

Markus Zimmermann-Acklin

Menschenwürdig sterben? Ethische Überlegungen zum Alterssuizid und zur Suizidprävention

Das vierte Alter ist für viele Betroffene von physischen und mentalen Einschränkungen, Multimorbidität, Gebrechlichkeit und Demenz geprägt. Die Frage nach einem menschenwürdigen Sterben, nach der Gestaltung der letzten Phase im Leben eines hochaltrigen Menschen, rückt daher unweigerlich ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Da der Beginn der Hochaltrigkeit aus demografischer Sicht bei jenem Alter angesetzt wird, bis zu dem 50 Prozent eines Geburtsjahrgangs bereits verstorben sind¹, haben Menschen im vierten Alter in der Regel ihre Erfahrungen mit dem Sterben gleichaltriger Menschen gemacht und somit auch relativ klare Vorstellungen davon, wie ihre eigene letzte Lebensphase aussehen könnte.

Auf die Frage, was zur Förderung eines menschenwürdigen oder zur Verhinderung eines unwürdigen Sterbens unternommen werden kann, werden in den Hochlohnländern der Welt heute vor allem drei Antworten gegeben: Erstens wird eine Verstärkung der Palliative Care gefordert, wobei es darum geht, den ganzen Menschen mit seinen körperlichen, seelischen, geistigen und spirituellen Dimensionen in den Mittelpunkt zu stellen und ein «fabrikmässiges Sterben» (Rainer Maria Rilke) zu verhindern. Zweitens wird ein sinnvoller und dem Menschen angemessener Einsatz medizinischer Massnahmen gefordert: Damit verbunden sind hauptsächlich schwierige Entscheidungen zum Behandlungsabbruch und -verzicht, die zum Ziel haben, Über- und Unterbehandlungen insbesondere von Menschen im hohen Alter und von Sterbenden zu verhindern. Drittens wird die Regelung und Etablierung der Beihilfe zum Suizid gefordert. Ziel dieses Vorschlags ist es, Sterbewilligen zu ermöglichen, ihr Leben – unter Umständen mit Hilfe anderer – selbst zu beenden.

Die aus ethischer und rechtlicher Sicht problematischste Forderung ist die nach einer Etablierung der Beihilfe zum Suizid, insofern damit Akte der Lebensverfügung und eine

- Hawthorne G.*: Perceived social isolation in a community sample: its prevalence and correlates with aspects of peoples' lives. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Nr. 43, 2008, S. 140–150.
- Heelan P.A.*: The lifeworld and scientific interpretation. In: K. S. Toombs (Hrsg.): *Handbook of Phenomenology and Medicine*. Dordrecht: Kluwer Academic, 2001.
- Hicks T.J.*: What is your life like now? Loneliness and elderly individuals residing in nursing homes. In: *J Gerontol Nurs*, Nr. 26, 2000, S. 15–19.
- Höflicher J., Brunner G.*: Bericht 2010 zur demografischen Entwicklung der älteren Bevölkerung – Massnahme 1 des Ausführungsplans der Altersplanung, Stand 2005. Winterthur, Altersforum Winterthur, 2010.
- Höpflinger F.*: Soziale Beziehungen im Alter – Entwicklungen und Problemfelder. In: www.hoepflinger.com (20.9.2009). Retrieved (01.8.2010).
- Höpflinger F., Hugentobler V.*: Familiäre, ambulante und stationäre Pflege im Alter. Perspektiven für die Schweiz. Hans Huber, Bern, 2005.
- Iecovich E., Carmel S., Bachner Y.G.*: Where they want to die: correlates of elderly persons' preferences for death site. In: *Social Work in Public Health*, Nr. 24, 2009, S. 527–542.
- Imhof L., Zigan N.*: Präventive Beratung – ein Angebot der Spitex Zürich. Evaluation der Fachstelle für präventive Beratung. Winterthur: ZHAW, 2010.
- Kalmeman D., Krueger A.B., Schkade D.A., Schwarz N., Stone A.A.*: A survey method for characterizing daily life experience: the day reconstruction method. In: *Science*, Nr. 306, 2004, S. 1776–1780.
- Käppeli S.*: Vom Glaubenswerk zur Pflegewissenschaft. Hans Huber, Bern, 2004.
- Kesselring A., Krulik T., Bichsel M., Minder C., Beck J.C., Stuck A.E.*: Emotional and physical demands on caregivers in home care to the elderly in Switzerland and their relationship to nursing home admission. In: *European Journal of Public Health*, Nr. 11, 2001, S. 267–273.
- Kleinman A.*: *The Illness Narratives: Suffering, Healing & the Human Condition*. Basic Books, New York, 1988.
- Madörin M.*: Neoliberalismus und die Reorganisation der Care-Ökonomie. In: *Denknetz-Jahrbuch* (Hrsg.): *Zur politischen Ökonomie der Schweiz. Eine Annäherung*, Zürich, edition 8, 2007.
- Mahrer Imhof R.*: Selbstmanagement der Patientinnen und Patienten: Ein Konzept des Empowerment oder der Entsolidarisierung unserer Gesellschaft? In: *Pflege*, Nr. 18, 2005, S. 342–344.
- Marckmann G.*: Prinzipienorientierte Medizinethik im Praxistest. In: O. Rauprich und F. Steger (Hrsg.): *Prinzipienethik in der Biomedizin. Moralphilosophie und medizinische Praxis*, S. 398–415. Campus, Frankfurt, 2005.
- Nicholson N.R. Jr.*: Social isolation in older adults: an evolutionary concept analysis. In: *Journal of Advanced Nursing*, Nr. 65, 2009, S. 1342–1352.
- Palheinen H.*: Loneliness of the elderly – a challenge for nursing [Finnish]. In: *Sairaanhoitaja*, Nr. 74, 2001, S. 30–31.
- Phillips S., Benner P.*: *The Crisis of Care: affirming and restoring caring practices in the helping professions*. Georgetown University Press, Washington D.C., 1994.
- Savikko N., Rowtasalo P., Tivvis R.S., Strandberg T.E., Pitkala K.H.*: Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. In: *Arch Gerontol Geriatr*, Nr. 41, 2005, S. 223–233.
- Shiovitz-Ezra S., Ayalon L.*: Situational versus chronic loneliness as risk factors for all-cause mortality. In: *Int Psychogeriatr*, Nr. 22, 2010, S. 455–462.
- Taylor C.*: Philosophical reflections on caring practices. In: S. S. Phillips und B. Patricia (Hrsg.): *The Crisis of Care*, S. 174–187. Washington D.C., Georgetown University, 1994.
- Theeke L.A.*: Predictors of loneliness in U.S. adults over age sixty-five. In: *Arch Psychiatr Nurs*, Nr. 23, 2009, S. 387–396.
- Wimingham R.G., Pike N.L.*: A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults' social support networks and decrease loneliness. In: *Aging Ment Health*, Nr. 11, 2007, S. 716–721.
- World Health Organization (WHO)*: *Innovative care for chronic conditions: Building blocks for actions*. Genf, 2002.
- Yarcheski A., Mahon N.E., Yarcheski T.J., Camella B.L.*: A meta-analysis of predictors of positive health practices. In: *J Nurs Scholarsh*, Nr. 36, 2004, S. 102–108.

