

Hochaltrigkeit – Zur Lebenssituation der über 80-jährigen Frauen und Männer in der Schweiz

François Höpflinger
August 2019

Inhaltsverzeichnis

1	Langlebigkeit – demografische Trends	4
2	Gesundheitliches Befinden und Pflegebedürftigkeit im hohen Lebensalter	5
3	Haushalts- und Wohnsituation	8
4	Ehe- und Familiensituation	10
4.1	Verwitkung als Risikofaktor im Alter	11
4.2	Nachkommenschaft	11
5	Zur wirtschaftlichen Lage im hohen Lebensalter	12
5.1	Armut im Alter – und Bezug von Ergänzungsleistungen zur AHV	13
6	Lebenszufriedenheit, psychische Befindlichkeit und Einsamkeit im hohen Lebensalter	15
6.1	Einsamkeit im Alter	18
6.2	Zur Lebens- und Pflegequalität in Alters- und Pflegeheimen	19
7	Lebensende und Sterben hochaltriger Frauen und Männer	20
7.1	Sterbeorte in der Schweiz - Entwicklung	22
7.2	(Unbegleitete) Suizide im Alter.....	23
7.3	Zur Gestaltung des Lebensendes	25
8	Zusammenfassung in 20 Punkten	26
9	Verwendete Literatur	28

Einleitung – Hochaltrigkeit

Zwei zentrale Prozesse der letzten Jahrzehnte – erhöhte Lebenserwartung und Strukturwandel des Alters – trugen dazu bei, dass vermehrt zwischen dem dritten Lebensalter bzw. den ‚jungen Alten‘ und dem vierten Lebensalter bzw. den ‚alten Alten‘ unterschieden wird. Zum einen unterscheidet sich die Lebensgestaltung neu pensionierter Frauen und Männer wesentlich von der Lebenssituation 80-jähriger und älterer Menschen. Zum anderen gelten aktivitätsorientierte Kompetenz- und Ressourcenmodelle – welche das Bild der ‚jungen Alten‘ prägen – nur bedingt für sehr alte Menschen.

Auffallend ist, dass im Gegensatz zur positiven Aufwertung des dritten Lebensalters das hohe Alter weiterhin überwiegend mit negativen Vorzeichen versehen ist. Dadurch konzentrieren sich demografische Bedrohungsszenarien immer mehr auf das hohe Lebensalter, etwa wenn von unbezahlbaren Gesundheitskosten im Alter oder einem Pflegenotstand die Rede ist. Deshalb definieren sich selbst alte Menschen nicht als ‚wirklich alt‘, solange sie weiterhin in einer privaten. Wohnung leben und über persönliche Entwicklungsspielräume verfügen.

Ab wann das hohe Alter bzw. Hochaltrigkeit beginnt ist angesichts der ausgeprägten Heterogenität von Alternsprozessen umstritten, aber im Übergang vom höheren zum hohen Alter – vielfach nach dem 80. und 85. Lebensjahr – steigen die Risiken gesundheitlicher Einschränkungen und sozialer Verluste (Partnerverlust u.a.) an. Wer lange lebt, gelangt früher oder später an die Grenzen körperlichen Lebens, da sich im hohen Lebensalter die biologischen Abbauprozesse verstärken und zwar auch bei gesunder Lebensführung. Ein hohes Lebensalter ist nicht zwangsläufig mit Hilfs- und Pflegebedürftigkeit gleich zu setzen, aber zentral für das hohe Lebensalter sind reduzierte Reservekapazitäten und eine erhöhte Vulnerabilität; zwei Prozesse, die teilweise auch mit dem Konzept der Fragilität (frailty) erfasst werden (Gasser et al. 2015).

Je älter Menschen werden, desto weiter greifen ihre persönlichen Erinnerungen in vergangene Gesellschafts- und Kulturepochen zurück. Gespräche mit sehr alten Menschen bieten Einblick in vergangene Zeitepochen. Lebenssituation und Werthaltungen alter Menschen sind durch vergangene gesellschaftliche Rahmenbedingungen geprägt (Höpflinger 2013). Heute 80-jährige Menschen kamen 1939 zur Welt und sie wurden als Kinder vom II. Weltkrieg geprägt. Noch stärker sind Kriegseffekte bei heute 90-Jährigen, die 1929 geboren wurden. Viele heute hochaltrige Menschen haben eine Kindheit und Jugend in Armut und Not erfahren und sie wuchsen oft in bäuerlich-gewerblichen Milieus oder in Arbeiterkreisen auf. Viele hochaltrige Frauen, aber auch manche hochaltrige Männer, konnten aus wirtschaftlichen Gründen keine weiterführende Ausbildung absolvieren, was ihre wirtschaftlichen und sozialen Möglichkeiten einschränkte. In den 1950er und 1960er Jahren – als heute alte Menschen ihre Familien gründeten - waren Ehe und Familie traditionell geprägt, was familiäre Pflegevorstellungen alter Frauen und Männer bis heute beeinflusst. Aufgrund der Prägung durch heute verschwundene Sprachformeln, Höflichkeitsgebräuche oder normativ-religiöse Werthaltungen sind im Kontakt zwischen hochaltrigen Menschen und jüngeren Menschen ausgeprägte Generationenunterschiede zu überwinden. Dies wird bei der Pflege sehr alter Menschen umso wichtiger, als im hohen Alter Langzeiterinnerungen an Bedeutung gewinnen, wogegen sich das Kurzzeitgedächtnis verschlechtert. Dadurch können bei alten Menschen Essen, Spiele, Musik, aber auch religiöse Werthaltungen aus der Kindheit wieder bedeutsam werden, ebenso wie früher erlebte Traumata (die teilweise aufgrund abnehmender Emotionskontrolle nicht mehr verdrängt werden können).

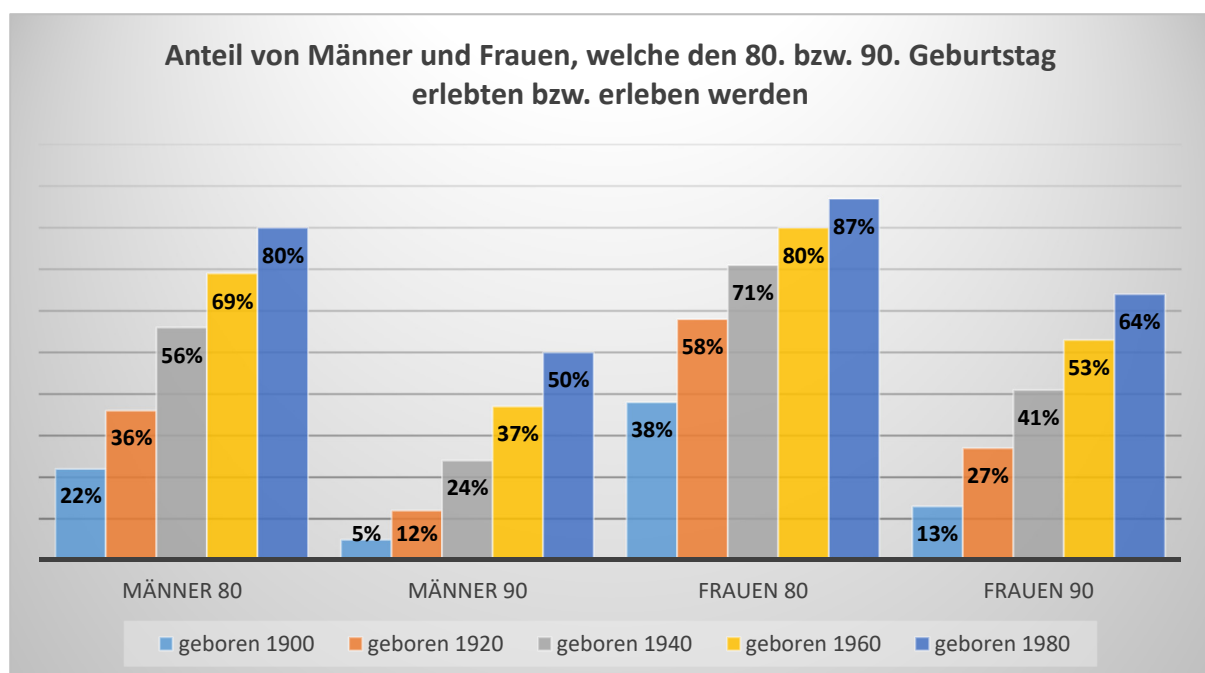
Alte Menschen ihrerseits leben in einer Gesellschaft, die von deutlich jüngeren Menschen dominiert wird. Dies gilt auch für die Alterspflege, die nach modernen professionellen und

betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten jüngerer Generationen organisiert wird. Gleichzeitig bedeutet die körperliche, psychische und soziale Fragilität eines hohen Lebensalters, dass die Ressourcen abnehmen, sich proaktiv auf jüngere Menschen einzustellen. *Im hohen Lebensalter können entstehende Generationendifferenzen zumeist nicht mehr von den alten Menschen selbst bewältigt werden, sondern zentral ist eine Anpassung der jüngeren Generation (etwa des Pflegepersonals) an die Lebensgeschichte und Werthaltungen der Vertreterinnen alter Generationen.* Dies gilt in besonderem Masse auch bei der Sterbebegleitung und assistierten Suiziden alter Menschen.

