

Selbstbestimmung am Lebensende

Gerontologische Perspektiven und Praxisfelder

ALFONS MAURER



Einführung

Menschen werden älter. Der Anspruch auf selbstbestimmtes Leben ist auch im Alter und im hohen Alter gegeben und führt zu Fragen: Wie kann unter Bedingungen von Hilfeleistungen und erlebter Abhängigkeit Selbstbestimmung umgesetzt werden? Wie ist Selbstbestimmung bei einem Rückgang von Vitalität und Fitness und bei einer Zunahme von Einschränkungen (z.B. im Bereich Mobilität) gestaltbar? Wieviel Assistenz ist nötig? Und wie wirkt sich Assistenz auf die Selbstbestimmung aus? Auch hat sich der Anspruch auf selbstbestimmtes Leben inzwischen ausgeweitet auf den Anspruch auf selbstbestimmtes Sterben.

Der inhaltliche Fokus der Ausführungen liegt beim Begriff der Selbstbestimmung – ein Begriff mit einer langen Geschichte, vielfältigen Facetten und Implikationen. In der Philosophie des ausgehenden 18. Jahrhunderts (v.a. Immanuel Kant, Johann Gottlieb Fichte) etablierte sich die Selbstbestimmung als Schlüsselbegriff für die Erkenntnis der Welt und das Handeln in der Welt. Basierend auf Freiheit und einem freien Willen hat das Subjekt die Möglichkeit und die Aufgabe, das Leben nach seinen Vorstellungen zu gestalten. Im Folgenden geht es um die Selbstbestimmung am Lebensende, wobei Lebensende nicht nur auf den Sterbeprozess bezogen wird. Mit Lebensende wird hier eine Lebensphase betrachtet, welche die letzten Jahre des Lebens umfasst. Dabei wird Selbstbestimmung am Lebensende explizit in einer gerontologischen Perspektive thematisiert; hierbei werden auch praktische Erfahrungen mit der Selbstbestimmung in der letzten Lebensphase eingebracht.

Selbstbestimmung am Lebensende berührt zudem aktuell auch Themen und Sichtweisen, wie sie in einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts am 26.02.20 zum assistierten Suizid benannt wurden. Eine ausführlichere Befassung mit diesem Urteil finden Sie im nachfolgenden Text von Jean Pierre Wils.

Damit ergibt sich folgende Gliederung des vorliegenden Beitrags: Zunächst wird nach den Begriffen von ›Selbstbestimmung und Selbständigkeit‹ (1) gefragt. Danach werden einige ›relevante Praxisfelder von Selbstbestimmung am Lebensende‹ (2) vorgestellt, die ›Erwartungen an die Praxis der Selbstbestimmung‹ (3) erhoben, wie sie in Umfragen und Studien sichtbar werden. Ein weiterer Abschnitt ›Selbstbestimmung im Kontext einer Neuen Alternspsychologie‹ (4) befasst sich mit aktuellen gerontologischen Erkenntnissen, bevor dann in einem abschließenden Kapitel auf einige ›politische und philosophische Perspektiven‹ (5) zum Thema eingegangen wird.

1. Selbstbestimmung und Selbständigkeit – Zur Begrifflichkeit

Nach Peter Bieri (2011) hat die Selbstbestimmung zwei Lesarten. Eine erste Lesart lautet: «Wir wollen im Einklang mit unseren eigenen Gedanken, Gefühlen und Wünschen leben. Wir möchten nicht, dass uns jemand vorschreibt, was wir zu denken, zu sagen und zu tun haben» (Bieri 2011, S. 7 f). Eine so verstandene Selbstbestimmung verträgt keine äußere Tyrannei oder Fremdbestimmung, sei es noch so subtil. Das ist jedoch nicht mit dem Wunsch zu verwechseln, ohne Rücksicht auf andere die eigenen Interessen durchzusetzen. Eine zweite Lesart wird von Bieri folgend beschrieben: «Komplizierter (...) wird die Idee der Selbstbestimmung, wenn wir sie unter einer zweiten Lesart betrachten. Danach geht es nicht mehr um die Unabhängigkeit den Anderen gegenüber, sondern um die Fähigkeit, über sich selbst zu bestimmen» (ebd., S. 9 f). Es geht darum, in dem Sinne «der Autor und das Subjekt meines Lebens zu werden, indem ich Einfluss auf meine Innenwelt nehme, auf die Dimension meines Denkens, Wollens und Erlebens, aus der heraus sich meine Handlungen ergeben» (ebd).

Bieri fasst dann selbst zusammen:

«Selbstbestimmt ist unser Leben, wenn es uns gelingt, es innen und außen in Einklang mit unserem Selbstbild zu leben, wenn es uns gelingt, im Handeln, im Denken, Fühlen und Wollen der zu sein, der wir sein möchten. (...) Und umgekehrt: die Selbstbestimmung gerät an ihre Grenzen oder scheitert ganz, wenn zwischen Selbstbild und Wirklichkeit eine Kluft bleibt» (2011, S. 13).

Auch der Deutsche Ethikrat hat sich mit der Frage der Selbstbestimmung beschäftigt:

«Der Anspruch auf Selbstbestimmung der Person, aber auch als Kehrseite die Zumutung von Selbstbestimmung prägen das Ethos moderner Lebensführung. (...) Menschen können und müssen selbst entscheiden, wie sie leben wollen. Allerdings bleibt das Individuum auf die Solidarität der Gemeinschaft angewiesen. Niemand kann alleine leben. (...) Dass Selbstbestimmung der Stützung durch Solidarität bedarf, durch die sie in bestimmten Fällen überhaupt erst möglich wird, dürfte auch in der modernen Zivilgesellschaft unstrittig sein (Deutscher Ethikrat 2006, S. 9).