Einschränkung des rechtlich verankerten Lebensschutzes verbunden sind. Die bestehende Praxis der Beihilfe zum Suizid in der Schweiz ist zudem davon geprägt, dass sich Menschen auch ausserhalb der eigentlichen Sterbephase mit Hilfe anderer das Leben nehmen, beispielsweise aufgrund von Behinderungen, psychischen Krankheiten oder drohender Pflegebedürftigkeit. Menschen im hohen Alter sind ganz besonders von dieser Praxis betroffen. Im Folgenden werde ich auf der Grundlage einiger Fakten zur Suizidalität im Alter zentrale ethische Aspekte diskutieren und auf Präventionsmöglichkeiten eingehen.

1. Suizidalität und Suizidbeihilfe im Alter

In der Schweiz sterben jährlich ungefähr 1300 Menschen durch Suizid. Bei 90 Prozent der Betroffenen wird eine psychische Krankheit vermutet, bei rund zwei Dritteln eine Depression. Die Suizidrate liegt bei Männern höher als bei Frauen, steigt mit dem Alter kontinuierlich an, liegt bei Menschen über 75 Jahren weltweit am höchsten und gehört insbesondere im mittleren Alter in der Schweiz zu den häufigsten Todesursachen. Zwischen 1990 und 2006 ging die Anzahl Suizide in der Schweiz leicht, aber stetig zurück, wobei die Reduktion hauptsächlich bei den Männern zu verzeichnen war. Diese Entwicklungen stimmen mit internationalen Trends überein. Frauen setzen zur Selbsttötung am häufigsten Medikamente ein, Männer wählen am häufigsten das Erschiessen oder Erhängen.²

Das Schweizer Gesundheitsobservatorium definiert den Suizid in Anlehnung an die WHO als eine Handlung mit tödlichem Ausgang, bei der ein Individuum absichtlich ein Verhalten mit dem Ziel durchführt, das eigene Leben zu beenden.³ Suizidversuche, die getrennt von den Suiziden zu betrachten sind, eher appellativen Charakter haben und von ihrer Anlage her nicht tödlich enden (sollen), werden etwa zehnmal häufiger praktiziert als Suizide, nehmen aber mit zunehmendem Alter stark ab und spielen bei Hochaltrigen keine wesentliche Rolle mehr. Wichtige Risikofaktoren für einen Suizid im Alter sind Depressionen, schwere körperliche Krankheiten, Hoffnungslosigkeit, eine subjektiv als schlecht empfundene Gesundheit, das Fehlen von Vertrauenspersonen und sozialer Unterstützung und schliesslich die Verwitmung, letztere insbesondere bei Männern.⁴

Über die Praxis der Beihilfe zum Suizid in der Schweiz liegen keine präzisen Angaben vor: Offensichtlich erhalten gegenwärtig jährlich etwa 400 Menschen durch Organisationen wie Exit und Dignitas Beihilfe zum Suizid; über eine darüber hinaus bestehende individuelle Praxis ist nichts bekannt, obgleich jeder Suizid, also auch der begleitete, als unnatürlicher Todesfall polizeilich untersucht wird.⁵ Die Anzahl begleiteter Suizide hat in den letzten Jahren offenbar stark zugenommen, und zwar von zirka 270 im Jahr 2003 auf die genannten 400 im Jahr 2007. Auffällig ist, dass sogar in einem Bericht des eidgenössischen Departements des Innern von 2009 die Anzahl begleiteter Suizide in der Schweiz lediglich über die unkontrollierten Angaben auf den Homepages der Sterbehilfeorganisationen belegt werden. Im

Rahmen einer 2008 abgeschlossenen Nationalfondsstudie, die sich mit der Praxis von Schweizer Sterbehilfegesellschaften in den Jahren 2001 bis 2004 beschäftigt hat, konnte gezeigt werden, dass im untersuchten Zeitraum weitaus mehr Frauen als Männer die Beihilfe zum Suizid in Anspruch nahmen und die Anzahl Sterbewilliger, die sich nicht am Lebensende befanden, signifikant zunahm. Unter den untersuchten Beihilfen zum Suizid, die Exit Deutsche Schweiz damals in der Stadt Zürich durchgeführt hat, befanden sich etwa ein Drittel der Betroffenen ausserhalb einer terminalen Situation.⁶ Knapp zwei Drittel der insgesamt 421 untersuchten Suizidbegleitungen betrafen Menschen, die über 65 Jahre alt waren, wovon die überwiegende Mehrheit im Alter zwischen 65 und 84 und nur etwa ein Sechstel über 84 Jahre alt war. Nahezu zwei Drittel der Sterbewilligen waren aus dem Ausland ange- reist, davon mit Abstand der grösste Teil aus Deutschland.⁷

