174) „Public authorities need ... to change their vision of ageing and adopt a new empowering approach to older people including the very old“ (S. 181).

7.1 Sinnkonstitutive Bedeutung negativer Aspekte des Lebens

Entgegen der weit verbreiteten oberflächlichen Glücksideologie einer Spass- und Freizeitgesellschaft, die in Gesundheit, Fitness und Wellness das höchste aller Güter sieht,⁷⁸ ist neu ein Verständnis dafür zu gewinnen, dass, wie der Philosoph Thomas RENTSCH seit Jahren betont, „wirklich tragfähiger Lebenssinn nicht allein in der positiven Befriedigung von Lust (besteht)..., sondern weit mehr in der gemeinsamen wie individuellen Bewältigung der vielen negativen Aspekte, die unser Dasein prägen... Vor diesem Hintergrund lassen sich Altwerden, Kranksein, Leiden und Sterben als Chance zur Eröffnung spezifischer Sinndimensionen begreifen, die oft übersehen werden: die Angewiesenheit jedes Menschen auf wirkliche Kommunikation, auf gegenseitige Hilfe und Mitleid, auf Solidarität und – entscheidend – auf das bewusste Begreifen der eigenen Begrenztheit. Diese Dimensionen gehören zu einem Stadium der Reife und der geklärten Selbsterkenntnis, und damit im Kern zu einem wirklich sinnvollen, über sich selbst aufgeklärten Leben. (...) Selbsterkenntnis, Lebensklärung und Lebensvertiefung werden gerade auch durch die Erfahrung von Leid, Schmerzen und Endlichkeit ermöglicht und erschlossen.“⁷⁹ RENTSCH fordert deshalb für unsere Gesellschaft eine eigentliche „Erziehung und Bildung zu Verletzlichkeit, Endlichkeit und Sterblichkeit.“⁸⁰ Wie sehr dieses Postulat gegen dominante Trends unserer Gesellschaft geht, liegt auf der Hand – ebenso wie seine potenziell suizidpräventive Wirkung.

7.2 Erweitertes Menschenbild

Mit diesem ersten Punkt hängt ein zweiter zusammen: die Notwendigkeit, ein erweitertes Menschenbild zu gewinnen, eines das wieder entdeckt,

- dass Menschsein mehr ist als Leistung, dass Empfangen und Geniessen ebenso dazu gehören,
- dass Menschsein mehr ist als Selbstständigkeit und Unabhängigkeit, dass nämlich auch Abhängigkeit von der Hilfe und vom Wohlwollen anderer etwas Wertvolles ist,
- dass Menschsein mehr ist als beschwerdefreie Gesundheit und Wellness, dass auch die Erfahrung von Schwachheit und Leiden ein wichtiger Teil des Lebens ist,
- dass Menschsein mehr ist als die Fähigkeit zu denken und dass das Empfindenkönnen von Gefühlen und die Fähigkeit, Beziehungen zu leben, genauso wichtig sind.

Wo ein solches Verständnis von Menschsein lebendig ist und das soziale Miteinander bestimmt, fällt es zweifellos leichter, alt zu werden und auch schwierige Grenzerfahrungen der Hochaltrigkeit zu bewältigen im Wissen darum, gerade im Erleben solcher Situationen vom gesellschaftlichen Umfeld unterstützt und geachtet zu werden.

⁷⁸ Zur Kritik an diesem neuzeitlichen „Gesundheitswahn“ vgl. M. LÜTZ (2002).

⁷⁹ Th. RENTSCH (2012), S. 23.

⁸⁰ Ebd., S. 26. Mit dieser Perspektive lässt sich der Ansatz von V. E. FRANKLS Existenzanalyse verbinden, derzufolge es nicht der *homo faber*, der Leistung vollbringende Mensch, sondern gerade der *homo patiens*, der „aufrecht leidende Mensch“ ist, der durch aktive, innere Auseinandersetzung mit seinem Schicksal die höchsten Sinnwerte zu verwirklichen vermag ([2005], S. 202-216).