Eine zentrale Rolle nimmt der Begriff der Selbständigkeit im bereits angesprochenen Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 26.02.2020 ein, in dem der § 217 StGB «Verbot der geschäftsmäßigen Selbsttötung» als verfassungswidrig erklärt wurde. In der Urteilsbegründung wird dazu ausgeführt:

«Das allgemeine Persönlichkeitsrecht umfasst als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben. Dieses Recht schließt die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen.»

Es lässt sich hier festhalten: Selbstbestimmung liegt dann vor, wenn das Leben «im Einklang» mit dem Selbstbild des Menschen geschieht. Das Leben deckt sich mit der Vorstellung, wie sich der Einzelne sein Leben wünscht. Selbständigkeit ist die Fähigkeit, die Verrichtungen des täglichen Lebens und die Umsetzung dessen, was einem wichtig ist, aus eigener Kraft umsetzen zu können. Bei eingeschränkter Selbständigkeit bedarf der Betroffene Unterstützung und Hilfen, um selbstbestimmt leben zu können.

2. Praxisfelder von Selbstbestimmung im Alter / am Lebensende

Ältere Menschen leben ihre Selbstbestimmung und Selbständigkeit, solange sie gesund, rüstig und vital sind wie andere jüngere Menschen auch. Gesundheitliche Einschränkungen bei älteren und vor allem hochbetagten Menschen führen meist dazu, dass Hilfe, sei es durch Angehörige, durch Therapeuten oder durch Pflegedienste oder auch durch technische Assistenzen, in Anspruch genommen werden muss. Dies bedeutet Abhängigkeiten, die dann zu Gefährdungen – oder positiv formuliert – zu Herausforderungen von Selbständigkeit und Selbstbestimmung führen (können). In der Praxis der stationären Altenhilfe, der ambulanten Alten- und Krankenhilfe sowie generell in der Betreuung von vor

allem hochbetagten Seniorinnen und Senioren werden solche Gefährdungen und Herausforderungen vielfach sichtbar. Auf einige Praxisfelder, in denen sich dieses besonders zeigt, wird nun eingegangen:

a) Einschränkungen im Alter / am Lebensende

Ist eine Teilhabe an gesellschaftlichen und kulturellen Vorgängen ausreichend möglich? Die Einschränkungen der Selbstbestimmung und Selbständigkeit zeigen sich vor allem in alltäglichen Situationen. Aufgrund eingeschränkter Mobilität sind bestimmte Orte nicht erreichbar oder bestimmte Verkehrsmittel nicht mehr nutzbar. Die Mehrzahl hochbetagter Menschen haben Sinnesbehinderungen oder mindestens Einschränkungen in der Sinneswahrnehmung, so dass sie manches nicht mehr hören oder sehen können. In Gesprächen mit Ärzten (z.B. bei der Aufklärung vor einer OP in der Klinik) hören hochbetagte Menschen schlichtweg oft nicht, was gesagt wird. Der Arzt verlässt das Zimmer, und der Patient / die Patientin fragt bei anderen im Raum anwesenden Personen nach: Was hat er denn gesagt? Unser Alltag ist auf solche Einschränkungen in der Regel nicht vorbereitet oder rechnet nicht damit, so dass den hochbetagten Menschen bereits die Grundlage fehlt, auf der sie selbstbestimmt leben und handeln können.

Exkurs: Pflegebedürftigkeit und Selbstbestimmung

Es lohnt sich, einen ausführlicheren Blick in das Pflegeversicherungsgesetz zu richten, denn der Begriff der Pflegebedürftigkeit setzt ja gerade definitorisch Einschränkungen zumindest in der Selbständigkeit voraus, aus denen dann abgeleitet wird, dass der Versicherte durch die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und damit der Anerkenntnis vorhandener Einschränkungen Hilfen benötigt, die ihm dann wieder ein selbständiges und auch selbstbestimmtes Leben ermöglichen sollen.

Im § 2 des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) Selbstbestimmung ist dazu ausgeführt:

«Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen, auch in Form der aktivierenden Pflege, wiederzugewinnen oder zu erhalten».

Und wer als pflegebedürftig anerkannt wird und nach welchen Kriterien sich dies bemisst, wird in § 14 des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) geregelt:

«(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegfachlich begründeten Kriterien:

1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;
4. Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harnin-

kontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;

5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
 - in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
 - in Bezug auf Verbandwechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
 - in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
 - in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

(3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Absatz 2 genannten Bereiche berücksichtigt».

Ausschlaggebend ist also, herauszufinden, wie hoch der Grad an selbständigem Tun und Verrichten gegeben ist. Je nachdem, wie sehr dieses selbständige Tun eingeschränkt ist, wird entsprechend ein Hilfebedarf vermutet und es folgt daraus die Einstufung in einen der fünf Pflegegrade.

b) Einschränkungen durch Rahmenbedingungen und fehlende Infrastruktur

Nach der Bundesstatistik beziehen 4,9 Millionen Menschen in Deutschland

Leistungen aus der Pflegeversicherung. Diese Menschen brauchen Unterstützung durch andere, um selbstbestimmt leben zu können. Die Zuteilung eines Pflegegrades, mit dem eine Pflegebedürftigkeit anerkannt wird, setzt voraus, dass diese Einschränkungen mindestens für die Dauer von sechs Monaten gegeben sein muss. Darüber hinaus gibt es jedoch viele weitere ältere und hochbetagte Menschen, die aufgrund von Erkrankungen, Verletzungen oder Operationen – zumindest zeitlich befristet –, Hilfen und Unterstützung benötigen, um «trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht» (SGB XI § 2). Es stellt sich die Frage, ob denn in Deutschland überhaupt genügend Hilfsangebote bestehen, um den Bedarf an Unterstützung, Hilfe und Pflege sicherzustellen. Gibt es ausreichend Angebote der Pflegeinfrastruktur, sei es professionell oder durch Laienpflege? Und: Finden die Betroffenen die Angebote und Pflegearrangements, die wirklich zu Ihrer Situation passen? Eines ist sicher: Ohne ausreichende und differenzierte Hilfe- und Pflegeangebote wird es für die Betroffenen außerordentlich schwierig, meist unmöglich, selbstbestimmt und in Würde zu leben.