Über die Motive der 165 Menschen, die zwischen 2001 und 2004 in der Stadt Zürich von Sterbehilfeorganisationen beim Suizid begleitet wurden, ist Folgendes bekannt: Die verschreibenden Ärzte und Sterbewilligen gewichteten gleichermaßen als Gründe für den Sterbewunsch vor allem Schmerzen, dazu Pflegebedürftigkeit, neurologische Symptome, Einschränkungen der Mobilität und Atemnot. Von den Sterbewilligen weit häufiger als von den Ärzten als Motive angegeben wurden der Wunsch nach Kontrolle über die Umstände des Sterbens, der Verlust der Würde, Schwäche, die Unfähigkeit, an Aktivitäten teilzunehmen, welche das Leben angenehm machen, Schlaflosigkeit und Verlust der Konzentrationsfähigkeit.⁸

Ein internationaler Vergleich ist nur mit Ländern sinnvoll, wo die Beihilfe zum Suizid wie in der Schweiz strafrechtlich nicht verboten ist, und das sind neben den US-amerikanischen Staaten Oregon und Washington weltweit einzig die Benelux-Staaten. Für einen Vergleich relevante Zahlen liegen allerdings lediglich aus Oregon vor, wo die ärztliche Beihilfe zum Suizid bereits seit 1997 erlaubt ist und gut dokumentiert wird. In Washington und Luxemburg besteht diese Möglichkeit dagegen erst seit 2009, sodass noch keine Zahlen vorliegen; in den Niederlanden ist die ärztliche Beihilfe zum Suizid zwar bereits seit 2002 erlaubt, wird auch praktiziert und öffentlich dokumentiert, ist aber zahlenmässig relativ unbedeutend, da hier – wie in Belgien und neu auch in Luxemburg – mit der ärztlichen Tötung auf Verlangen eine von vielen Sterbewilligen vorgezogene Alternative besteht. In den Niederlanden zum Beispiel lag die allgemeine Suizidrate 2007 wesentlich tiefer als in der Schweiz (8,7 auf 100 000 Einwohner im Jahr gegenüber 14,9 in der Schweiz). Dort wurde im Jahr 2008 in 2146 Fällen eine ärztliche Tötung auf Verlangen und in 152 Fällen eine ärztliche Suizidbeihilfe geleistet, wobei deren Anzahl seit 2001 stetig abnimmt. Zudem ist zu veranschlagen, dass die Anzahl Sterbender in den Niederlanden im Vergleich zur Schweiz pro Jahr etwa doppelt so hoch liegt.⁹ In Oregon haben zwischen 1997 und 2007 insgesamt 340 Personen ärztliche Beihilfe zum Suizid erhalten; betroffen waren zwischen 16 und 46 Personen im Jahr, wobei die Tendenz insgesamt leicht steigend ist.¹⁰ Obgleich die Bevölkerung Oregons im Vergleich zur schweizerischen nur etwa halb so gross ist, zeigen die Angaben

klar, dass die Praxis der ärztlichen Suizidbeihilfe in Oregon quantitativ gesehen eine weitaus geringere Rolle spielt als in der Schweiz. Dabei ist allerdings zu beachten, dass in Oregon für Sterbewillige eine Residenzpflicht besteht, somit der sogenannte «Suizidtourismus», wie er in der Schweiz besteht, nicht möglich ist.

Sowohl die Suizide alter Menschen als auch die Praxis der Suizidbeihilfe, die grösstenteils ältere Menschen betrifft, sind Ausdruck der Suizidalität im Alter. Unter «Suizidalität» wird nach Manfred Wolfersdorf in einem sehr weiten Sinne die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen eines Menschen oder einer Gruppe verstanden, der oder die in Gedanken oder durch eigenes Handeln den Tod gezielt anstrebt oder ihn durch Unterlassung in Kauf nimmt.¹¹ Diese Definition macht deutlich, dass das Phänomen der Suizidalität oder Lebensmüdigkeit breiter zu verstehen und viel häufiger ist als die Suizidpraxis im oben dargelegten Sinne. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass die Suizidalität nicht als Krankheit oder Krankheitssyndrom angemessen zu verstehen ist, auch wenn sie häufig mit der Auseinandersetzung mit einer psychischen oder physischen Krankheit einhergeht. Vielmehr handelt es sich um eine menschliche Möglichkeit, wenn auch eine radikale und unwiderrufliche, die fast immer Ausdruck von Einengung durch subjektiv erlebte oder objektive Not ist. Suizidalität lässt sich in der Regel als krisenhafte Zuspitzung einer als ausweglos empfundenen Lebenssituation erklären.¹² Bei älteren Menschen, so der deutsche Gerontopsychiater Peter Netz, liegen sehr oft körperliche und psychische Erkrankungen vor sowie Probleme im sozialen Umfeld wie zwischenmenschliche Konflikte, zunehmende Isolation und Vereinsamung.¹³ Seines Erachtens ist eine absolut sichere Abschätzung eines Suizidrisikos unmöglich, auch wenn Populationsgruppen mit erhöhtem Risiko bekannt sind.

Eine besondere Aufmerksamkeit entsteht gegenwärtig rund um die Frage nach einem Suizid bei beginnender Demenz.¹⁴ Angesichts der für die nächsten Jahre zu erwartenden Zunahme von Demenzerkrankungen dürfte diese schwierige Debatte an Bedeutung noch gewinnen. Die Herausforderungen, die mit dieser Frage verbunden sind, verdanken sich drei Besonderheiten: Erstens stehen bei sterbewilligen Menschen mit ersten Symptomen einer Demenzerkrankung in der Regel nicht behandelbare Depressionen oder Vereinsamung im Zentrum der Aufmerksamkeit, sondern Ängste vor einer chronischen Erkrankung mit typischem und irreversiblen Verlauf, der mit dem Verlust der Selbstbestimmung verbunden ist und in gewisser Weise schutzlos macht.¹⁵ Zweitens enthalten Entscheidungen zur Lebensbeendigung bei beginnender Demenz implizite Lebenswerturteile, die zu Recht umstritten sind und nicht verallgemeinert werden können. Drittens werden aufgrund der mit der Krankheit verbundenen Persönlichkeitsveränderungen die Grenzen von Patientenverfügungen deutlich: Gemäss dem niederländischen «Gesetz zur Kontrolle von Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei Selbsttötung» ist es zwar möglich, in einer Patientenverfügung für den Fall einer Urteilsunfähigkeit die Lebensbeendigung durch den Arzt zu verlangen, de facto aber wird dies im Fall einer Demenz nie umgesetzt, da es für einen Arzt unmöglich ist, das Leben eines Patienten zu beenden, der an seinem aktuellen Zustand offensichtlich nicht