Damit dürften auch eine ganze Reihe von heute tendenziell suizid-fördernden Motiven wegfallen, etwa die Angst, durch Pflegeabhängigkeit die eigene Würde zu verlieren. Die Einsicht würde vielmehr wieder tragend, dass es Autonomie und Selbstständigkeit nur zusammen mit Abhängigkeit gibt und beides zu einem humanen Dasein gehört. CALLAHAN ist zuzustimmen: „Das Ziel, stets unabhängig zu sein, (kann) nur für begrenzte Zeit erreicht werden. Früher oder später, für längere oder kürzere Zeit, werden wir von andern abhängig sein. Zumindest begleitet uns dieses Risiko immer, ist ein unentrinnbarer Teil unseres Lebens. (...) Es ist ein ganz schwerwiegender Irrtum zu glauben, dass unser Wert als Person sinkt, weil Abhängigkeit unser Teil sein wird... Es liegt eine wertvolle und selbstverständliche Anmut in der Fähigkeit, von anderen abhängig zu sein, offen zu sein für ihre Besorgtheit, bereit zu sein, sich an ihre Stärke und ihre Fürsorge anzulehnen. Ein Selbst lebt in der ständigen Spannung zwischen Abhängigkeit und Unabhängigkeit. Beide sind ein Teil von uns. Die Unabhängigkeit mag uns ein besseres Gefühl geben, sie schmeichelt uns stärker. Trotzdem bleibt sie nur die halbe Wahrheit unseres Lebens.“⁸¹ Ein Menschenbild, das nur „die halbe Wahrheit unseres Lebens“ ernst nimmt, hat eine suizidfördernde Tendenz. Die Orientierung an einem Verständnis menschlicher Existenz, das auch die andere Hälfte der Wahrheit akzeptiert, hätte umgekehrt eine unbestreitbar suizidpräventive Wirkung.

7.3 Unverlierbare Würde im Alter

Wenn Grenzerfahrungen, Abhängigkeit und Leiden wieder als bedeutende Aspekte eines integralen Menschenbildes anerkannt werden, kann auch die Angst abgebaut werden, mit zunehmendem Alter die eigene Würde zu verlieren. Es wird eher möglich, sich dessen immer wieder zu vergewissern, dass auch multimorbiden, demenzen, pflegebedürftigen Menschen uneingeschränkt Würde und damit ein Anspruch auf Achtung zukommt, einfach weil und solange sie Menschen sind.⁸² Dies für sich selber ernst zu nehmen fällt umso leichter, je klarer es einem von aussen, von Mitmenschen, von der Gesellschaft immer wieder zugesprochen und zuerkannt wird.

Dies wiederum beinhaltet auch, alten Menschen zuzugestehen, ihr Altsein affirmativ und selbstbewusst als eine besondere Gestalt menschlicher Existenz in einer spezifischen biografischen Phase zu leben. Manfred PRISCHING weist darauf hin, dass „die Stigmatisierung des Alters einem *Jung-dynamisch-lustig-Syndrom* korrespondiert, das zum gesellschaftlichen Idealbild geworden ist. Alte werden deshalb höflich aufgefordert, so zu tun, als ob sie noch jung wären. (...) Aber die blondgefärbte Aufgedonnertheit amerikanischer Touristinnen, die schlichte Leugnung von Jahren, stellt eine Attacke auf die Würde des Alters dar. Es ist eine optische Rücknahme von Le-

⁸¹ D. CALLAHAN (1998), S. 174+176.