In diesem Memorandum werden bedeutsame Entwicklungen der Lebenssituation von 80-jährigen und älteren Frauen und Männer in der Schweiz vorgestellt und diskutiert. Allerdings ist die Datenlage zum gesundheitlichen und psychischen Befinden alter Menschen lückenhaft (unter anderem, weil Befragungen bei alten Menschen aufwendig sind oder sie aufgrund demenzieller Erkrankung nicht befragt werden können). Viele offizielle Statistiken beschränken sich auf die zuhause lebende Wohnbevölkerung (wodurch alte Menschen in Alters- und Pflegeheimen unberücksichtigt bleiben).

1 Langlebigkeit – demografische Trends

In den letzten Jahrzehnten hat sich die Lebenserwartung weiter erhöht und gemäss Szenarien des Bundesamtes für Statistik (2015) ist auch in den nächsten Jahrzehnten eine weiter steigende Lebenserwartung wahrscheinlich. Eine steigende Lebenserwartung, kombiniert mit dem Altern geburtenstarker Nachkriegsjahrgänge (Babyboomers) führt dazu, dass sich Zahl und Anteil alter Menschen rasch erhöhen. Je nach Bevölkerungsszenarium (Bundesamt für Statistik 2015) wird sich der Bevölkerungsanteil der 80-jährigen und älteren Menschen von heute gut 5.5% bis 2045 auf 10% bis 11% erhöhen. *Die Hochaltrigen gehören zur Bevölkerungsgruppe mit dem schnellsten Wachstum.* Allein die Zahl von 100-jährigen und älteren Frauen und Männer dürfte sich von heute nahezu 2'300 Personen bis 2045 auf 16'000 bis 23'000 Menschen erhöhen.

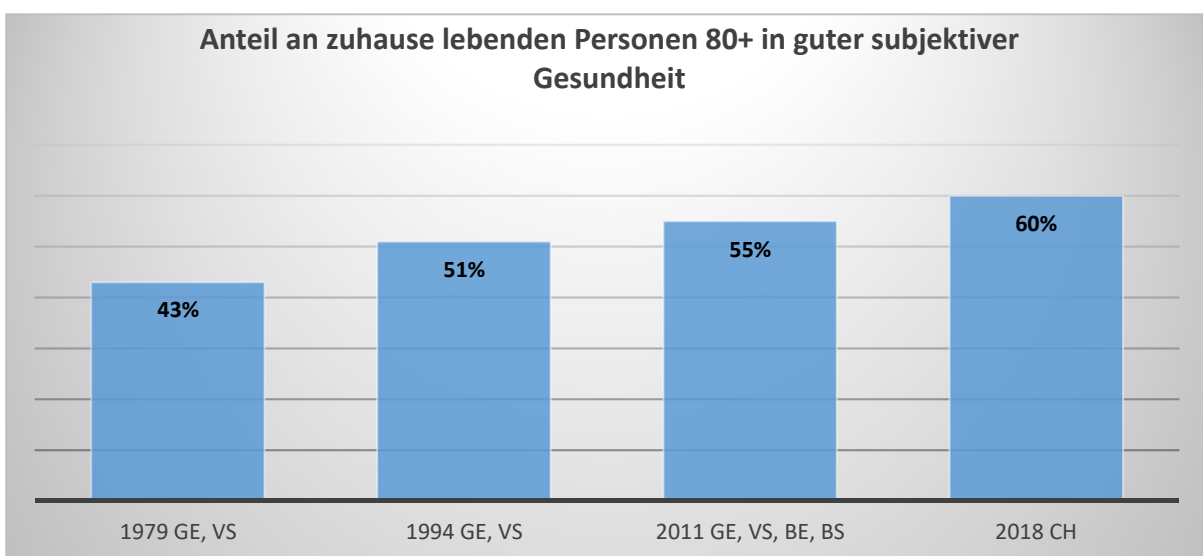


Quelle: Bundesamt für Statistik, Kohortensterbetafel 1876-2030. Neue Tabellen Mai 2019
(Tabelle px-x-0102020300_101)

2 Gesundheitliches Befinden und Pflegebedürftigkeit im hohen Lebensalter

Mit steigendem Lebensalter erhöhen sich gesundheitliche Risiken und Einschränkungen, wodurch viele alte Menschen gleichzeitig an verschiedenen Erkrankungen leiden (Multimorbidität). Besonders häufig diagnostiziert werden im Alter Bluthochdruck, Glieder- & Gelenkschmerzen sowie Herz- & Kreislauferkrankungen (Merçay 2017: 13). Entsprechend häufig ist auch eine Polymedikation (= gleichzeitige Einnahme mehrerer Medikamente). So nahmen 2017 42% der zuhause lebenden 80-jährigen und älteren Menschen vier und mehr verschriebene Medikamente ein (Merçay 2017: 31).

Obwohl hohes Lebensalter mit erhöhten gesundheitlichen Risiken verbunden ist, zeigt sich im Zeitvergleich 1979 bis 2018 insofern ein positiver Trend als der Anteil der zuhause lebenden Menschen 80+, die ihre Gesundheit als gut bis sehr gut einschätzen, angestiegen ist. *Mehr alte Menschen als früher fühlen sich auch nach 80 gesundheitlich gut.*



Quellen: 1979: GUGRISPA 1983, 1994: Lalive d'Épinay et al. 1997, 2011: NCR Vivre-Leben-Vivere (eigene Auswertungen), 2018: Höpflinger et al. 2019.

Der Alltag alter Menschen wird vor allem mühsam, wenn gesundheitliche Probleme die Ausübung alltäglicher Aktivitäten erschweren oder verunmöglichen. Und je mehr Alltagsaktivitäten eingeschränkt sind, desto stärker sind alte Menschen auf Hilfe und Unterstützung angewiesen. Bei ausgeprägten funktionalen Einschränkungen wird ein Wechsel in eine betreute Alterswohnung oder eine Pflegeeinrichtung oft unumgänglich. Entsprechend ist der Anteil von Menschen mit Alltagseinschränkungen bei Heimbewohnern hoch.

Die nachfolgenden Angaben illustrieren, dass bei zuhause lebenden 80-jährigen und älteren Menschen vor allem Einschränkungen der Gehfähigkeit den Alltag erschweren. So hat nahezu ein Drittel Mühe, Treppen zu steigen (was die Bedeutung einer stufenlos zugänglichen Wohnung im Alter verdeutlicht).