leidet. Die ethisch und rechtlich umstrittene Frage ist dann, welcher Wille zählt: der aktuelle Wille eines offensichtlich lebensfrohen Menschen oder der zuvor in einem sogenannten «Odysseus-Kontrakt» festgelegte.¹⁶

2. Ethische Überlegungen

Die Auseinandersetzung mit dem menschenwürdigen Sterben im Alter ist keineswegs ein Thema der Spät- oder Postmoderne, das erst durch die Technisierung der Medizin, den modernen Individualismus und die Pluralisierung von Werthaltungen entstanden wäre, sondern es ist sozusagen ein Menschheitsthema. Faszinierend zu sehen ist, dass bereits im antiken Athen und Rom die Themen Alter, Sterben und Suizid auf der Basis ähnlicher Erfahrungen (Demenz, Suizidalität und Suizidbeihilfe) mit nahezu denselben ethischen Argumenten wie heute diskutiert wurden.¹⁷

Wie bei allen komplexeren Ethikdebatten geht es auch hier sowohl um normative als auch um eudaimonistische (von «Eudaimonia», wörtlich übersetzt: einen guten Dämon haben, Glück) Aspekte, um Fragen des gerechten und geglückten Lebens also, die zunächst einmal getrennt zu diskutieren, letztlich aber stark aufeinander bezogen sind. Normen sind Verbote, Gebote und Erlaubnisse, wie sie auch im Recht eine zentrale Rolle spielen. So wird beispielsweise im Schweizer Strafgesetzbuch im Artikel 115 verboten, einen Menschen aus selbstsüchtigen Beweggründen beim Suizid zu begleiten. Die Aufgabe des Rechts wie auch der Ethik besteht zunächst darin, Normen wie diese, die im Kontext der Suizidalität im Alter das Recht auf Selbstbestimmung und den staatlich verankerten Lebensschutz betreffen, möglichst plausibel zu begründen. Im Zuge dieser Begründungsbemühungen geht es wesentlich um die Auslegung oder Interpretation zentraler Begriffe, bezüglich des Artikels 115 konkret um die Interpretation des Adjektivs «selbstsüchtig» (im französischsprachigen Strafgesetzbuch mit «égoïste», im italienischsprachigen mit «egoistici» wiedergegeben). Ist es bereits als selbstsüchtig zu bezeichnen, wenn sich eine Organisation die durch eine Beihilfe entstehenden Kosten bezahlen lässt? Vermutlich nicht. Aber wie ist dies einzuschätzen, wenn ein gewisser Stundenlohn dazuberechnet wird oder eine Studentin ihre Monatsmiete über Sterbebegleitungen finanziert: Wäre das im Sinne der gesetzlichen Norm bereits egoistisch? Was lässt sich bezüglich der Berücksichtigung von Werbekosten einer Sterbehilfeorganisation im Ausland sagen, die etwa bei der Schweizer Dignitas relativ hoch sein dürften: Wäre das im Sinne der bestehenden Rechtsnorm noch akzeptabel? Allein dieser Aspekt macht deutlich, dass auch zunächst klar scheinende Normen in ihrer ethischen Begründung und rechtlichen Anwendung stets interpretationsbedürftig bleiben.

Eudaimonistische Fragen betreffen dagegen Vorstellungen von einem lebenswerten, geglückten oder sinnvollen Leben. Aus ethischer Sicht stehen hier Sinn- und Identitätsfragen, Menschenbilder und Wertvorstellungen zur Debatte, die in der Regel individuell sehr

unterschiedlich eingeschätzt werden, obgleich auch – gerade im hier zur Diskussion stehenden Bereich – kulturell verankerte und gesellschaftlich verbreitete Haltungsmuster bestehen. Geht es um die Suizidalität im Alter, stehen Bewertungen von Pflegebedürftigkeit, Abhängigkeit, Verlust der Urteilsfähigkeit, Leiden und Schmerzen, von mangelnder Kontrolle über die Umstände des Sterbens oder vom Verlust der Würde im Zentrum der Aufmerksamkeit, die nicht umsonst von Suizidwilligen als Hauptmotive für ihren Entschluss angegeben werden. Das Angewiesensein auf andere Menschen und die Pflegebedürftigkeit sind im moralischen Sinne zunächst einmal weder gut noch schlecht, sondern menschliche Gegebenheiten, die je nach individuellem Selbstverständnis und kulturellem Hintergrund unterschiedlich bewertet werden. In biblischer Perspektive beispielsweise sind das Angewiesensein der Menschen aufeinander und nicht zuletzt die Abhängigkeit des Menschen von Gott, also die menschliche Relationalität, Basis der *condition humaine*. Daher können problematische Befindlichkeiten diesbezüglich auch im hohen Alter aus christlicher Sicht nicht grundsätzlich negativ bewertet werden. Hinsichtlich der Bewertung des Suizids kommt entscheidend hinzu, dass sich dessen gesellschaftliche Einschätzung in der Schweiz in den letzten Jahrzehnten grundlegend gewandelt hat. Bestand noch vor einigen Jahrzehnten ein breiter gesellschaftlicher Konsens, dass die Selbsttötung «gegen die guten Sitten verstosse» und einzig durch eine psychische Erkrankung und die damit verbundene Einschränkung des freien Willens entschuldigt werden kann, ist diese Position heute weitgehend zugunsten einer liberalen Einschätzung verschwunden. Ein moralisches Recht auf die Verfügung über das eigene Leben speziell in ausweglosen Lebenssituationen wird gesellschaftlich heute kaum mehr in Frage gestellt.