⁸² Gerade weil es heute – wie oben dargelegt – nicht mehr selbstverständlich ist, gilt es daran festzuhalten, dass „auch alte, sieche, sterbende Menschen (noch) Menschenwürde (haben), und das ist zu verteidigen, dafür ist einzutreten, dafür muss sogar notfalls gekämpft werden“ (W. HÄRLE [2010], S. 15). In diesem Sinne sieht es auch das Positionspapier von Public Health Schweiz (2011), S. 4 im Blick auf die Prävention von Alterssuiziden als wichtig an, „insbesondere Vorstellungen von Würdelosigkeit und Lebensunwert im Alter beziehungsweise bei körperlicher Krankheit entgegenzutreten.“ Dabei wäre auch der Hinweis von M. RENZ (2013) zu bedenken, dass es durchaus auch so etwas wie eine „Würde des Leidens“ gibt.

benserfahrung, die sich nun auch einmal in den Runen des Gesichts eingegraben hat.“⁸³ Ihr gilt es mutig und offensiv entgegenzuwirken.

7.4 Bekämpfung von Altersdiskriminierung

Einig sind sich alle Autorinnen und Autoren, die sich zu Fragen der Suizidprävention im Blick auf alte Menschen äussern, dass zu den wichtigen diesbezüglichen Massnahmen die Bekämpfung von Altersdiskriminierung in jeder Form gehört.⁸⁴ Bekämpfung von Altersdiskriminierung wirkt sich förderlich auf die psychische Gesundheit im Alter aus, diese wiederum ist ein wichtiger Faktor in der Verhinderung von Suizidhandlungen. Während Altersdiskriminierung das Selbstwertgefühl älterer Menschen mindert und sie in ihrer Würde verletzt, stärkt der Kampf um ihre Überwindung die Erfahrung von Alten, respektiert, ernst genommen und gewürdigt zu werden.

7.5 Positive Altersbilder als kulturelle Altersvorsorge

Andreas KUBIK hat in einem Aufsatz die These vertreten, eine altersfreundliche Gesellschaft brauche nicht nur Instrumente der materiellen Altersabsicherung, sondern auch so etwas wie eine „kulturelle Altersvorsorge.“ Er versteht darunter eine „realistische Ausdeutung positiver Alter(n)sbilder,“ in denen er einen bedeutsamen Faktor gelingenden Alter(n)s sieht. Dabei betont er ausdrücklich, dass es sich um Vorstellungen handeln müsse, die auch die schwierigen, herausfordernden Seiten des Alters einschliessen und so die Situation vieler Menschen in der Phase der Hochaltrigkeit aufnehmen können.⁸⁵

Mir scheint diese Perspektive grundlegend für Fragen der Alterssuizid-Prävention. Sie macht zugleich deutlich, dass es nicht nur um technische Präventionsmassnahmen etwa im Sinne des oben genannten 5-Säulen-Programms⁸⁶ gehen kann, die politisch beschlossen und dann praktisch umgesetzt werden. Die Arbeit an einer kulturellen Altersvorsorge im Sinne von veränderten gesellschaftlichen Einstellungen zum Alter und zu alten Menschen greift tiefer und ist ein sehr viel umfassenderes Programm, das die ganze Gesellschaft und alle Kräfte fordert, die an der Umgestaltung unseres Gemeinwesens in eine alters- (und das würde automatisch auch bedeuten: menschenfreundlichere) Gesellschaft interessiert sind und dazu einen Beitrag leisten können. Darin liegt wohl die beste denkbare Suizidprävention.

⁸³ M. PRISCHING (2003), S. 256.

⁸⁴ Dass Altersdiskriminierung in ganz verschiedenen Lebensbereichen eine ernstzunehmende gesellschaftliche Realität darstellt, machte in neuerer Zeit etwa die Studie von W. REHBERG/B. MOSER (2012) deutlich. Und nach A.-S. PARENT, der Generalsekretärin der AGE Plattform Europe in Brüssel, muss man jedenfalls festhalten: „Our ageing society has become very ageist.“ Ja, sie stellt sogar fest, dass Ageism nicht nur in Europa weit verbreitet ist, sondern sich zunehmend auch in Ländern ausbreitet, in denen alten Menschen bis vor kurzem noch hoher Respekt entgegengebracht wurde. „Ageism affects (older people) in the labour market, in the image that the media give of older people, in access to essential goods and services“ ([2012], S. 176+175+174f.).