Einschränkungen der Alltagsaktivitäten im höheren Lebensalter, Schweiz 2018)

%-Personen, die bei den angeführten Alltagsaktivitäten Mühe aufweisen oder diese Aktivität nicht mehr allein erfüllen können

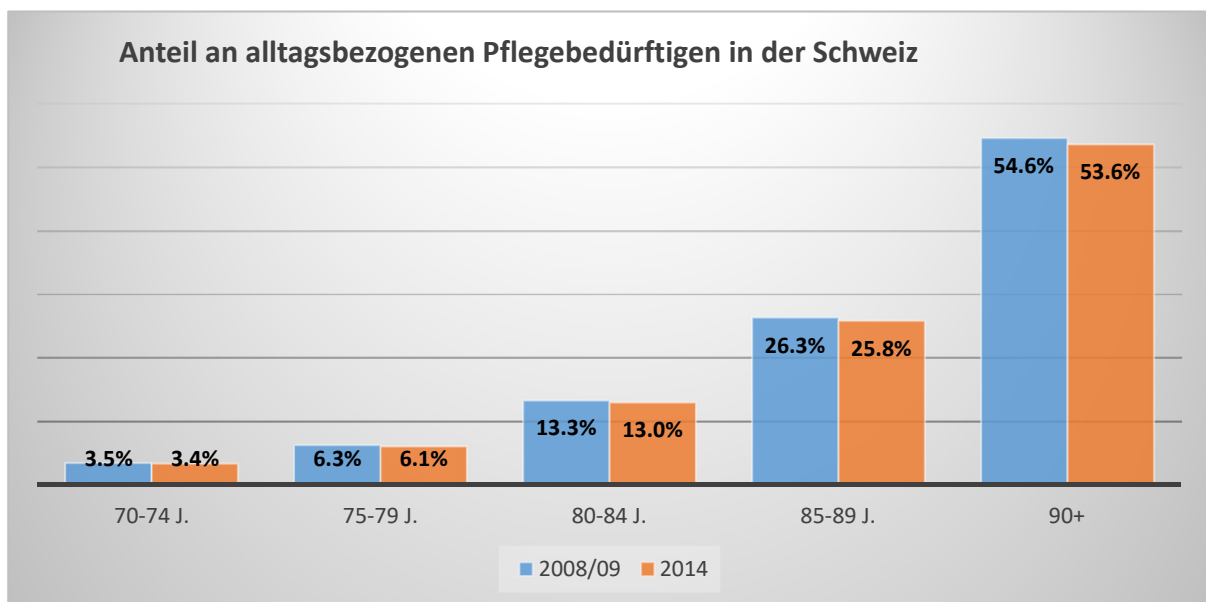
	Zuhause lebend Personen 80+ J.	Heimbe- wohner/innen 80+
Eine Treppe hoch oder hinunter steigen	31%	70%
Mindestens 200 Meter zu Fuss gehen	19%	54%
Sich ausserhalb ihres Hauses bewegen	19%	58%
Aufstehen und sich hinlegen	13%	33%
Sich waschen und kämmen	12%	40%
Sich an- und ausziehen	11%	39%
Essen und Nahrungsmittel zerschneiden	10%	17%
Von einem Zimmer in ein anderes gehen	7%	45%

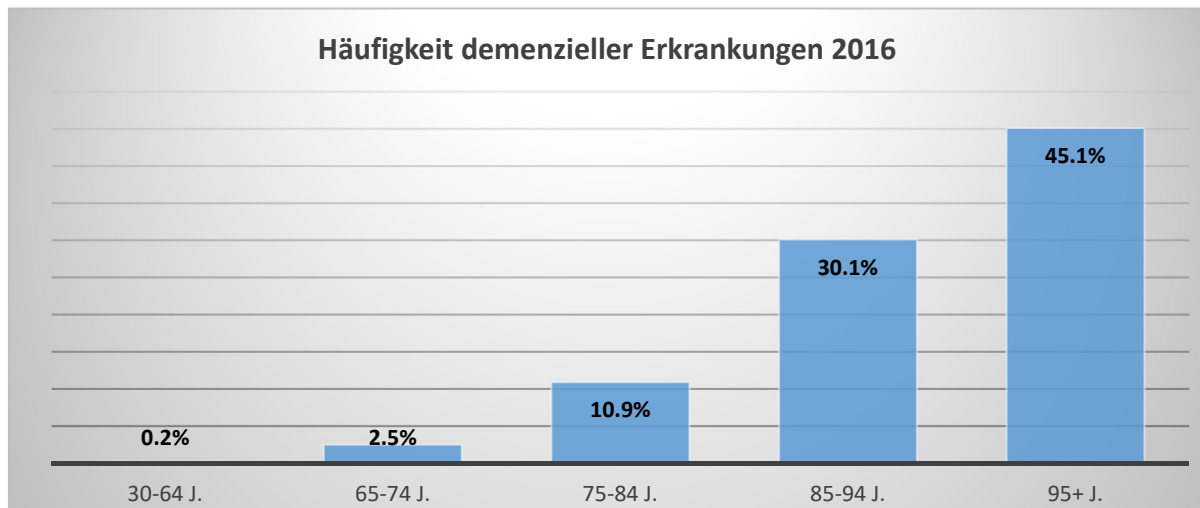
Quelle: Age-Wohnerhebung 2018. Zuhause lebend Befragte: Schweiz, gewichtete Zahlen), Heimbewohner/innen: nur deutsch- und französischsprachige Schweiz)

Gesundheitliche Probleme im Alter verringern den Lebenswillen, speziell wenn dies mit chronischen Schmerzen begleitet wird. Auch merkbare Alltagseinschränkungen führen im Alter zu Lebensmüdigkeit, namentlich wenn sich der Spielraum für eigene Aktivitäten verringert und Menschen sich übermässig von anderen abhängig fühlen.

Negativ erlebt werden im Alter auch sensorische Einschränkungen, wie nicht korrigierbare Höreinschränkungen und Sehbehinderungen. Im hohen Lebensalter steigt das Risiko einer Sehbehinderung rasch an (%-Anteil mit Sehbehinderung: 80-84-Jährige: 15% 85-89-Jährige: 22%, 90-94-Jährige: 34% 95+-Jährige: 49% (Spring 2012).

Insgesamt sind es primär funktionale und sensorische Einschränkungen, welche dazu beitragen, dass sich Menschen als ‚alt‘ einstufen und konkrete Überlegungen zum Wechsel in eine Alters- oder Pflegewohnung anstellen.





Quellen:

Pflegebedürftigkeit 2008/09: Höpflinger et al. 2011. 2014: Schätzung auf Grundlage vorliegender Daten zu ADL- & IADL-Werten (Gesundheitsbefragung, Pflegestufen Heime).

Demenz: Alzheimer Schweiz 2017.

Fasst man vorhandene Informationen über zuhause lebende und stationär gepflegte alte Menschen zusammen, lässt sich für die Schweiz folgendes festhalten:

Bis zum Alter 80 sind deutlich weniger als zehn Prozent alltagsbezogen pflegebedürftig, im Sinne, dass sie alltägliche Dinge – wie aufstehen, sich ankleiden, waschen usw. – nicht oder nur mit grosser Mühe selbständig erledigen können. Bei den 80-84-Jährigen ist noch weniger als ein Siebtel auf regelmässige Alltagshilfe angewiesen. Bei den 85-89-Jährigen ist es schon gut ein Viertel und 90-jährige und ältere Frauen und Männer sind zu mehr als die Hälfte auf alltagsbezogene Hilfe- und Pflegeleistungen angewiesen. Bei zukünftigen Generationen sehr alter Frauen und Männer dürfte der Anteil pflegebedürftiger Menschen geringer sein und auf unter fünfzig Prozent sinken. Dennoch ist und bleibt vor allem das hohe Lebensalter (und die letzte Lebenszeit) eine Phase erhöhter Pflegeabhängigkeit.

Mit steigendem Lebensalter erhöht sich auch das Risiko einer demenziellen Erkrankung und den damit verbundenen Gedächtnis-, Sprach-, Bewegungs- und Erkennungsstörungen. *Gegenwärtig leiden gut 30% der 80-89-Jährigen und gut 45% der 90-jährigen und älteren Menschen der Schweiz an einer demenziellen Erkrankung (und damit an Einschränkungen ihrer Urteilsfähigkeit).* Zwar zeigt das Risiko, im Alter an Demenz zu erkranken, in wohlhabenden Ländern sinkende Tendenzen auf (Skoog et al. 2017), aber auch in Zukunft wird hohes Lebensalter mit erhöhten Risiken kognitiver Einschränkungen und einem Verlust der gesetzlichen Urteilsfähigkeit begleitet sein.