Hinsichtlich normativer Aspekte ist zunächst ein Hinweis auf das Verständnis der Menschenwürde hilfreich. Unter der Menschenwürde wurde historisch und wird auch in den aktuellen Auseinandersetzungen um den Suizid sehr Unterschiedliches verstanden, sowohl hinsichtlich des Inhalts als auch der Frage, wer als Trägerin oder Träger der Menschenwürde anzusehen sei. Inhaltlich meint die Achtung der Menschenwürde stets zweierlei: die Anerkennung der Freiheit oder Autonomie des Menschen einerseits und den Lebensschutz andererseits. Beide Aspekte bedingen einander: Freiheit ist nur dann tatsächlich lebbar, wenn sie grundsätzlich geachtet wird, auch und insbesondere bei vulnerablen Menschen wie Neugeborenen, Dementen oder Gebrechlichen. Umgekehrt ist der Schutz des menschlichen Lebens nur deshalb sinnvoll, weil es um den Schutz freier, und das heisst moralisch verantwortlicher Wesen geht. Aufgrund der allen zukommenden Würde ist menschliches Leben grundsätzlich zu schützen und das Töten eines Menschen verboten. In der christlichen Tradition wurden allerdings stets Ausnahmen von diesem Tötungsverbot eingeräumt, und zwar bei der Notwehr, im Krieg und bei der Todesstrafe, womit deutlich gemacht wurde, dass das menschliche Leben zwar ein grundlegendes, jedoch kein absolutes Gut ist.

Die Selbsttötung hingegen war in dieser Tradition stets verboten, weil sie als eine unberechtigte Verfügung über das Leben beurteilt wurde. Aus philosophischer Sicht hat das

Immanuel Kant genauso gesehen: Ob ich mir selbst das Leben nehme oder jemand anderem, ist grundsätzlich gleichermassen verwerflich, weil es einer Selbstaufhebung der Freiheit und einer Missachtung der menschlichen Würde gleichkomme. Anders beurteilen dies philosophische Ethiken etwa in der Tradition John Stuart Mills und des Utilitarismus, welche die individuelle Freiheit höher gewichten als den Lebensschutz. In diesem Denken ist jeder und jede frei, nach eigenen Vorstellungen zu handeln, solange kein anderer Mensch von den Folgen mitbetroffen ist. In diesem zweiten Sinne ist häufig davon die Rede, der Mensch habe ein Recht auf einen würdigen Tod, wobei unter «Würde» etwas anderes verstanden wird als bei Immanuel Kant, nämlich das konkrete Befinden eines Menschen angesichts unerträglicher Schmerzen, bei drohendem Identitätsverlust oder fehlender Selbständigkeit.¹⁸ In diesem zweiten Sinne des Würdeverständnisses wird auch im Bereich der Palliative Care heute eine sogenannte «Dignity-Therapy» (wörtlich: «Würde-Therapie») angeboten, bei der es um die Linderung der psychosozialen und existenziellen Not von Patienten am Lebensende geht.¹⁹

Diese Feststellungen zum Prinzip der Achtung der Menschenwürde sollen zweierlei zeigen: Erstens wird unter Achtung der Würde Verschiedenes verstanden: zum einen eine Grundbedingung menschlichen Seins, die unverlierbar ist und einen weitgehenden Lebensschutz begründet, zum andern das konkrete Befinden eines Menschen, das würdig im Sinne von lebenswert oder unwürdig im Sinne von unmenschlich sein kann; zudem transportiert das Verständnis von Menschenwürde grundlegende Vorstellungen vom Menschen oder Menschenbilder, die selbst wieder Gegenstand kontroverser Debatten sind. Es ist beispielsweise nicht unerheblich für den Stellenwert der Achtung der Würde, ob die Gottebenbildlichkeit des Menschen als tiefere Begründung für sie vorausgesetzt wird oder nicht. Der Hinweis auf die zu achtende Würde hilft nur dann weiter, wenn auch die zugrunde liegenden Menschen-, Welt- und Gottesbilder thematisiert werden.²⁰

Über diese grundlegenden Aspekte hinaus sind in der Auseinandersetzung mit der Suizidalität im Alter konkretere, ebenfalls normativ relevante Überlegungen anzustellen. Wesentlich ist zunächst, dass ein Suizid nicht nur für die Betroffenen selbst, sondern in der Regel auch für deren Familien und das weitere soziale Umfeld unter Umständen enorme materielle und psychische Konsequenzen hat. So können starke und belastende Schuldgefühle bei Kindern und Enkeln entstehen, die aufgrund der Endgültigkeit einer Suizidhandlung nicht selten zu einer lebenslangen Belastung werden. Selbst wenn ein Suizidwunsch im Einvernehmen mit den Angehörigen und mit einer Sterbehilfeorganisation umgesetzt wurde, ist es nicht selten, dass eine solche Entscheidung anschliessend zu einem Schlüsselthema im Leben der Hinterbliebenen wird. Dieser Aspekt wird in den auf die Autonomie konzentrierten Debatten notorisch unterschätzt. Mit Blick auf die Praxis der Suizidbeihilfe bleibt hervorzuheben, dass die Rolle des Suizidbegleiters schwierige Fragen aufwirft. Der Beistand ist ja nur unter der Bedingung möglich, dass auch der Begleiter von der Richtigkeit der Entscheidung des Suizidwilligen überzeugt ist, womit ein sehr hohes Mass an Verantwortung

verbunden ist. Das erwähnte niederländische Gesetz fordert beispielsweise, dass ein Arzt gemeinsam mit dem Patienten zur Überzeugung gelangt sein muss, dass es für dessen Situation keine andere annehmbare Lösung als den Suizid oder die Tötung mehr gebe. Wie sicher kann ein Arzt in einer solchen Situation sein? Wie gut muss er jemanden kennen, um zu dieser Überzeugung zu gelangen? Wie gut kann ein Begleiter zwischen echten Gefühlen des Mitleids und dem Sog negativer, depressiver Gefühle einer sterbewilligen Person unterscheiden? Neben diesen Bedenken sind aus ethisch-normativer Sicht schliesslich auch die Folgen einer etablierten Praxis mitzubedenken, insbesondere Missbrauchs- und Ausweitungsgefahren. Der starke Rückgang der ärztlichen Beihilfe zum Suizid und zur Tötung auf Verlangen in den vergangenen Jahren in den Niederlanden hat sicherlich damit zu tun, dass Ärztinnen und Ärzte sich weigern, Menschen ausserhalb der eigentlichen Terminalphase zum Sterben zu verhelfen, um damit unerwünschten Ausweitungserscheinungen entgegenzuwirken.