⁸⁵ A. KUBIK (2012), S. 19.

⁸⁶ S. o. S. 5.

Literatur

- AJDACIC-GROSS Vladeta et al. (2011), Suizidprävention im Kanton Zürich. Expertenbericht des Forums für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich zum Postulat KR.-Nr. 20/2008 zuhanden des Regierungsrates des Kantons Zürich, Zürich (download: www.gesundheitsfoerderung-zh.ch/fileadmin/user_upload/Psychische_Gesundheit/Suizid/Expertenbericht_Suizidpraevention.pdf)
- Arbeitsgruppe Alte Menschen (2005), *Suizidalität und Suizidprävention im Alter*, Suizidprophylaxe 32, H. 3/4, S. 124-128
- BALTES Paul B. (1996), *Über die Zukunft des Alterns: Hoffnung mit Trauerflor*, in: M. Baltes/L. Montada (Hg.), *Produktives Leben im Alter*, Frankfurt (AIDA-Schriftenreihe, Bd. 3), S. 29-68
- BALTES Paul B. (2003), *Das hohe Alter – mehr Bürde als Würde?* MaxPlanckForschung 2, S. 15–19
- BOBBIO Norberto (2002), *Vom Alter – de senectute*, Berlin (Serie Piper, Nr. 2803) (3. Auflage)
- BOSSHARD Georg (2005), *Begriffsbestimmungen in der Sterbehilfedebatte*, Schweizerisches Medizinisches Forum 5, S. 193-198
- Bundesamt für Gesundheit (2005), *Suizid und Suizidprävention in der Schweiz. Bericht in Erfüllung des Postulates Widmer* (download: www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14149/14173/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,Inp6lONTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCLd35,f2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A)
- Bundesamt für Statistik (2012), *Sterbehilfe (assistierter Suizid) und Suizid in der Schweiz. Todesursachenstatistik 2009* (= BFS Aktuell, 14 Gesundheit) (download: www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=4729)
- CALLAHAN Daniel (1998), *Nachdenken über den Tod. Die moderne Medizin und unser Wunsch, friedlich zu sterben*, München
- COLEMAN Peter G. (2010), *Demenz, Personsein und Lebensende*, in: Th. Fuchs et al. (Hg.), *Menschenbild und Menschenwürde am Ende des Lebens*, Heidelberg, S. 251-266
- DE GREY Aubrey/RAE Michael (2010), *Niemals alt! So lässt sich das Altern umkehren. Fortschritte der Verjüngungsforschung*, Bielefeld
- DE RIDDER Michael (2010), *Wie wollen wir sterben? Ein ärztliches Plädoyer für eine neue Sterbekultur in Zeiten der Hochleistungsmedizin*, München
- ERLEMEIER Norbert unter Mitarbeit von WIRTZ Markus (2002), *Suizidalität und Suizidprävention im Alter*, Stuttgart (= Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 212)
- FIEDLER Georg et al. (2009), *Zu diesem Heft*, Suizidprophylaxe 36, H. 1, S. 3
- FLETCHER Joseph (1969), *The Patient's Right to Die*, in: A. B. Downing (Hg.), *Euthanasia and the Right to Death*, London, S. 61-70
- FRANKL Viktor E. (1994), *Bemerkungen zur Pathologie des Zeitgeistes*, in: ders., *Logotherapie und Existenzanalyse. Texte aus sechs Jahrzehnten* (neue, erweiterte Ausgabe), Berlin, S. 285-295
- FRANKL Viktor E. (2005), *Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie*, Bern (3. Auflage)
- GRONEMEYER Reimer (1989), *Integration und Segregation – Spezielle oder altersübergreifende Massnahmen in Einrichtungen für alte Menschen*, in: M. M. Baltes et al. (Hg.), *Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen*, Bern, S. 113-117
- GRONEMEYER Reimer (2013), *Das 4. Lebensalter. Demenz ist keine Krankheit*, München
- GUARDINI Romano (2008), *Die Lebensalter. Ihre ethische und pädagogische Bedeutung*, Kevelaer (Topos Taschenbücher, Bd. 400) (13. Auflage)
- HÄRLE Wilfried (2010), *Menschenbild und Menschenwürde am Ende des Lebens. Eine Einführung*, in: Th. Fuchs et al. (Hg.), *Menschenbild und Menschenwürde am Ende des Lebens*, Heidelberg, S. 11-26
- HARBAUER Gregor/MINDER Jacqueline (2013), *Suizidprävention im Alter. Teil 1: Besonderheiten der Suizidalität im Alter*, Psychiatrie & Neurologie Heft 3, S. 15-19; *Teil 2: Modelle für die Suizidprävention im Alter*, Psychiatrie & Neurologie Heft 4