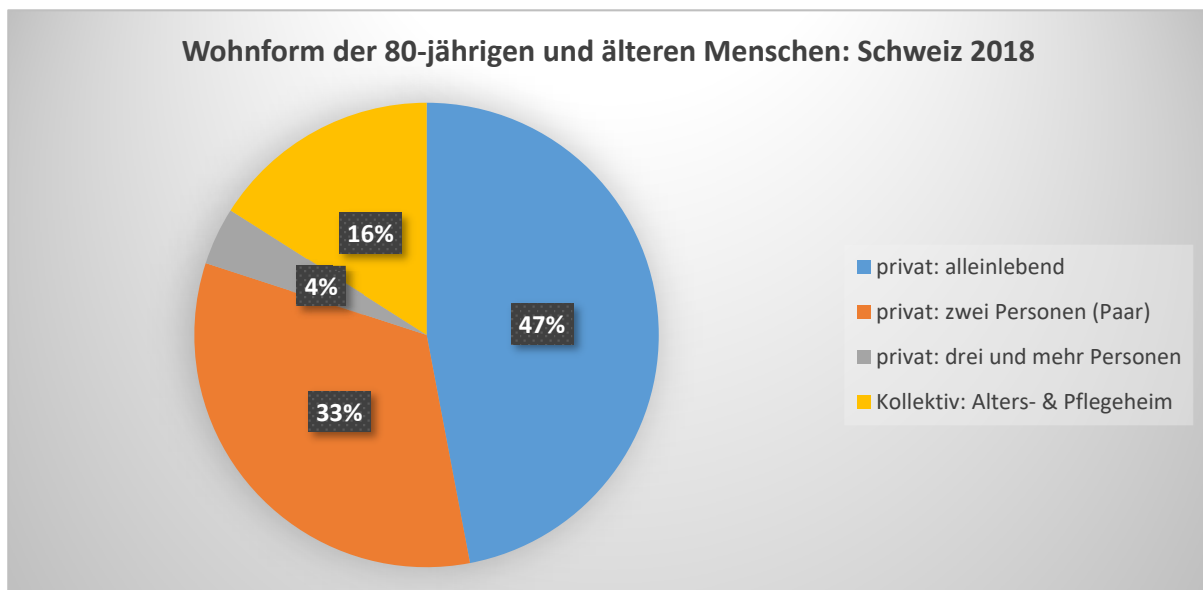
In jedem Fall gehört Angst vor Demenz zu den stärksten Altersängsten. Gemäss Demenzbarometer 2018 würden 25% (2012: 19%) der erwachsenen Menschen in der Schweiz mit der Diagnose Alzheimer eher nicht mehr weiterleben wollen. Danach gefragt, ob die Befragten Verständnis dafür hätten, wenn ein an Alzheimer erkrankter Mensch mithilfe eines assistierten Suizids aus dem Leben scheiden möchten, zeigten 48% sehr viel Verständnis und weitere 32% eher Verständnis (Seifert, Schelling 2019).

3 Haushalts- und Wohnsituation

Bis ins höchste Lebensalter lebt die Mehrheit alter Menschen in einer privaten Wohnung, wobei Klein- und Kleinsthaushalte dominieren. So wohnen nur 4% der 80-jährigen und älteren Menschen in einem Haushalt mit drei und mehr Personen. Dies bedeutet, dass nur relativ wenige alte Frauen und Männer zusammen mit ihren erwachsenen Kindern zusammenleben. Ein Zusammenleben alter Elternteile mit Angehörigen im gleichen Haushalt ist eine Ausnahme. Etwas häufiger ist ein Zusammenleben im gleichen Haus, aber mit getrennten Haushaltungen. Intergenerationell dominiert in der Schweiz – ähnlich wie in anderen mittel- und nordeuropäischen Ländern – das Muster von ‚Intimität auf Abstand‘: Jede Generation lebt autonom, was jedoch enge und regelmässige Kontakte zwischen den Generationen nicht ausschliesst (Isengard 2018).

Gegenwärtig wohnen gut 84% der 80-jährigen und älteren Menschen in der Schweiz zuhause, wo sie bei Hilfe- und Pflegebedarf ambulant betreut werden. 16% wohnen und leben in einer Alters- und Pflegeeinrichtung.

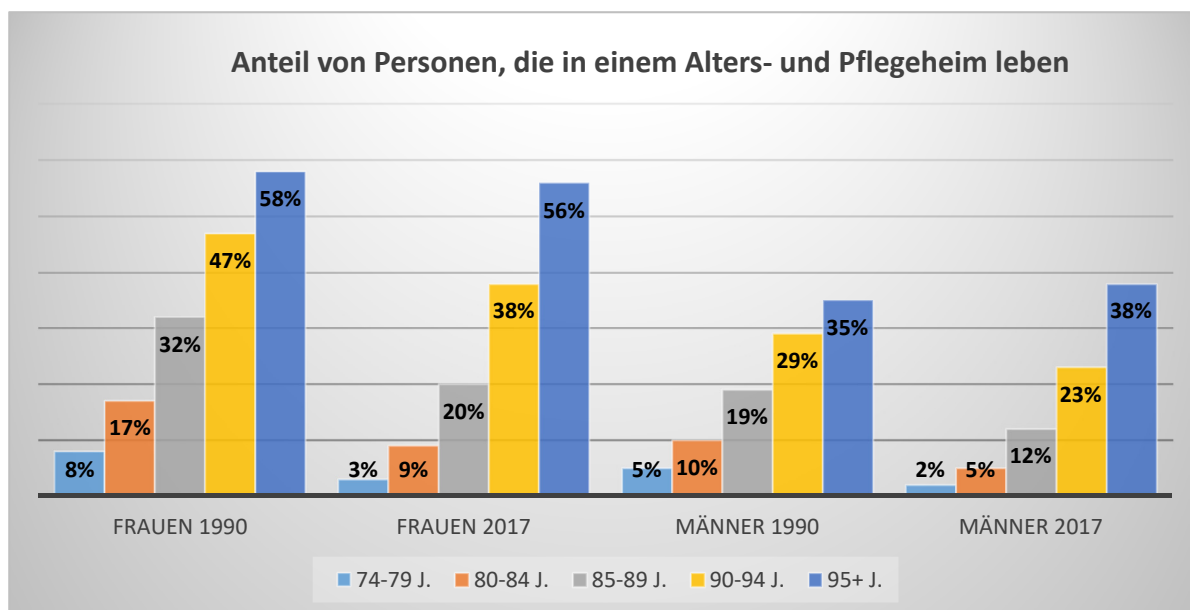
Mit steigendem Lebensalter wird Alleinleben häufiger, primär aufgrund einer Verwitwung. Aufgrund höherer Lebenserwartung leben vor allem Frauen im Alter häufig allein. So wohnen 80% der zuhause lebenden 80-jährigen und älteren Frauen allein, im Gegensatz zu 45% der Männer.



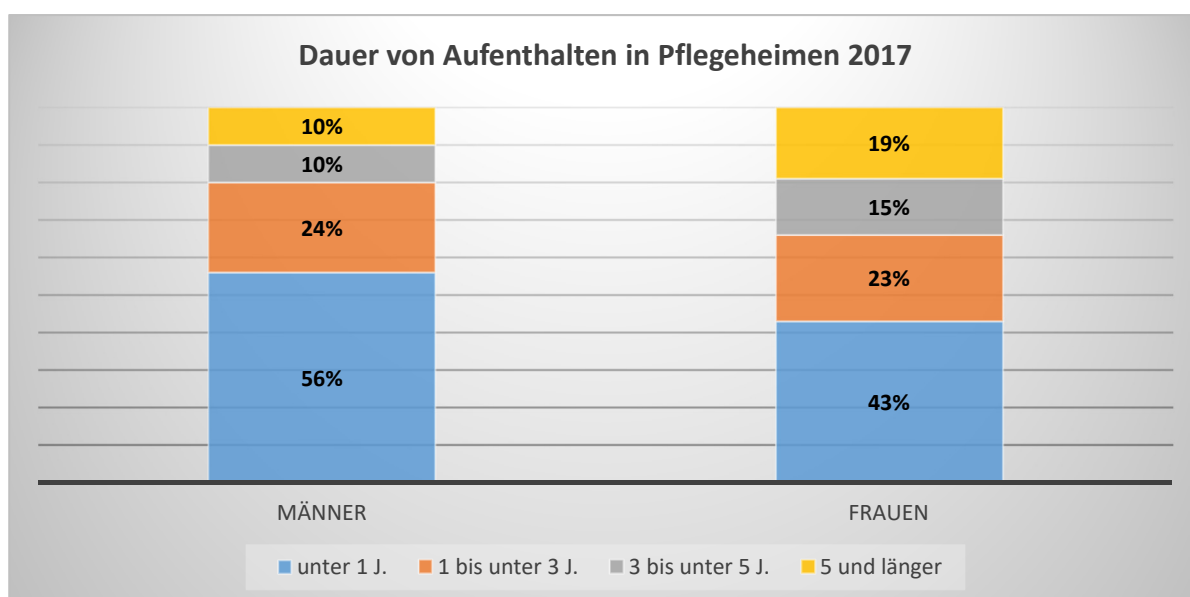
Basierend auf Wohnumfrage 2018 der Age-Stiftung sowie statistischen Daten zum Anteil der in Alters- und Pflegeeinrichtungen lebenden Bevölkerung.