Auch Vorstellungen von einem geglückten Leben und damit Sinnfragen sind aus ethischer Sicht von Bedeutung. Über den Umweg gesellschaftlich verbreiteter Werthaltungen wirken sich diese auch auf die normative Einschätzung der Suizidalität im Alter aus. Für weiterführend halte ich die Beobachtung der Berner Soziologin Ursula Streckeisen, heute entstehe die Vorstellung einer biografisch abgrenzbaren Sterbephase. Diese Phase sei geprägt von Abhängigkeit, Autonomieverlust, Pflegebedürftigkeit, Depressivität, Schmerzen, Leiden und werde entsprechend negativ bewertet.²¹ Gleichzeitig entstünden – gleichsam als institutionelles Pendant – Institutionen und Berufe wie Sterbeexpertinnen und -experten, die sich speziell um Menschen in dieser Phase kümmern und die Idee einer isolierten Sterbephase unterstützen. Auch wenn nicht bestritten werden kann, dass sich gewisse Phänomene wie Pflegebedürftigkeit, Abhängigkeit, Depression, Schmerzen und Isolation in der letzten Lebensphase häufen, ist es doch unbestreitbar so, dass sehr viele Menschen diese Erfahrungen bereits «mitten im Leben» machen, sodass die Idee einer biografisch abgrenzbaren Phase, in der alle diese negativ konnotierten Erfahrungen verdichtet erlebt werden, ideologiekritisch zu hinterfragen ist.

Dazu möchte ich eine Beobachtung schildern und eine sozialetische Forderung formulieren: Offensichtlich besteht ein innerer Zusammenhang zwischen der Idee, Leiden, Abhängigkeit, Depressionen usw. seien die typischen Kennzeichen der allerletzten Lebensphase, und der Praxis, dieser durch einen Suizid zuvorzukommen. Auch wenn diese Konstellation in Einzelfällen durchaus zutreffen mag, lebt sie als gesellschaftlich verbreitete Grundhaltung vom Irrtum, alle diese negativ bewerteten Zustände liessen sich auf die letzte Lebensphase eingrenzen und so aus dem Leben verdrängen. Um der Ausweitung der Suizidbeihilfepraxis etwas entgegenzusetzen, kommt es darum heute aus sozialetischer Sicht darauf an, diese negativ konnotierten und biografisch exkludierten Erfahrungen wieder in unser alltägliches Leben zu integrieren: Es ist normal, abhängig von anderen zu sein, Leid gehört zum Menschsein dazu, selbst ein Autonomieverlust ist nicht gleichzusetzen mit dem Verlust der Identität und dem Entzug von Anerkennung.²²

Alle diese ethischen Überlegungen sind nur sinnvoll, wenn angenommen wird, dass ein Suizid auf freier Willensentscheidung beruhen kann und nicht per se als Krankheitssymptom zu verstehen ist. In der Suizidforschung wird die Möglichkeit eines «Bilanzsuizids» nicht grundsätzlich in Frage gestellt, wenn auch zu Recht betont wird, dass Suizide häufig auf psychische Erkrankungen zurückzuführen sind. Der Entscheid, sein eigenes Leben zu beenden, kann sowohl Symptom einer psychischen Erkrankung als auch – selbst bei psychisch kranken Menschen – ein Freiheitsentscheid sein, der unter Umständen in der Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung entstanden ist.²³ Diese grundlegende Einschätzung ist für die ethische Beurteilung, ganz besonders aber auch für die Ausgestaltung möglicher Präventionsmassnahmen, von Bedeutung.

3. Prävention und ihre Aufgaben

Die Suizidprävention bei Menschen im hohen Alter sieht sich im Vergleich zur allgemeinen Suizidprävention mit zwei Besonderheiten konfrontiert: erstens mit der Tatsache, dass die Betroffenen angesichts ihres Alters bereits viele Menschen aus ihrem vertrauten Umfeld verloren haben und die Wahrscheinlichkeit gross ist, dass auch die letzten Vertrauenspersonen noch sterben und so Trauer und Isolation noch zunehmen; zweitens mit der natürlich bedingten Todesnähe und einer Reihe altersbedingter körperlicher und psychischer Einschränkungen bis hin zur Demenz. Eine wirksame Suizidprävention, die dem Erleben von Einengung, Ausweglosigkeit, Hoffnungslosigkeit, existenziellen Ängsten vor dem Ausgeliefertsein und Schmerzen bei Menschen im hohen Alter entgegenwirken möchte, muss darum im Kern auf zwei Elementen aufbauen: einerseits dem Erhalt und der Förderung von Vertrauensbeziehungen, andererseits der Gewährleistung einer angemessenen medizinisch-pflegerischen Versorgung im Sinne der Palliative Care.