c) Anpassungsfähigkeit der älteren Menschen an Bedingungen

Sowohl durch Beobachtungen in der Praxis der Altenhilfe als auch aus gerontologischen Studien ist bekannt, welche Anpassungsleistungen ältere und hochbetagte Menschen erbringen, um aus ihrer Sicht soziale Beziehungen gut zu gestalten (Lang/Rohr 2012, S. 429-434). Dabei nützen ältere Menschen jedoch ihr soziales Beziehungsnetzwerk nicht nur, um für sich eine bestmögliche Lebensqualität und Gesundheit zu erreichen bzw. zu erhalten, sondern verhalten sich oftmals im Sinne einer sozialen Erwünschtheit, wollen möglichst «wenig oder gar nicht zur Last fallen», sie passen sich so an, dass sie möglichst wenig im Mittelpunkt stehen oder häufige Interventionen der Umwelt auslösen. Diese Art des Sich-Zurück-Nehmens ist gerade bei den Hochbetagten noch sehr verinnerlicht und führt meist dazu, dass sie auf eine Mitgestaltung ihrer eigenen Situation verzichten. Margret Baltes (1996; zitiert nach Lang & Rupprecht 2012, S. 69) spricht vom Konzept der erlernten Abhängigkeit. Dann werden eigene Ressourcen und Umwelтанforderungen nicht so ausbalanciert, dass sie mehr Lebensqualität vermitteln, sondern die eigenen Interessen und auch noch vorhandenen Fähigkeiten werden der Umwelt untergeordnet, sei es, weil die Umwelt dies einfordert oder sei es, weil der ältere Mensch von der Vorstellung geleitet wird, dass dies nun angemessen ist. In jedem Falle enthält eine solche Form der Anpassung und Unterordnung in ein Hilfesetting erhebliche Einschränkungen und Gefährdungen der Selbstbestimmung.

In der Gerontologie wird darum auch oft über das richtige Verhältnis von Autonomie und Institution nachgedacht (Diehl 2012). Pflege- und Hilfesettings haben die Aufgabe, herauszufinden, wieviel Hilfe und Unterstützung der Betroffene wirklich benötigt (Lang & Rupprecht 2012). Selbständigkeit und praktizierte Selbstbestimmung benötigen ein Hilfesetting, das nicht mehr Hilfe als wirklich nötig anbietet, das nicht nur versorgt, sondern auch einfordert und anregt und gegebenenfalls trainiert. Zuviel an Versorgung kann zu dem führen, was Martin Seligman (1979) erlernte Hilflosigkeit nennt. Ein wesentliches Kennzeichen ist dabei, dass Betroffene das Gefühl bekommen, dass sie auf das, was um sie herum geschieht und auf sie einwirkt, keinen Einfluss und keine Kontrolle mehr haben. Dies ist von Julian Rotter (1966) bereits vor vielen Jahren in seinen Studien zum «Locus of control» untersucht und festgestellt worden.

d) Umzug im Alter

Umzüge im Alter bedeuten einen tiefen Einschnitt im gewohnten Leben älterer Menschen (Oswald 2012), sei es von einer Wohnung in eine andere oder in ein Gemeinschaftswohnen (z.B. Seniorenresidenz, Betreutes Wohnen, etc.) oder ins Pflegeheim. Anlass für einen Umzug ergibt sich in der Regel aus den Barrieren in der bisherigen Wohnung oder weil der Unterstützungsbedarf dort nicht mehr sichergestellt werden kann. Umzüge im Alter wirken sich erheblich auf die Frage nach Selbstbestimmung und Selbständigkeit aus. Damit werden drei große Herausforderungen sichtbar.

Ein Umzug bedeutet meist auch das Verlassen eines vertrauten Sozialraums. Intensive Studien von Frank Oswald (2013), vor allem in den Stadtteilen Frankfurts, haben gezeigt, dass ein vertrauter Sozialraum unmittelbar die Lebensqualität steigert oder anders formuliert: Das Verlassen eines Quartiers, das einem sehr vertraut war, reduziert Lebensqualität.

Die Wahrnehmung von Selbstbestimmung und das Aufrechterhalten einer möglichst selbständigen Lebensführung setzt heute Barrierefreiheit im Wohnraum und Umfeld der Wohnung voraus. Zugleich sind Wohnanpassungen nötig, damit auch technische und digitale Hilfen genutzt werden können. Hier zeigt sich leider, dass einerseits für die Installation solcher technischen und digitalen Instrumente das Geld fehlt und andererseits die heute hochbetagten Menschen sich mit der Nutzung digitaler Hilfen sehr schwertun. Oftmals liegt eine digitale Exklusion vor.

Eine weitere Herausforderung bzw. Belastung von Selbstbestimmung liegt darin, dass der Umzug in ein Pflegeheim oft nicht aktiv entschieden wird, sondern sich meist durch Verlegung aus einem Akutkrankenhaus «ergibt». Von einer eigenen Entscheidung des Betroffenen kann meist nicht die Rede sein.