Erwartungsgemäss erhöht sich mit steigendem Lebensalter der Anteil derjenigen, die in einem Alters- und Pflegeheim leben. Dabei wohnen Frauen im Alter häufiger in einer Alters- und Pflegeeinrichtung als Männer. Dies ist primär auf zwei Faktoren zurückzuführen: Frauen erleben häufiger eine Verwitwung, wogegen Männer häufiger bis zum Tod zuhause von ihrer Partnerin betreut und gepflegt werden. Dazu kommt, dass Frauen im Alter finanziell häufiger schlechter gestellt sind als Männer (was die Möglichkeiten einer privaten Pflege zuhause begrenzt).

Im Zeitvergleich 1990 bis 2017 hat sich der Anteil alter Menschen in Alters- und Pflegeheimen reduziert, zumindest bis zu Alter von 95+: Einerseits leben heute mehr alte Menschen auch nach 80 ohne starke funktionale Einschränkungen. Pflegebedürftigkeit, welche eine stationäre Pflege erfordert, erfolgt später als früher. Andererseits kam es in den letzten Jahrzehnten zu einer Verlagerung von stationärer zu ambulanter Pflege und Betreuung, durch Ausbau der Spitex und betreuter Wohnformen. Die einzige Altersgruppe, wo sich bisher kein Rückgang der Heimquote ergab, ist die Gruppe der sehr alten Menschen 95+. Das Prinzip ‚ambulant vor stationär‘ scheint bei sehr alten, multimorbiden Menschen an Grenzen zu stossen. Wer sehr alt wird, muss vielfach gegen Lebensende in eine stationäre Alters- und Pflegeeinrichtung wechseln. Bei der Suizidassistenz sehr alter Menschen ist eine gute Zusammenarbeit mit den jeweiligen Heimen zentral, ebenso wie eine klare Regelung der jeweiligen Verantwortungsbereiche.



Bis 2000: Kollektive Haushalte nach Volkszählungen (Alters- & Pflegeheime, Spitäler, Klöster, Gefängnisse, ab 2000: soziomedizinische Einrichtungen).



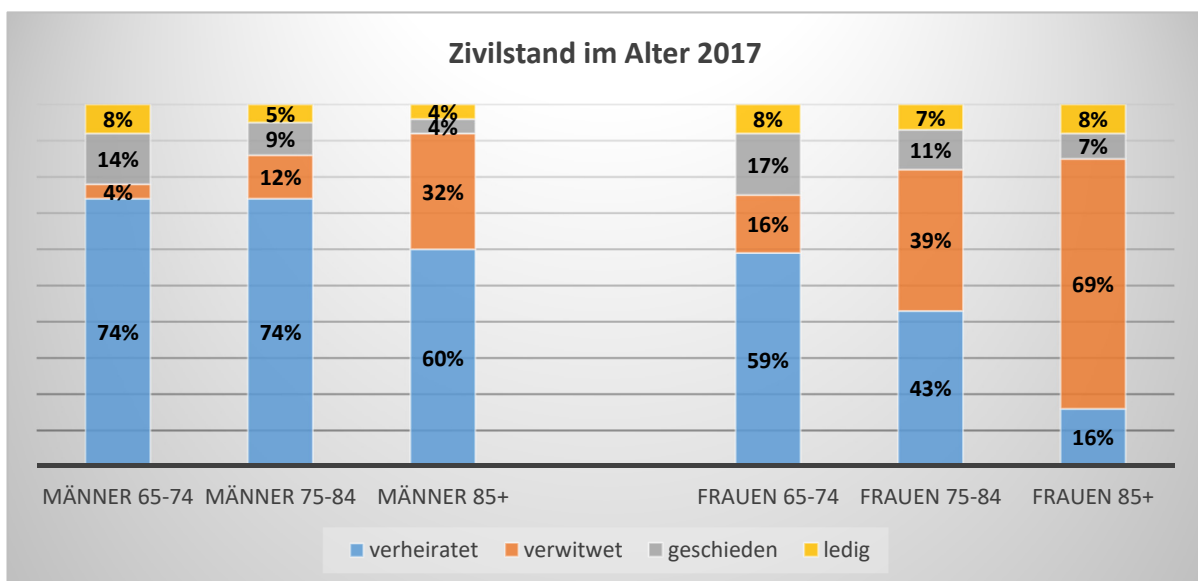
Quelle: Somed, Heimaustritte 2017 (N: Männer: 13'083; Frauen: 23'604)

In den letzten Jahren hat sich das Eintrittsalter in eine Alters- und Pflegeeinrichtung erhöht. Gleichzeitig hat sich die durchschnittliche Aufenthaltsdauer reduziert (auf 2 ½ Jahre). Eine grosse Gruppe von Heimbewohner und Heimbewohnerinnen lebt weniger als 1 Jahr im Heim, wogegen nur eine Minderheit langjährige Bewohner und Bewohnerinnen sind.

4 Ehe- und Familiensituation

Lebenssituation sowie Überlegungen zum Lebensende werden im Alter in starkem Masse durch die Ehe- und Familiensituation beeinflusst. Wichtig ist etwa, ob jemand in einer engen Partnerschaft lebt sowie ob Nachkommen (Kinder, Enkelkinder) vorhanden sind. Bei Entscheiden für oder gegen einen assistierten Suizid spielen Angehörige eine bedeutsame Rolle (in positiver wie negativer Hinsicht). In jedem Fall führt das Vorhandensein von Angehörigen, dass entsprechende Entscheide nicht als rein individuelle Entscheide wahrgenommen werden, sondern oft als Paar- oder Familienentscheidung definier werden. Dies kann positiv sein, im Sinne einer gemeinsam getroffenen Entscheidung, aber auch negativ – im Sinne einer unerwünschten Einmischung von Angehörigen. Nicht selten haben Angehörige (Partner, Partnerin, erwachsene Töchter und Söhne) mehr Mühe mit dem Sterben als die betroffene Person selbst; auch weil das Sterben eines alten Familienmitglieds nicht nur als Verlust, sondern auch als ‚dunkler Schatten‘ der eigenen Zukunft erlebt wird.

Wenn alte Menschen in einer Partnerschaft leben, ist der Partner bzw. die Partnerin fast immer die wichtigste Bezugs- und Ansprechperson. Allerdings erhöht sich mit steigendem Lebensalter das Risiko einer Verwitwung, wodurch eine wesentliche Bezugsperson wegfällt.



Verheiratete bzw. Geschiedene Inkl. eingetragene Partnerschaft bzw. aufgelöste eingetragene Partnerschaft
Quelle: BFS – Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes (ESPOP)

Aufgrund geschlechtsspezifischer Unterschiede der Lebenserwartung (Frauen leben länger als Männer), kombiniert mit geschlechtsspezifischem Heiratsverhalten (Männer heiraten häufig eine jüngere Frau) ist Verwitwung im höheren Lebensalter primär Frauenschicksal. Unterschiede der Wiederverheiratungsraten (Männer heiraten auch im höheren Lebensalter häufiger erneut) verstärken die geschlechtsspezifischen Unterschiede zusätzlich. Vom Unterstützungspotenzial ‘Partnerin’ profitieren somit Männer in weitaus stärkerem Masse als Frauen.

Umgekehrt scheinen Männer allerdings stärker von einer Partnerbeziehung ‘abhängig’ zu sein (und nicht verheiratete Männer sterben durchschnittlich früher als verheiratete Männer).

4.1 Verwitung als Risikofaktor im Alter

Verwitung ist ein kritisches Lebensereignis, das im Alter viele Menschen – namentlich Frauen – trifft. Partnerverlust durch Tod bedeutet das Ende einer oft langjährigen Partnerbeziehung mit allen persönlichen Konsequenzen, welche das Ende einer engen und intimen Lebens- und Haushaltsgemeinschaft für den überlebenden Partner beinhaltet.