Insoweit es um Beziehungsfähigkeit und Aneignung von Möglichkeiten zur Bewältigung akuter Lebenskrisen geht, ist eine sinnvolle Präventionsperspektive auf die gesamte Biografie von Menschen auszuweiten und umfasst entsprechend viele mögliche Public-Health-Massnahmen, die sich an die Bevölkerung allgemein richten und versuchen, ein «antisuizidales Klima» (Peter Netz) in der Gesellschaft herzustellen (Primärprävention). Auf sie soll hier nicht näher eingegangen werden. Eindeutiger lassen sich Massnahmen zur Früherkennung und zur Intervention bei suizidgefährdeten Menschen oder bei Menschen in akuten Krisen benennen, die sich in erster Linie an therapeutisch Tätige, insbesondere Ärzte, darüber hinaus aber auch an Familien, Angehörige und Bekannte von Betroffenen richten (Sekundärprävention). Mit Peter Netz ist hier zu betonen, dass zwar die allgemeinen Risiken bekannt sind und man auch über die individuellen Verläufe relativ viel weiss, beispielsweise dank dem aus der Psychiatrie stammenden Erklärungsansatz des präsuizidalen Syndroms, trotzdem aber eine sichere Einschätzung eines aktuellen Suizidrisikos und einer zukünftigen

Suizidgefährdung unmöglich ist.²⁴ Wichtig ist offensichtlich, das Thema Suizidalität bewusst anzusprechen, wenn etwa spontane Schilderungen von Hoffnungs- und Hilflosigkeit, Selbstentwertung, Schuldgefühlen, innerer Unruhe, ängstlicher Ratlosigkeit oder psychomotorischer Hemmung vorliegen. In einer akuten Krise kommt es darauf an, die suizidalen Absichten ernst zu nehmen und Verständnis für die Erwägung eines solch drastischen Schrittes zu zeigen. Peter Netz gibt zu bedenken, dass es wichtig sei, in einer solchen Krisensituation das Recht auf den eigenen Tod zu achten. Er schreibt: «Wer diese Achtung nicht erfährt, bringt sich eher um.»²⁵ Vertröstungen, Hinweise darauf, wie schön das Leben sein könne, Beschwichtigungen, Suizidwünsche von vornherein als krankhaft aufzufassen oder das Verabreichen von Medikamenten können eine Krise verschlimmern und führen in der Regel nicht zum Ziel.

Darüber hinaus sind Formen begleitender Unterstützung im lebensweltlichen Umfeld der Betroffenen präventiv wichtig, zum Beispiel in Form eines ambulanten Pflegedienstes oder einer gerontopsychiatrischen Ambulanz. Ein Kriseninterventionsdienst sollte rund um die Uhr zur Verfügung stehen, um dort wirksam werden zu können, wo die Krisen entstehen, nämlich bei den Betroffenen zuhause. Daneben sind die Aus- und Weiterbildung von Hausärzten und nicht zuletzt die Forschung von Bedeutung, letztere besonders zur Auswertung bereits ergriffener Massnahmen.

Suizidalität, die im Zusammenhang mit Demenzerkrankungen steht, verdient besondere Beachtung: Hier erhält die Bereitstellung von Palliative-Care-Massnahmen besonderes Gewicht. Die Schweizerische Alzheimervereinigung fordert in diesem Zusammenhang eine umfassende Begleitung und Betreuung demenzkranker Menschen. Zur Suizidproblematik und Praxis der Suizidbeihilfe bezieht sie keine Stellung, drückt aber ihr Verständnis gegenüber einem Suizidwunsch in einer Situation sich ankündigender Demenz aus und möchte mit Palliative Care eine Alternative zu einem Suizid bieten.²⁶ Die klinische Erfahrung zeigt, dass grösste Sorgfalt nötig ist, einen Suizidentschluss weder vorschnell als rational begründet zu betrachten, noch ihn ohne eingehende Prüfung als pathologisches Phänomen zu deuten. Julia Hartmann zeigt an einem konkreten Fall, dass Klärung und Reflexion viel Zeit und Aufmerksamkeit beanspruchen und dass Stellungbeziehen auch Mut erfordert.²⁷

4. Fazit

Im demografischen Vergleich liegt die Suizidrate bei Menschen über 75 Jahren international am höchsten, und auch die Praxis der Suizidbeihilfe in der Schweiz betrifft vor allem Menschen im hohen Alter. Risikofaktoren für einen Suizid im Alter sind Depressionen, schwere körperliche Krankheiten, Hoffnungslosigkeit, eine subjektiv als schlecht empfundene Gesundheit, zunehmende Isolation und Vereinsamung. Das Recht darauf, über das eigene Leben zu verfügen, wird ethisch kontrovers diskutiert. Wesentliche Aspekte zur ethischen

Beurteilung der Suizidalität sind neben der Autonomie der Sterbewilligen die Folgen für die Angehörigen und das soziale Umfeld, die weitreichende Verantwortung, die ein Begleiter bei einer Suizidbeihilfe zu übernehmen hat, und mögliche Missbrauchs- und Ausweitungerscheinungen einer etablierten Suizidbeihilfepraxis. Wesentlich sind zudem gesellschaftliche Grundhaltungen, wobei es gegenwärtig darauf ankommt, der Verdrängung von Erfahrungen wie Abhängigkeit, Pflegebedürftigkeit, Einschränkungen und Leiden entgegenzuwirken und sie als Grundgegebenheiten menschlicher Existenz anzuerkennen. Eine menschliche und wirksame Suizidprävention bei Menschen im hohen Alter basiert auf dem Ernstnehmen der Suizidwünsche und konzentriert sich zum einen auf den Erhalt und Aufbau von Vertrauensbeziehungen und zum andern auf die Gewährleistung einer angemessenen medizinisch-pflegerischen Versorgung im Sinne der Palliative Care.