In der Regel kommt der Betroffene zunächst zur Kurzzeitpflege ins Pflegeheim und wechselt dann «stillschweigend» in die Dauerpflege.

e) Selbstbestimmung und Demenz

Nach neuesten Berechnungen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft (2023) «leben in Deutschland derzeit rund 1,8 Millionen Menschen mit einer Demenzerkrankung. Die meisten von ihnen sind von der Alzheimer-Krankheit betroffen». Und der Bericht der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, der im August 2022 erschienen ist, fährt fort:

«Infolge der demografischen Veränderungen kommt es zu weitaus mehr Neuerkrankungen als zu Sterbefällen unter den bereits Erkrankten. Aus diesem Grund nimmt die Zahl der Demenzerkrankten kontinuierlich zu. Je nachdem, wie sich die Altersstruktur der Bevölkerung insgesamt entwickelt, wird sich die Zahl der Menschen mit Demenz über 65 Jahren bis zum Jahr 2050 auf 2,4 bis 2,8 Millionen erhöhen.»

Es soll hier nur darauf hingewiesen werden, dass die Frage nach einer Praxis der Selbstbestimmung sich im Kontext einer Demenz als eine besondere Herausforderung stellt. Mit diesem Thema hat sich der Deutsche Ethikrat ausführlich befasst und dazu eine Stellungnahme «Demenz und Selbstbestimmung» abgegeben (2006). Markante Punkte in dieser Stellungnahme sind: Die Selbstbestimmung bei Demenz basiert weniger auf den sprachlich-kommunikativen Elementen als vielmehr in der Kontinuität von Erleben und Gefühlen. Selbstbestimmung bei Demenz erfordert noch mehr als bei einer rein somatischen Pflegebedürftigkeit eine Assistenz. Der Deutsche Ethikrat spricht von einer assistierten oder graduellen Selbstbestimmung. Es geht vor allem um die Ermöglichung von Selbstbestimmung. Die Assistenz deutet Aussagen, Signale und nonverbale Hinweise der Menschen mit Demenz. Die Idee dabei ist, die Selbstbestimmung der Menschen mit Demenz von einer Eigenregie durch das Wohlwollen der Umwelt graduell abzulösen. Der Deutsche Ethikrat weist auch auf Grenzen der Umsetzung von Selbstbestimmung hin: z.B. bei Selbstgefährdung des Betroffenen oder bei Beeinträchtigung von anderen oder bei Überforderung der Betreuungspersonen.

f) Ältere kranke und pflegebedürftige Personen äußern oftmals den Wunsch zu sterben.

In der Gerontologie werden Sterbe- und Todeswünsche nicht per se mit Suizida-

lität gleichgesetzt (Kruse 2021). Andreas Kruse hat Sterbe- und Todeswünsche eingehend untersucht und unterscheidet drei Varianten:

- Der Wunsch zu sterben resultiert aus einer wahrgenommenen Lebenssatttheit: Sterben wird nicht bedrohlich wahrgenommen, es wird darauf gewartet.
- Der Wunsch zu sterben, erfolgt aus Lebensmüdigkeit: Es wird der Wunsch zu sterben formuliert, zugleich ist aber keinerlei Aktivität in diese Richtung erkennbar oder gewünscht.
- Der Wunsch zu sterben als eine Form distanzierter Suizidalität: Der Wunsch zu sterben geht mit Fantasien einher, wie das gehen könnte; es ist jedoch (noch) kein Handlungsdruck wahrnehmbar.

Es ist offensichtlich für das Helferumfeld und die Angehörigen gar nicht so einfach, herauszufinden, was die Patientin oder der Patient bei solchen geäußerten Sterbe- und Todeswünschen meint und sich wünscht.

g) Selbstbestimmtes Sterben

Die Frage nach selbstbestimmtem Leben schließt auch die Frage nach dem selbstbestimmten Sterben mit ein. In der Praxis der Altenhilfe begegnet dies vor allem in drei Bereichen: Dem Angebot einer gesundheitlichen Versorgungsplanung, dem freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit und dem Wunsch nach einer Assistenz zum Suizid.

Das Angebot einer gesundheitlichen Versorgungsplanung besteht erst seit kurzem und soll hier kurz vorgestellt werden. Der Gesetzgeber hat festgelegt, dass Einrichtungen der Alten- und der Behindertenhilfe ein Angebot vorhalten können, bei dem Pflege- und Hilfebedürftige sich beraten und begleiten lassen können, um herauszufinden, was sie sich für die letzte Lebensphase und die Sterbephase wünschen und dies dann auch umgesetzt wird. Im § 132g des Krankenversicherungsgesetzes ist dies so formuliert: «Versicherte sollen über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase beraten werden, und ihnen sollen Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung aufgezeigt werden» (§ 132g SGB V, Abs.1). Im Gesetz wird dies – sprachlich ziemlich sperrig – als gesundheitliche Versorgungsplanung bezeichnet. Inhaltlich greift diese gesundheitliche Versorgungsplanung auf das fachliche Konzept von «Advanced care planning» zurück (Lehmeyer et al. 2019). Neuerdings wird dieses Angebot einer gesundheitlichen Versorgungsplanung reichlich kontrovers diskutiert und die Frage gestellt, wieviel Funktionalisierung und Ökonomisierung hier enthalten ist.

3. Erwartungen an die Praxis der Selbstbestimmung

Aufschluss über die Erwartungen der Menschen an ihre eigene Praxis der Selbstbestimmung gibt die Studie des Bundesministeriums BMFSFJ «Hohes Alter in Deutschland», die in 2020/2021 durchgeführt und in 2022 ausgewertet wurde (BMFSFJ 2023). Im Zeitraum November 2020 bis April 2021 gab es eine Befragung von mehr als 10.000 Personen ab 80 Jahren zu deren Lebenssituation und Lebensqualität.