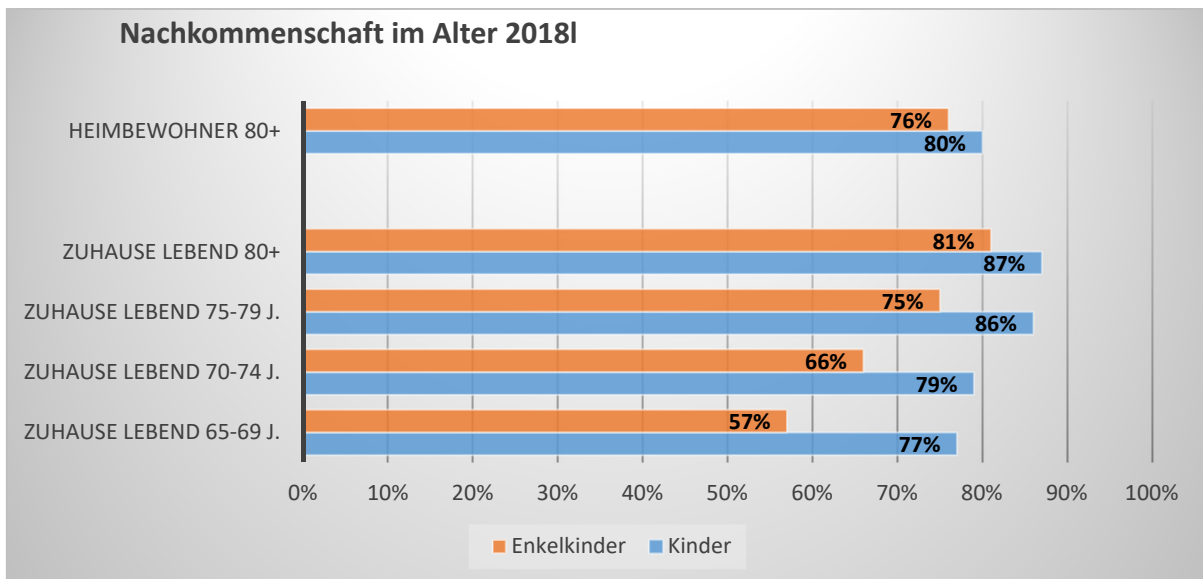
Ein Zeitvergleich der subjektiven Bilanzierung einer Verwitung im Alter lässt folgendes erkennen (Höpflinger et al. 2013): Zum ersten werden finanzielle Probleme einer Verwitung in neueren Erhebungen seltener erwähnt. Der Anteil an Verwitweten, die starke finanzielle Probleme durch den Partnerverlust erfuhren, sank. Dies ist mit dem Ausbau der Altersvorsorge verbunden. Zum zweiten wird ein Mangel an sozialen Kontakten nach einer Verwitung in aktuelleren Erhebungen weniger häufig angeführt, was mit einer verbesserten sozialen Integration und verstärkten familialen wie ausserfamilialen Sozialbeziehungen älterer Menschen verbunden sein dürfte.

Während sich bei den wirtschaftlichen und sozialen Gegebenheiten (finanzielle Probleme, soziale Kontakte) Verbesserungen in der Lebenslage nach einer Verwitung ergaben, ist dies bei den psychischen Dimensionen (wie Einsamkeit, Verlust an Lebenssinn) nicht der Fall. Ein Verlust von Lebenssinn wird je nach Erhebungsjahr von einem Fünftel bis einem Viertel der verwitweten Frauen und Männer angeführt. Auch der Zwang nach einem Partnerverlust, allein verantwortlich zu sein und alles selber zu machen, wird von vielen Menschen als schwerwiegende Herausforderung eingestuft. An erster Stelle der negativ erlebten Aspekte einer Verwitung steht jedoch Einsamkeit (und zwar bei Witwen wie Witwer gleichermaßen). *Vor allem die erste Zeit nach einer Verwitung ist durch eine erhöhte Anfälligkeit für körperliche und psychische Erkrankungen sowie durch ein erhöhtes Suizidrisiko (speziell bei Männern) gekennzeichnet.* Die Bewältigung einer Verwitung hängt längerfristig sowohl von den Umständen des Partnerverlustes als auch von den sozialen und psychischen Ressourcen des überlebenden Partners oder der überlebenden Partnerin ab. Trauerforschung zeigt, dass Personen, die zuvor an psychischen Störungen litten (z.B. klinische Depression oder Angststörungen) mit hoher Wahrscheinlichkeit auch im Umgang mit einem Verlust Schwierigkeiten erleben.

4.2 Nachkommenschaft

Die heute alten Frauen und Männer – als Vertreter und Vertreterinnen ehe- und familienfreundlicher Generationen – haben grossmehrheitlich Nachkommen. Erwachsen gewordene Kinder sind im Alter oft bedeutsame Bezugs- und Unterstützungspersonen. Allerdings liegt bei den neuesten Rentnergenerationen bzw. den heute 65-74-Jährigen der Anteil der Kinderlosen höher als bei den über 75-Jährigen. Dies widerspiegelt die Tatsache, dass sich in den letzten Jahrzehnten der Anteil kinderlos bleibender Frauen und Männer erhöht hat. Damit wird inskünftig auch bei den über 80-jährigen Frauen und Männer der Anteil an Kinderlosen ansteigen.

Der Anteil an Kinderlosen ist bei den Heimbewohnern übrigens heute nicht höher als bei zuhause lebenden alten Menschen. Da Fehlen von Nachkommen ist kaum mehr ein bedeutsamer Faktor für einen Heimeintritt, im Gegensatz zu früher, als Kinderlose in Heimen übervertreten waren (Guilley 2005: 123). Sowohl bei den zuhause lebenden 80-jährigen und älteren Eltern als auch bei den Heimbewohnern geben über neunzig Prozent an, enge und nahe Kontakte zu ihren Kindern zu pflegen.



Erhebung 2018 (N: 2198 zuhause lebende Personen gesamte Schweiz, 407 Heimbewohner 80+ in West- und Deutschschweiz.

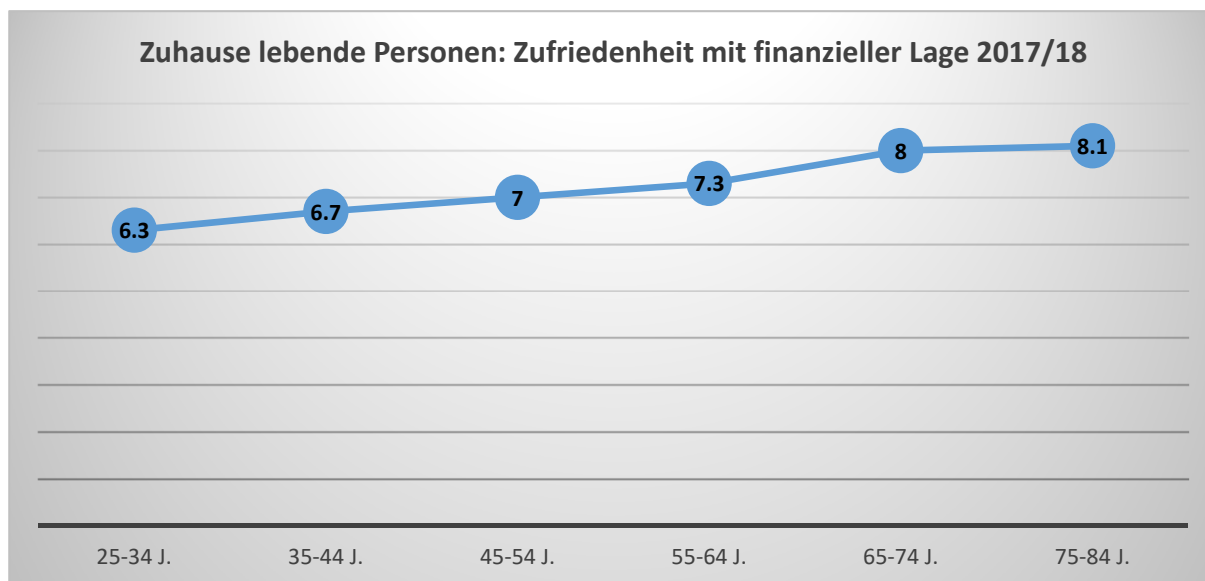
Quelle: Höpflinger et al. 2019)

Die Mehrheit der älteren und alten Menschen hat Enkelkinder und viele ältere Menschen sind als Grosseltern intergenerationell oft stark engagiert (Höpflinger 2016).¹ Der zunehmende Anteil an Kinderlosen führt allerdings auch dazu, dass der Anteil älterer Menschen ohne Enkelkinder ansteigende Tendenzen aufweist, namentlich bei den jüngeren Altersgruppen (65-74 J.) bzw. jüngeren Geburtsjahrgängen. Der Trend zu später Familiengründung bei jungen Menschen verstärkt zudem die Tendenz zu wenigen Enkelkindern, die oft spät geboren werden.