- ¹ Seifert, 2003, S. 349.
- ² Obsan, 2009.
- ³ Ebd., S. 3.
- ⁴ Stoppe, 2008, S. 407.
- ⁵ EJPD, 2009, S. 10.
- ⁶ Fischer et al., 2008, S. 810.
- ⁷ Ebd., S. 812.
- ⁸ Fischer et al., 2009, S. 333.
- ⁹ Werner, 2009, S. 395.
- ¹⁰ Lindsay, 2009, S. 24.
- ¹¹ Hier zitiert nach Netz, 2005, S. 81.
- ¹² Netz, 2005, S. 82 f.
- ¹³ Ebd., S. 83.
- ¹⁴ Jens, 2009; Schweizerische Alzheimervereinigung, 2008; Hartmann et al., 2009; Schäubli-Meyer, 2010.
- ¹⁵ Vgl. Schweizerische Alzheimervereinigung, 2008.
- ¹⁶ Benannt nach dem antiken Helden, der sich bei seiner Vorbeifahrt an der Insel der Sirenen fesseln liess, weil er ahnte, dass er beim Hören der süssen Stimmen der Sirenen etwas anderes fordern würde, als er zuvor bei Verstand als sinnvoll erachtet hatte, nämlich ihn loszubinden und auf die Insel gehen zu lassen, was seinen sicheren Tod bedeutet hätte.
- ¹⁷ Vgl. dazu die brillante altertumswissenschaftliche Studie von Brandt, 2010.
- ¹⁸ In diesem zweiten Sinne ist beispielsweise der Buchtitel von Jens, Küng, 2009, gemeint.
- ¹⁹ Chochinov et al., 2005.
- ²⁰ Für die Bedeutung unterschiedlicher Gottesbilder im Hinblick auf die Bewertung des Suizids vgl. zum Beispiel Schäubli-Meyer, 2010, S. 80 f.
- ²¹ Mündliche Mitteilung, vgl. auch Streckeisen, 2008.
- ²² Vgl. dazu ausführlicher Zimmermann-Acklin, 2010, S. 231–335.
- ²³ Vgl. Wolfersdorf, 2008, S. 44.
- ²⁴ Netz, 2005, S. 86 f.
- ²⁵ Ebd., S. 87.
- ²⁶ Schweizerische Alzheimervereinigung, 2008, S. 1.
- ²⁷ Hartmann et al., 2009, S. 350.

- Brandt Hartwin*: Am Ende des Lebens. Alter, Tod und Suizid in der Antike. Verlag C. H. Beck, München, 2010.
- Chochinov Harvey Max, Hack Thomas, Hassard Thomas, Kristjanson Linda J., McClement Susan, Harlos Mike*: Dignity Therapy: A Novel Psychotherapeutic Intervention for Patients Near the End of Life. In: Journal of Clinical Oncology, 23. Jg., Nr. 24, 2005, S. 5520–5525.
- Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement (EJPD)*: Änderung des Strafgesetzbuches und des Militärstrafgesetzes betreffend die organisierte Suizidhilfe. Erläuternder Bericht, Bern, Oktober 2009.
- Fischer Susanne, Huber Carola A., Furter Matthias, Imhof Lorenz, Mabrer Imhof Romy, Schwarzenegger Christian, Ziegler Steven J., Bosshard Georg*: Reasons why people in Switzerland seek assisted suicide: the view of patients and physicians. In: Swiss Medical Weekly, 139. Jg., 2009, Nr. 23/24, S. 333–338.
- Fischer Susanne, Huber Carola A., Imhof Lorenz, Mabrer Imhof Romy, Furter Matthias, Ziegler Steven J., Bosshard Georg*: Suicide assisted by two Swiss right-to-die organisations. In: Journal of Medical Ethics, 34. Jg., 2008, Nr. 11, S. 810–814.
- Hartmann Julia, Förstl Hans, Kurz Alexander*: Suizid bei beginnender Demenz. Medizinische und ethische Fragen. In: Zeitschrift für medizinische Ethik, Jg. 55, Nr. 4, 2009, S. 343–350.
- Jens Inge*: Ein Nachwort in eigener Sache. In: Jens Walter, Küng Hans (Hrsg.): Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung. Piper-Verlag, München, 2009, S. 199–211.
- Jens Walter, Küng Hans (Hrsg.)*: Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung. Piper-Verlag, München, 2009.
- Lindsay Ronald A.*: Oregon's Experience: Evaluating the Record. In: American Journal of Bioethics, 9. Jg., 2009, Nr. 3, S. 19–27.
- Netz Peter*: Suizidalität im Alter – Medizinische, rechtliche und gesellschaftliche Aspekte. In: Wolfslast Gabriele, Schmidt Kurt W. (Hrsg.): Suizid und Suizidversuch. Ethische und rechtliche Herausforderung im klinischen Alltag. Verlag C.H. Beck, München, 2005, S. 81–92.
- Schweizer Gesundheitsobservatorium Obsan*: Suizid und Suizidversuche (Mai 2009). In: Gesundheitsindikatoren des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. URL: http://www.obsandaten.ch/indikatoren/2_3_2/2009/d/232.pdf (12. 7. 2010)
- Schäubli-Meyer Ruth*: Alzheimer. Wie will ich noch leben – wie sterben? Oesch-Verlag, Zürich, 2010 (4. Aufl.).
- Schweizerische Alzheimervereinigung*: Stellungnahme: Suizidwünsche bei Menschen mit Demenz (30. 1. 2008). URL: http://www.alz.ch/d/data/data_377.pdf (28. 7. 2010)
- Seifert Kurt*: Art. «Viertes Alter». In: Carigiet Erwin, Mäder Ueli, Bonvin Jean-Michel (Hrsg.): Wörterbuch der Sozialpolitik. Rotpunktverlag, Zürich, 2003, S. 349–350.
- Stoppe Gabriela*: Depressionen im Alter. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, Jg. 51, 2008, Nr. 4, S. 406–410.
- Streckeisen Ursula*: Legitime und illegitime Schmerzen. Ärztliche und pflegerische Strategien im Umgang mit invasiven Massnahmen bei Sterbenden. In: Saake Irmhild, Vogd Werner (Hrsg.): Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2008, S. 191–213.
- Werner Micha*: Assistierter Suizid in den Niederlanden. In: Zeitschrift für medizinische Ethik, Jg. 55, 2009, Nr. 4, S. 392–401.
- Wolfersdorf Manfred*: Depression und Suizid. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, Jg. 51, 2008, S. 443–450.
- Zimmermann-Acklin Markus*: Bioethik in theologischer Perspektive. Grundlagen, Methoden, Bereiche. Herder-Verlag, Academic Press, Freiburg i. Br., Freiburg i. Üe., 2010 (2. Aufl.).