Die Studie gewährt einen Einblick, was den Hochaltrigen wichtig ist und welche Erwartungen sie bezüglich ihrer Selbstbestimmung äußern.

Für die meisten Hochaltrigen ist es wichtig,

- | | |
|---------------------------------------|-----|
| • eine sichere Umgebung zu haben | 94% |
| • selbstbestimmt handeln zu können | 90% |
| • Traditionen zu achten | 85% |
| • sich um Natur und Umwelt zu kümmern | 83% |

Einem Großteil der Hochaltrigen sind zugleich verschiedene Formen der Sorge um und für jüngere Generationen wichtig:

- | | |
|--|-----|
| • Sie möchten ihnen soziale Werte vermitteln | 83% |
| • ein Vorbild sein | 78% |
| • und ihre Erfahrungen weitergeben | 77% |

Die Mehrheit der Hochaltrigen in Deutschland gibt an, Gefühle von Anomie zu erleben (Differenz der eigenen Werte zu den gesellschaftlichen Werten). Knapp zwei Drittel (65 %) der Hochaltrigen in Deutschland haben das Gefühl, durch die Coronapandemie von der Gesellschaft entfremdet worden zu sein.

Viele Hochaltrige sind mit ihrem Leben zufrieden. Ein Befund, der sich in sehr vielen Studien zeigt. Die generell sehr hohen Zufriedenheitswerte werden in der Gerontologie kontrovers diskutiert: Lebenszufriedenheit trifft für einen Teil der Älteren wohl zu. Es legen sich jedoch auch andere Erklärungen für diese hohen Zufriedenheitswerte nahe: Ausdruck von Resignation; es wird nicht mehr viel erwartet. Internalisierte Altersstereotype; im Alter hat *man* nichts mehr zu erwarten. Man will den anderen nicht zur Last fallen. Oder es wird einfach die Abhängigkeit geleugnet.

In der Studie «Hohes Alter in Deutschland» wurden bei den befragten Personen auch erhoben, was sie sich bezüglich der Selbstbestimmung wünschen. Dabei handelt es sich um frei geäußerte Antworten zu einer offenen Frage, was man sich wünscht; mehr als die Hälfte der Befragten haben hier etwas angegeben. Genannt wurden folgende Wünsche:

(1) Wünsche, die die konkrete, autonome Lebensgestaltung und sich situativ ergebende Unterstützungsbedarfe betreffen:

- allgemeine Sorge um den Erhalt oder die Verbesserung des eigenen Gesundheitszustands
- konkrete Wünsche nach Verbesserungen ihrer pflegerischen oder medizinischen Versorgung
- Strukturen, die ihnen höhere Autonomie gewähren (Mobilität; z.B. Barriere-reduzierung in der Wohnumgebung) bis hin zur Gestaltung des eigenen Lebensendes (Sterbehilfe).

(2) Wünsche nach mehr sozialer Einbindung und höherer gesellschaftlicher Wertschätzung:

- mehr Besuche, mehr soziale Unterstützung innerhalb und außerhalb der Familie, sowie mehr Kontakte auch durch vermehrte zielgruppenspezifische Angebote im Nahraum.
- Wunsch nach einem wertschätzenderen gesellschaftlichen Umgang mit Älteren.
- Berücksichtigung der Älteren etwa in der Gestaltung öffentlicher Räume oder in der fortschreitenden Digitalisierung mit zunehmendem Mangel an analogen Alternativen.

(3) Wunsch nach Förderung von Selbstbestimmung im Umgang mit Politik / Behörden. Als hinderlich wird hier vor allem die Bürokratie empfunden, die eine selbständige Regelung der eigenen Belange erschwert oder unmöglich macht.

- *«Dokumente öffentlicher Stellen/Behörden könnten übersichtlicher gestaltet sein und in größerer Schrift.»*
- *«Die Bürokratie und vor allem die Pflege- und Krankenkasse ist für mich nicht mehr zu begreifen.»*
- Wunsch nach einer verständlicheren und transparenteren Darstellung politischer Vorgänge; das würde das Gefühl von Selbstbestimmung, Orientierung und Mündigkeit fördern.
- *«bessere und verständlichere Informationen über politische Entscheidungen»; «nicht immer nur schwammige Aussagen.»*

(4) Sorge um und für Andere sowie die Gesellschaft als Ganzes:

- Ältere sorgen sich auch selbst um Andere und möchten etwas an die Gesellschaft weitergeben.
- Ältere wünschen sich außerdem mehr Möglichkeiten, sich zu engagieren und für andere da zu sein, für die Gesellschaft als Ganzes, insbesondere mit Gedanken an nachkommende Generationen.

- Ältere wünschen sich einen besseren Schutz der Lebensumwelt (Klima), mehr Sicherheit und ein respektvolleres, gerechteres Miteinander aller gesellschaftlichen Gruppen.

4. Selbstbestimmung im Kontext einer Neuen Alternspsychologie

Im Folgenden soll auf einige aktuelle Erkenntnisse der Gerontologie und auf die verwendeten Begrifflichkeiten eingegangen werden:

a) Gerontologische Grundlagen. Definitionen

Wie lässt sich Alter beschreiben? Es ist auf jeden Fall die längst mögliche Lebensphase. Und es ist eine Lebensphase mit größter Vielfalt und Varianz. Allein das kalendarische Alter sagt sehr wenig aus. Die Vitalität, die Lebensstile, die Interessen und Gewohnheiten der älteren Menschen variieren in hohem Maße. Das Alter oder den Alten oder die Alte gibt es nicht. Auch ist das Alter die Lebensphase, die erst recht spät zum Gegenstand der wissenschaftlichen Erkundung wurde. Das Alter wird seit etwa fünfzig Jahren intensiv erforscht.