- HELL Daniel (2006), *Ergebnisse der Suizidforschung*, in: Ch. Rehmann-Sutter et al. (Hg.), *Beihilfe zum Suizid in der Schweiz. Beiträge aus Ethik, Recht und Medizin*, Bern (Interdisziplinärer Dialog – Ethik im Gesundheitswesen, Bd. 6), S. 85-91
- KNOEPFFLER Nikolaus (2004), *Menschenwürde in der Bioethik*, Berlin
- KUBIK Andreas (2012), *Konstrukte gelingenden Alter(n)s: Einleitung*, in: M. Kumlehn/A. Kubik (Hg.), *Konstrukte gelingenden Alterns*, Stuttgart, S. 9-21
- LEVY Becca (2012), *Images of Old Age and Their Effects on Older Individuals' Health*, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.), *Dokumentation der Konferenz „Altersbilder im Wandel“*, Berlin, S. 46-56 (download: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationsliste,did=192420.html>)
- LOGUE Barbara J. (1993), *Last Rights: death control and the elderly in America*, New York
- LÜTZ Manfred (2002), *Lebenslust. Über Risiken und Nebenwirkungen des Gesundheitswahns*, München
- MAIO Giovanni (2011), *Vom Sinn des Alters. Reflexionen zum Alter jenseits des Fitnessimperativs*, in: ders. (Hg.), *Altwerden ohne alt zu sein? Ethische Grenzen der Anti-Aging-Medizin*, Freiburg i. Br., S. 11-19
- MARON Monika (2002), *Ich will, was alle wollen. Gedankengänge eines alten Kindes*, in: T. Steinfeld (Hg.), *„Einmal und nicht mehr.“ Schriftsteller über das Alter*, Stuttgart (dtv, Bd. 13030), S. 22-27
- Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin NEK (2005), *„Beihilfe zum Suizid“* (Stellungnahme Nr. 9), Bern (download: <http://www.bag.admin.ch/nek-cne/04229/04232/index.html?lang=de>)
- Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin NEK (2006), *Sorgfaltskriterien im Umgang mit Suizidbeihilfe* (Stellungnahme Nr. 13), Bern (download: <http://www.bag.admin.ch/nek-cne/04229/04232/index.html?lang=de>)
- PARENT Anne-Sophie (2012), *Images of Old Age and Older Consumers: What has to be done?* In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.), *Dokumentation der Konferenz „Altersbilder im Wandel“*, Berlin, S. 173-183 (download: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationsliste,did=192420.html>)
- PICKER Eduard (2002), *Menschenwürde und Menschenleben. Das Auseinanderdriften zweier fundamentaler Werte als Ausdruck der wachsenden Relativierung des Menschen*, Stuttgart
- PRISCHING Manfred (2003), *Alter heute – ein Mosaik mit Widersprüchen*, in: L. Rosenmayr/F. Böhmer (Hg.), *Hoffnung Alter. Forschung, Theorie, Praxis*, Wien, S. 246-272
- Public Health Schweiz (2011), *Positionspapier „Suizidprävention im Alter“* (download: www.public-health.ch/logicio/pmws/publichealth__mental__de.html)
- REHBERG Walter/MOSER Benjamin (2012). *Soziale Integration – Altersdiskriminierung in Europa und der Schweiz: Die Sicht der Betroffenen*, in: F. Bühlmann et al. (Hg.) *Sozialbericht 2012: Fokus Generationen* Zürich, S.125-176
- REHMANN-SUTER Christoph (2011), *Leben enden lassen. Ethik von Entscheidungen über das Lebensende*, in: A. Krebs et al. (Hg.), *Ethik des gelebten Lebens. Basler Beiträge zu einer Ethik der Lebensführung*, Zürich, S. 271-293
- RENTSCH Thomas (2012), *Fürsorge am Lebensende: Philosophische Grundlagen*, in: M. Kumlehn/A. Kubik (Hg.), *Konstrukte gelingenden Alterns*, Stuttgart, S. 22-34
- RENZ Monika (2013), *Die Würde des Leidens und des Sterbens*, *Praxis PalliativeCare*, Heft 19, S. 24f.
- RINGEL Erwin (1953), *Der Selbstmord*, Freiburg i.Br.
- RÜEGGER Heinz (2004), *Sterben in Würde? Nachdenken über ein differenziertes Würdeverständnis*, Zürich (2. Auflage)
- RÜEGGER Heinz (2007), *Altern im Spannungsfeld von „Anti-Aging“ und „Successful Aging“. Gerontologische Perspektiven einer seelsorglichen Begleitung älterer Menschen*, in: R. Kunz (Hg.), *Religiöse Begleitung im Alter. Religion als Thema der Gerontologie*, Zürich, S. 143-182
- RÜEGGER Heinz (2009), *Alter(n) als Herausforderung. Gerontologisch-ethische Perspektiven*, Zürich
- SCHALLER Sylvia (2009), *Multimodales Erklärungsmodell der Suizidalität im Alter*, *Suizidprophylaxe* 36, H. 1, S. 46-51