5 Zur wirtschaftlichen Lage im hohen Lebensalter

Dank allgemeiner Wohlstandssteigerung und Ausbau der Altersversorgung hat sich die wirtschaftliche Lage vieler älterer Menschen verbessert. Zahl und Anteil an wohlhabenden bis reichen alten Menschen sind angestiegen. Die Mehrheit der heute älteren und alten Menschen ist mit ihrer finanziellen Situation zufrieden und die finanzielle Zufriedenheit ist bei älteren Personen höher als bei jüngeren Personen. Dies kann einerseits damit zusammenhängen, dass jüngere Personen familial bedingt (Kinder) höhere Ausgaben haben, finanziell noch wenige Reserven aufbauen konnten oder beruflich erst am Anfang ihrer Karriere stehen. In der nachberuflichen Lebensphasen entfallen zudem berufliche Kosten (wie Pendelverkehrskosten, Kosten für Weiterbildung). Andererseits kann eine hohe Zufriedenheit mit der finanziellen Lage bei älteren Generationen auch das Ergebnis einer bescheidenen Lebensführung sein.

¹ Im hohen Lebensalter werden auch Urenkel häufiger, allerdings fehlen Studien zur Bedeutung von Urgrosselternschaft.



Mittelwert einer Skala von 0-10 (0: sehr unzufrieden, 10: vollständig zufrieden)

Quelle: Schweiz. Haushaltspanel-Daten (Welle 19 gewichtet)

Ein entscheidender Faktor für die wirtschaftliche Sicherheit im Alter (und eine hohe Zufriedenheit mit der finanziellen Lage) ist die Höhe der Renteneinkommen. Grosse Unterschiede ergeben sich primär bei der 2. Säule (Renten bzw. Kapitalbezug aus der beruflichen Vorsorge) und den privaten Vermögenswerten. Wie nachfolgend gezeigt wird, sind im hohen Lebensalter weiterhin viele Menschen auf Ergänzungsleistungen zur AHV angewiesen. Auf der anderen Seite können nicht wenige alte Menschen auf bedeutsame Vermögenswerte (inkl. Wohneigentum) zurückgreifen. Noch stärker als bei jungen Menschen ergeben sich bei älteren und alten Menschen enorme Einkommens- und Vermögensungleichheiten.

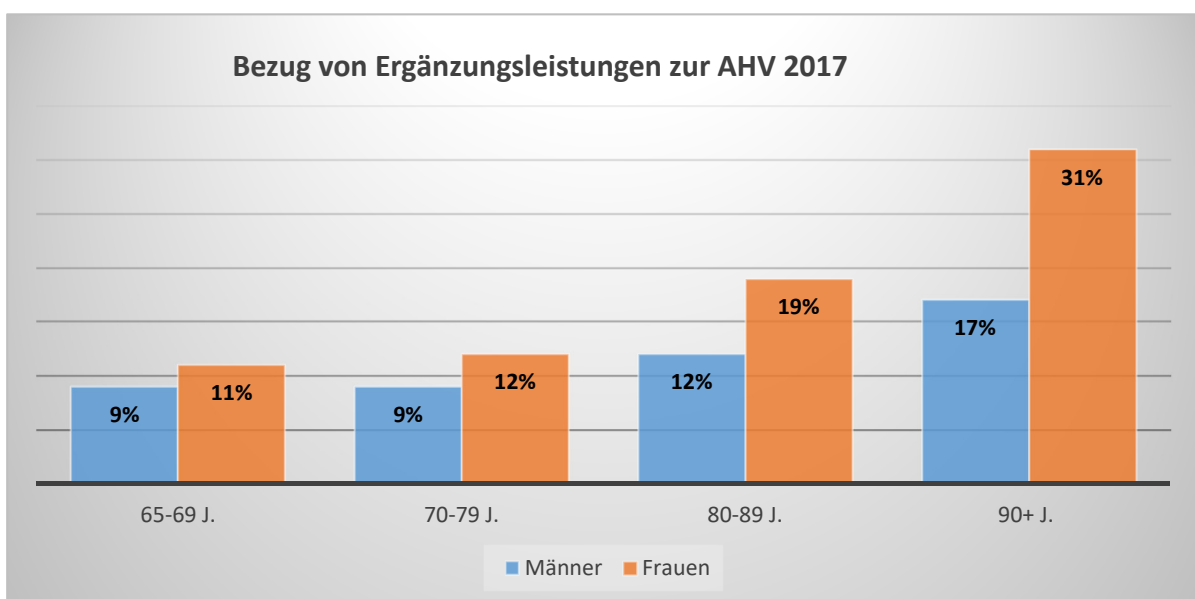
5.1 Armut im Alter – und Bezug von Ergänzungsleistungen zur AHV

Trotz Ausbau der Altersvorsorge ist Armut im Alter auch in der Schweiz nicht verschwunden. Eine beträchtliche Minderheit älterer und alter Menschen kämpft mit engen finanziellen Spielräumen (Pilgram, Seifert 2009). Fast die Hälfte der AHV-Rentner und AHV-Rentnerinnen geben das aus, was sie an Renten erhalten und gut zehn Prozent der AHV-Rentner und AHV-Rentnerinnen haben Mühe, eine unerwartete Ausgabe von 2000 Franken zu bezahlen. Normalerweise geht es, aber wenn unerwartete Kosten anfallen, kommen einkommensschwache ältere und alte Menschen rasch in eine Notlage. Oder in anderen Worten: Neben armen AHV-Rentnern existiert eine nicht unbedeutende Gruppe älterer und alter Frauen und Männer, die im Normalfall zurechtkommen, aber etwa bei krankheitsbedingten Mehrkosten rasch in finanzielle Schwierigkeiten geraten.

Den grössten Einfluss auf das Einkommen im Alter haben Bildungsniveau sowie ehemalige berufliche Position, Lebensform und Wohnort: Personen ohne nachobligatorische Ausbildung weisen im Alter ein höheres Armutsrisiko auf als Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe. Alleinlebende ältere Menschen sind häufiger arm als Personen, die als Paar leben. Zudem sind ältere Menschen in ländlichen Gemeinden stärker armutsgefährdet als jene in Städten und Agglomerationen (Fleury, Christin 2012: 9, Von Gunten et al. 2015). Daneben spielt indirekt auch die Nationalität mit und über 64-jährige Personen ausländischer Nationalität weisen ein höheres Armutsrisiko auf als gleichaltrige Schweizer und Schweizerinnen.

Insgesamt beziehen gut 12-13% der Menschen im AHV-Alter Ergänzungsleistungen (EL). Dabei ist zu berücksichtigen, dass nicht alle Personen mit Anrecht auf EL diese auch beziehen, etwa aus Stolz oder wegen fehlender Information über ihre Rechte.

Der Bezug von Ergänzungsleistungen variiert nach zwei Aspekten: Erstens beziehen mehr Frauen als Männer EL, primär aufgrund geringerer Erwerbseinkommen (und früheren Lohndiskriminierungen). Zweitens erhöht sich der Anteil der EL-Bezüger und EL-Bezügerinnen im hohen Lebensalter. Zum einen konnten heute alte Menschen noch weniger von der Wohlstandsentwicklung der letzten Jahrzehnte profitieren als nachkommende Generationen. Zum anderen kann ein hohes Alter zur Verarmung beitragen, weil angespartes Vermögen altersbedingt aufgebraucht werden muss. Aktuell müssen um die 17% der AHV-Rentner und Rentnerinnen auf Erspartes zurückgreifen, um ihre Lebenskosten (Miete, Ernährung, Krankenkassenprämien usw.) zu finanzieren. Zum dritten sind Pflegekosten in Alters- und Pflegeheimen oft nur via Bezug von EL finanzierbar und gut die Hälfte der Bewohnerschaft von Alters- und Pflegeeinrichtungen bezieht EL.