Zusammenfassend lässt sich sagen: *Alter* bezeichnet eine Lebensphase, die sich weniger aus dem kalendarischen Alter ergibt, sondern vielmehr aus gesellschaftlicher Konvention ableitet (meist der Eintritt in den Ruhestand). Das *Altern* ist ein lebenslanger Prozess, der mit der Geburt beginnt und mit dem Tod endet.

In der Gerontologie (vgl. Diehl 2012) wird – wie alltagssprachlich auch – zwischen Selbstbestimmung und Selbständigkeit unterschieden. Selbständigkeit ist die Fähigkeit zur Verrichtung alltäglicher Tätigkeiten. Selbstbestimmung meint dagegen die Kontrolle der eigenen Lebenssituation. Sehr verbreitet in der gerontologischen Literatur ist der Begriff Autonomie; meist wird er mit Selbstbestimmung gleichgesetzt, manchmal umfasst er beide: Selbstbestimmung und Selbständigkeit.

Die Gerontologie vertritt die These: Selbständig, selbstbestimmt und selbstverantwortlich handeln zu können sowie das Gefühl eigener Kontroll- und Einflussmöglichkeiten sind von weitreichender Bedeutung für das persönliche Wohlbefinden und die Lebensqualität im Alter. Selbstbestimmung und insbesondere erlebte und praktizierte Selbstbestimmung tragen zur Zufriedenheit und zum Wohlbefinden bei bzw. erhöhen dieses.

Neben dem Begriff der Selbstbestimmung finden sich in der gerontologischen Forschung auch die Begriffe der Selbstaktualisierung und der Selbstverantwortung. Mit Selbstaktualisierung wird eine wesentliche Kategorie von Selbstbestimmung benannt und beschreibt wesentlich die «Verfolgung

selbstgesetzter Ziele» und die Gestaltung der eigenen Entwicklung (Kruse & Wahl 2010, S. 472 ff.). Selbstverantwortung impliziert gewissermaßen hierzu noch eine ethische Dimension und meint «die Fähigkeit der Menschen, trotz deutlich reduzierter körperlicher und seelisch-geistiger Kräfte ihre Situation entsprechend ihrer Werte und Leitbilder zu gestalten» (Kruse 2021, S. 172 ff.).

b) Erkenntnisse einer neuen Alternspsychologie

In den letzten zehn Jahren etablierte sich zunehmend eine neue Alternspsychologie, deren wesentliche Befunde und Erkenntnisse sich folgend zusammenfassen lassen (vgl. Wahl 2017; Kruse & Wahl 2010):

- *Eigener und differenzierter Entwicklungsbegriff für das Altern.* Entwicklung bedeutet im Alter nicht nur Wachstum, sondern auch Umgang mit Verlust. Gewinne und Verluste und auch Wechselspiele von beiden gehören zur Entwicklung im Alter. Menschliche Entwicklung ist bis ins höchste Alter hinein veränderbar (Plastizität) und selbst mitgestaltbar. Selbst im höchsten Alter und trotz erheblicher vitaler Einschränkungen sind Kreativität und Leistungen möglich (z.B. hat Johann Sebastian Bach die H-moll Messe im Zustand erheblicher Sinnesbeeinträchtigungen und schwerer Erkrankung geschrieben).
- *Entwicklung verläuft bis ins höchste Alter nicht gleichförmig:* Das Alter gibt es nicht. Die Entwicklung kann in den verschiedenen Dimensionen sehr unterschiedlich verlaufen. Der Bezug zum kalendarischen Alter sagt nicht viel.
- *Entdeckung des «Terminal Decline»:* Individuelle Verlaufsmuster werden retrospektiv vom Todeszeitpunkt aus betrachtet. Es hat den Anschein, als sei zum Lebensende hin für die psychische, emotionale und kognitive Komponente ein ähnlicher Terminal Decline charakteristisch, wie für physiologische und körperliche Prozesse. «Es liegt nahe, in diesem Phänomen eine Konsequenz sich zunehmend anhäufender und beschleunigter körperlicher Abbauprozesse, die dann letztlich zum Tode führen, zu sehen.» (Wahl 2017, S. 183.)
- *Das Alter differenziert sich aus: drittes und viertes und fünftes Alter.* *Drittes Alter:* Es gibt schon auch gesundheitliche Einschränkungen, mit denen kann jedoch umgegangen werden (ca. 65 – 80). *Viertes Alter:* Gesundheitliche Einschränkungen stehen deutlich mehr im Mittelpunkt und ermöglichen manches nicht mehr (ab 80). *Fünftes Alter:* Das Leben wird immer mehr vom Abstand zum Tod bestimmt, es gibt ein Nachlassen physischer wie psychischer Kräfte, ein sich Zurück-Ziehen und das Einüben in Verlust und Abschied. (Im Rückblick lassen sich meist etwa ca. drei Jahre vor dem Tod Hinweise finden.)

- *Entwicklung im Alter ist und bleibt in soziale und räumlich-dinglich-technische Kontexte und in gesellschaftlich-historische Zusammenhänge eingebettet.* Gesellschaftliche oder verinnerlichte Altersbilder zeigen hohe Relevanz und prägen die Wahrnehmung des eigenen Alters. Zugleich sind Hochbetagte doch noch weitgehend vom technischen und digitalen Fortschritt ausgeschlossen.