- SCHMITT Eric (2012), *Was trägt die Altersbildforschung zum gelingenden Alter bei?* In: M. Kumlehn/A. Kubik (Hg.), *Konstrukte gelingenden Alterns*, Stuttgart, S. 229-247
- STOPPE Gabriela (2011), *Risikopatienten aktiv ansprechen. Strategien zur Suizidprävention im Alter*, DNP - Der Neurologe und Psychiater 12, 11, S. 2-5
- STOPPE Gabriela (2012), *Psychische Gesundheit im Alter: Lasst uns mehr dafür tun!* Schweizerische Ärztezeitung 93, 39, S. 1413-1415
- WEDLER Hans (2001), *Zu diesem Heft*, Suizidprophylaxe 28, Heft 4, S. 1f.
- WEDLER Hans (2004a), *Zu diesem Heft*, Suizidprophylaxe 31, Heft 2, S. 23f.
- WEDLER Hans (2004b), *Ethische Aspekte der Suizidalität im Alter*, Suizidprophylaxe 31, Heft 2, S. 43-46
- Wenn das Altwerden zur Last wird. Suizidprävention im Alter* (2009), hg. v. d. Arbeitsgruppe Alte Menschen im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland, Rostock (4. Auflage) (download: www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/wenn-das-altwerden-zur-last-wird,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf)
- WYSS Laure (2000), *Schuhwerk im Kopf und andere Geschichten*, Zürich (2. Auflage)

Dr. theol. Heinz Rüegger MAE ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut Neumünster, Zollikerberg/CH (Fachbereiche Ethik, Gerontologie, Diakoniewissenschaft), und Seelsorger in einem Pflegeheim.