5. Politische und Philosophische Perspektiven

Abschließend und zusammenfassend sollen hier noch einige politische und philosophische Aspekte zur Selbstbestimmung im hohen Alter und am Lebensende benannt werden:

- *Jakob Grimm, Rede über das Alter* (gehalten am 26. Januar 1860 in der Königlichen Akademie der Wissenschaften Berlin). In dieser Rede stellt das Alter nach Jacob Grimm nicht «einen bloßen Niederfall der Virilität» dar, sondern ist «vielmehr eine eigene Macht, die sich nach ihren besonderen Gesetzen und Bedingungen entfaltet.» Alter ist eine «Zeit einer im vorausgegangenen Leben noch nie dagewesenen Ruhe und Befriedigung. Der Jugend gehören die Wünsche, dem Alter fällt in vielem die Erfüllung zu». Und er vertritt damit eine recht positive Sicht des Alters; Einschränkungen resultieren nicht aus dem Alter per se, sondern den Umständen: «Wenn im Alter Wehklage und Sehnsucht nach dem Tode ertönt, liegt dies weniger in dem Alter selbst als in anderen (...) Verhältnissen.»
- *Selbstbestimmung* am Lebensende existiert nicht für sich, ist nicht abstrakt, sondern kann sich nur in einem Kontext entfalten. Selbstbestimmung benötigt grundsätzlich Realisierungsfelder und förderliche Rahmenbedingungen. Selbstbestimmung braucht die Fähigkeit, das Gewünschte umzusetzen. Und es braucht entsprechende Grundrechte, die dies ermöglichen und garantieren. Je mehr die Selbständigkeit eingeschränkt ist, bedarf es professioneller und bürgerschaftlicher Hilfen und Unterstützung.
- *Selbstbestimmung am Lebensende* benötigt:
 - Gesetzliche Rahmenbedingungen
 - Eine gut funktionierende plurale Versorgungsinfrastruktur
 - Zivilgesellschaftliche Hilfen
 - Selbstverantwortung
- Klaus Dörner, *Leben und Sterben, wo ich hingehöre*: Mit diesem Buch, das 2007 erschienen ist, hat Klaus Dörner eine intensive und wertvolle Debatte über den gesellschaftlichen und zivilgesellschaftlichen Status der Altenhilfe und des Pflegewesens eröffnet. Er beschreibt die Tendenz zur Deinstitutionalisierung und Ambulantisierung der Altenhilfe. Weder der

Staat noch die professionellen Dienstleister werden es je alleine schaffen, die benötigte Hilfeinfrastruktur hervorzubringen. Heime sind zu öffnen. Pflege muss unmittelbar und primär eine zivilgesellschaftliche Aufgabe werden und sein. Er fordert den Sprung in ein «neues Hilfesystem»; gefragt und benötigt wird ein «Dritter Sozialraum», ein «Wir-Raum» zwischen dem ersten Sozialraum des Privaten und dem zweiten des Öffentlichen; gemeint sind dabei: Familie, Nachbarschaft, Selbsthilfegruppen, Netzwerke, bürgerschaftliches Engagement, zivilgesellschaftlich verankerte Hilfen. Welfare-Mix (das meint Professionelle, Semiprofessionelle und Laien arbeiten zusammen), Caring Communities und sorgende Gemeinschaften sind durch Dörner zu Leitbegriffen geworden, die eingelöst werden wollen. Interessant ist die philosophische und anthropologische Begründung von Klaus Dörner für seine Vorschläge: Hilfe- und pflegebedürftige Menschen dürfen nicht nur versorgt werden, dürfen nicht nur Empfänger von Hilfeleistungen sein. Der Mensch will nicht nur empfangen und nehmen, sondern auch geben. Hochbetagte Menschen müssen auch in die Lage versetzt werden, dass sie etwas geben können, dass sie das Gefühl haben, auch gebraucht zu werden.

- Bei *Erich Fromm* gilt auch für das Alter der Imperativ des *Biophilen und der Produktivität*: «Die Anleitung zum Sterben ist in der Tat dieselbe wie die Anleitung zum Leben» (Gesamtausgabe II, Haben oder sein (1976), 360). Nach *Andreas Kruse* (und das ist vielleicht auch originär Freud) ist es nicht so, dass plötzlich das Thema «Sterben» auf den Plan tritt, sondern der Mensch steht spätestens im Alter immer innerhalb von zwei Kontexten («Ordnungen»): einer Ordnung des Lebens und einer Ordnung des Todes. Es gibt einen Kontext («eine Ordnung») von Leben, Aufbruch, Wachstum und einen Kontext («eine Ordnung») von Nachlassen, Vergehen, Einbrüche, Abschiede und Tod.
- *Alfons Auer bezeichnet das «Alter als letzter Aufruf zur Freiheit»* (1995, S. 262). «Die Lebenswirklichkeit des alternden Menschen ist also wesentlich gekennzeichnet durch seine zu Ende gehende persönliche Freiheitsgeschichte.» Im (hohen) Alter steht die Vollendung der persönlichen Freiheitsgeschichte an. Er verweist dabei auch auf einen souveränen Umgang mit der Zeit: «Altern kann und soll vielmehr gelassen-souveräne Einlösung der noch verbliebenen und immer neu gewährten Lebensmöglichkeiten werden» (1995, S. 138). Auer spricht dabei auch von der «Fülle des Alterns» und dem, was zur Fülle des Alterns hinführen kann:
 - «Die Chancen nutzen,
 - die Zumutungen annehmen,
 - die Erfüllungen auskosten» (1995, S. 277).

Literatur

- Auer, Alfons, 1995: *Geglücktes Altern. Eine theologisch-ethische Ermutigung*, Freiburg (Herder).
- BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020, zitiert als: 2BvR 2347/15, Rn 1-343.
- Behnke-Vonier, Cornelia, 2018: *Mut zum Altern. Wie das Alter seine eigene Würde entfalten kann*. Gespräche und Betrachtungen, Bielefeld (transcript).
- Bieri, Peter, 2011: *Wie wollen wir leben?*, Wien (Residenzverlag).
- BMFSFJ 2023: «Hohes Alter in Deutschland», in: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/menschen-ab-80-jahren-sind-mit-ihrer-lebensqualitaet-weitgehend-zufrieden-202280>
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2023: <https://www.deutsche-alzheimer.de/artikel/deutsche-alzheimer-gesellschaft-stellt-neue-zahlen-zur-demenz-vor-deutlich-mehr-erkrankte-unter-65-jahren-als-bisher-angenommen>.
- Deutscher Ethikrat: 2012: *Demenz und Selbstbestimmung*, Stellungnahme.
- Deutscher Ethikrat, 2006: *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende*, Stellungnahme.
- Diehl, Manfred, 2012: «Autonomie», in: Wahl, Hans-Werner; Tesch-Römer, Clemens; Ziegelmann, Jochen Philipp (Hg.), *Angewandte Gerontologie*. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen, 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart (Kohlhammer), S. 84–89.
- Dörner, Klaus, 2007: *Leben und sterben, wo ich hingehöre*. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem, Neumünster (Paranus Verlag).
- Fromm, Erich, 1976: *Haben oder Sein*, in: Erich Fromm Gesamtausgabe, Band II.
- Gronemeyer, Reimer; Heller, Andreas, 2014: *In Ruhe sterben*. Was wir uns wünschen und was die moderne Medizin nicht leisten kann, München (Droemer-Knauer)..
- Grimm, Jacob, 2010: *Rede über das Alter*, Göttingen (Steidl Verlag).
- Kohlen, Helen, 2021: «Advance Care Planning. Gegenbewegung zur originären Hospiz- und Palliative Care Idee», in: *hospizkontrovers* Band 1 (2021), S. 6-10.
- Kruse, Andreas, 2007: *Alter. Was stimmt?* Die wichtigsten Antworten, Freiburg (Herder).
- Kruse, Andreas, 2017: *Lebensphase hohes Alter. Verletzlichkeit und Reife*, Wiesbaden (Springer).
- Kruse, Andreas, 2021: *Vom Leben und Sterben im Alter*. Wie wir das Lebensende gestalten können, Stuttgart (Kohlhammer).
- Kruse, Andreas; Wahl, Hans Werner, 2010: *Zukunft Altern. Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen*, Heidelberg (Spektrum).
- Lang, Frieder; Rupprecht, Roland, 2012: «Interventionsrelevante Konzepte der lebenslangen Entwicklung», in: Wahl, Hans-Werner; Tesch-Römer, Clemens; Ziegelmann, Jochen Philipp (Hg.), *Angewandte Gerontologie*. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen, 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart (Kohlhammer), S. 66-71.

- Lang, Frieder; Rohr, Margund, 2012: «Die Gestaltung sozialer Beziehungen im Alter», in: Wahl Hans-Werner, Tesch-Römer Clemens, Ziegelmann Jochen Philipp (Hg.) 2012, *Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen*, 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart (Kohlhammer), S. 429-434.
- Lehmeyer, Sonja, et al., 2019: *Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase von Bewohner*innen in der stationären Altenhilfe*. Eine curriculare Konzeption zur Weiterbildung von Gesprächsbegleitenden nach § 132g Abs. 3 SGB V und Implementierungsanregungen für die Versorgungspraxis, München (Beck).
- Neher, Peter, 2021: «Professionelle Sterbehilfe in kirchlichen Einrichtungen?», in: *kompakt und kontrovers – das ZdK afterwork*, 23.02.2021.
- Oswald, Frank, 2012: «Umzug im Alter», in: Wahl, Hans-Werner; Tesch-Römer, Clemens; Ziegelmann, Jochen Philipp (Hg.), *Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen*, 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart (Kohlhammer), S. 569-575.
- Oswald, Frank, et. al., 2013: «Hier will ich wohnen bleiben!» Ergebnisse eines Frankfurter Forschungsprojekts zur Bedeutung des Wohnens in der Nachbarschaft für gesundes Altern, Frankfurt (Goethe-Universität).
- Prantl, Heribert, 2021: «Geleitwort», in: Wils, Jean Pierre, *Sich den Tod geben. Suizid als letzte Emanzipation?* Stuttgart (Hirzel Verlag), S. 9-11.
- Rosa, Hartmut, 2018: *Unverfügbarkeit*, Berlin (Suhrkamp).
- Rotter, Julian, 1966: «Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement», in: *Psychological Monographs: General and Applied* Band 80, S. 1–28.
- Seligman, Martin P., 1979: *Erlernte Hilflosigkeit*, Weinheim (Beltz).
- Thane, Pat (Hg.), 2005: *Das Alter. Eine Kulturgeschichte*, Darmstadt (Primus).
- Volmering-Dierkes, Anne; Kohlen, Helen, 2021: «Advance Care Planning. Ausschnitte und Ergebnisse aus einer Diskursanalyse», in: *hospizkontrovers* Band 1, S. 38-40.
- Wahl, Hans Werner, 2017: *Die neue Psychologie des Alterns*. Überraschende Erkenntnisse über unsere längste Lebensphase, München (Kösel).
- Wahl, Hans-Werner; Tesch-Römer, Clemens; Ziegelmann, Jochen Philipp (Hg.) 2012, *Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen*, 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart (Kohlhammer).
- Wils, Jean Pierre, 2021: *Sich den Tod geben. Suizid als letzte Emanzipation?*, Stuttgart (Hirzel Verlag).
- Wils, Jean Pierre, 2016: *Ars moriendi. Über das Sterben*, Frankfurt (Insel).
- Yalom, Irvin D.; Yalom Marilyn, 2021: *Unzertrennlich. Über den Tod und das Leben*, München (btb).