Quelle: AHV- und Ergänzungsleistungsstatistik (Bundesamt für Sozialversicherungen)

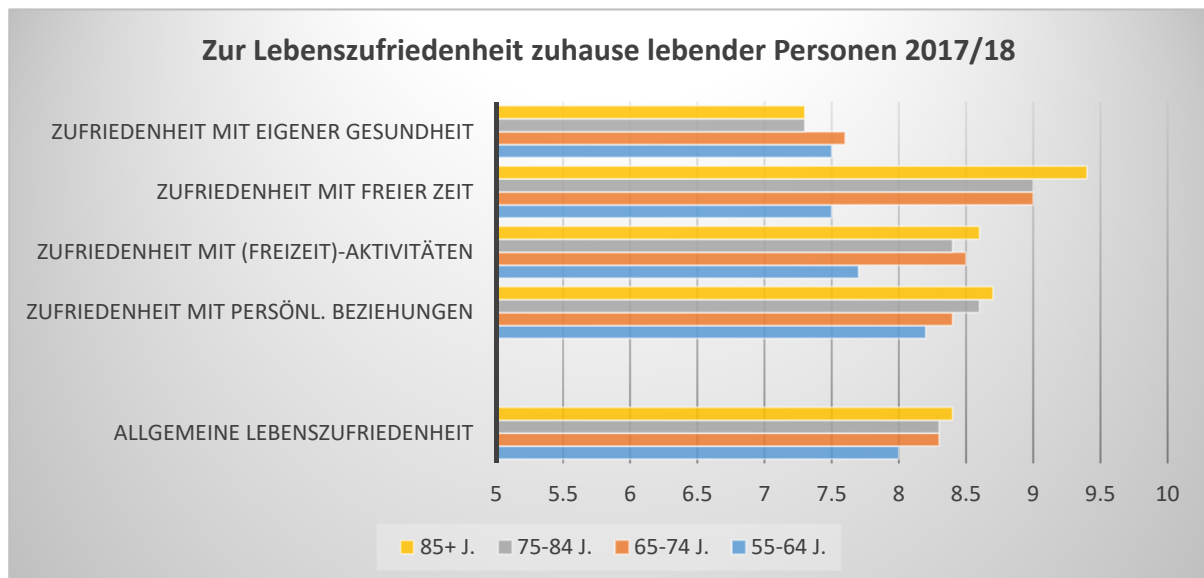
Armut bzw. finanzielle Prekarität im Alter hat zwei zentrale Folgen: Erstens führen wirtschaftliche Existenzprobleme häufig zu psychischen und körperlichen Erkrankungen und damit zu vorzeitiger Pflegebedürftigkeit und Mortalität. Zweitens reduzieren finanzielle Probleme im Alter Lebensmut und Lebenswille. Auch wenn darüber keine Studien existieren, die zeigen, ob und wie entscheidend finanzielle Themen bei konkreten Suizidhilfe-Entscheiden tatsächlich sind, wirkt Armut im Alter klar lebenszermürend.

6 Lebenszufriedenheit, psychische Befindlichkeit und Einsamkeit im hohen Lebensalter

Die Datenlage zur Lebenszufriedenheit und zur psychischen Befindlichkeit alter Frauen und Männer in der Schweiz ist lückenhaft. Dies hat einerseits damit zu tun, dass Befragungen mit sehr alten Menschen – etwa aufgrund von Höreinschränkungen oder körperlicher Fragilität – aufwendig sind und bei vielen Erhebungen sind die über 80-Jährigen schlecht vertreten. Andererseits sind im hohen Alter manche Menschen nicht befragbar, etwa wegen Demenz. Zudem fehlen aktuelle gesamtschweizerische Erhebungen zum Wohlbefinden alter Heimbewohner und Heimbewohnerinnen.²

Ein erster Vergleich vorliegender Erhebungen zeigt keine Abnahme der Lebenszufriedenheit im hohen Lebensalter und pensionierte Menschen sind gesamthaft zufriedener als Personen im Erwerbsalter. Allerdings ist bei der Betrachtung solcher Zahlen zu berücksichtigen, dass unzufriedene und unglückliche Menschen häufiger vorzeitig versterben bzw. im Alter häufiger in einer Alters- und Pflegeeinrichtung leben (was im hohen Alter die Durchschnittswerte zur Lebenszufriedenheit bei den überlebenden zuhause lebenden Personen erhöht).

Im hohen Lebensalter werden Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden nicht allein von der gegenwärtigen Situation bestimmt, sondern sie werden durch vergangene Ereignisse beeinflusst. Während in jungen Jahren die Lebenszufriedenheit durch Zukunftsperspektiven bestimmt wird, ist im hohen Lebensalter – und gegen Lebensende – die Lebenszufriedenheit durch eine positive oder negative Interpretation der biografischen Vergangenheit beeinflusst. Wer auf ein positiv erinnertes Familien- oder Berufsleben zurückgreifen kann, kann eher mit aktuellen Alltagseinschränkungen umgehen, als wenn traumatische oder unerledigte Dinge aus der Vergangenheit das Alter belasten.



Mittelwerte einer Skala von 0-10 (je höher der Wert, desto zufriedener).

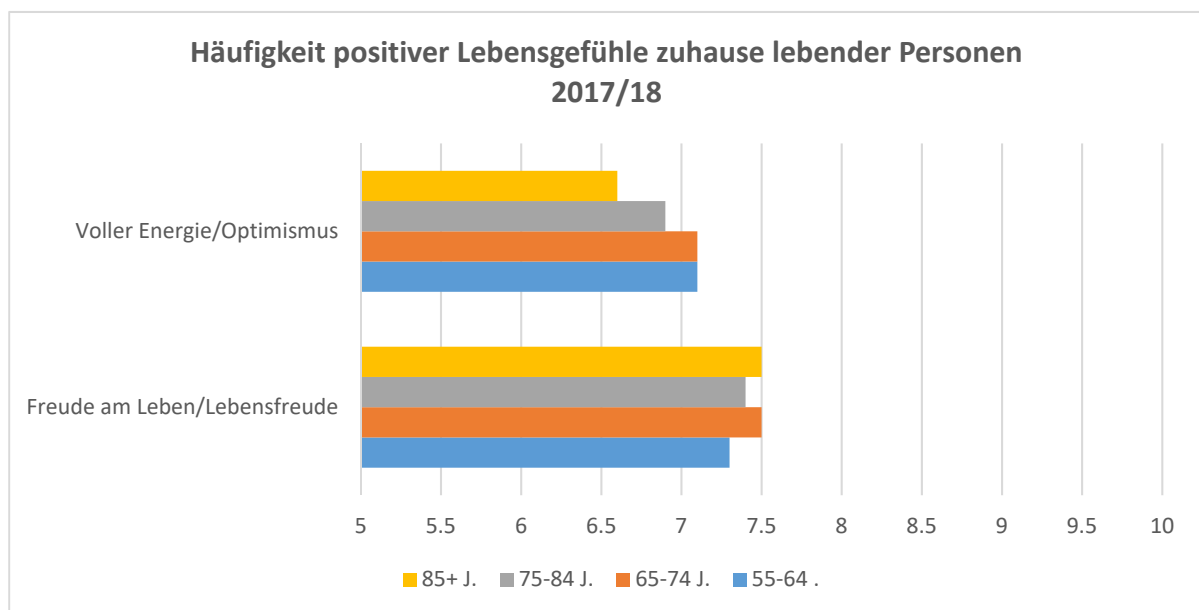
Quelle: Schweiz. Haushaltspanel 2017/18 (Welle 19, gewichtete Daten), eigene Auswertungen.

² Die letzte Erhebung des Bundesamts für Statistik über Alters- und Pflegeheimbewohner stammt aus dem Jahr 2008/2009.

Erwartungsgemäss sinkt die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit im Alter, wenn auch weniger stark als zu vermuten wäre. Die oft noch hohe Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit hat im Alter allerdings auch damit zu tun, dass man seine eigene Gesundheit mit anderen Personen gleichen Alters vergleicht („Man hat zwar seine Beschwerden, aber gesundheitlich geht es mir immer noch besser als meiner gleichaltrigen Nachbarin“, „Gesundheitlich gibt es Probleme, aber die sind weniger schlimm als manche in diesem Alter erleben“ usw.).

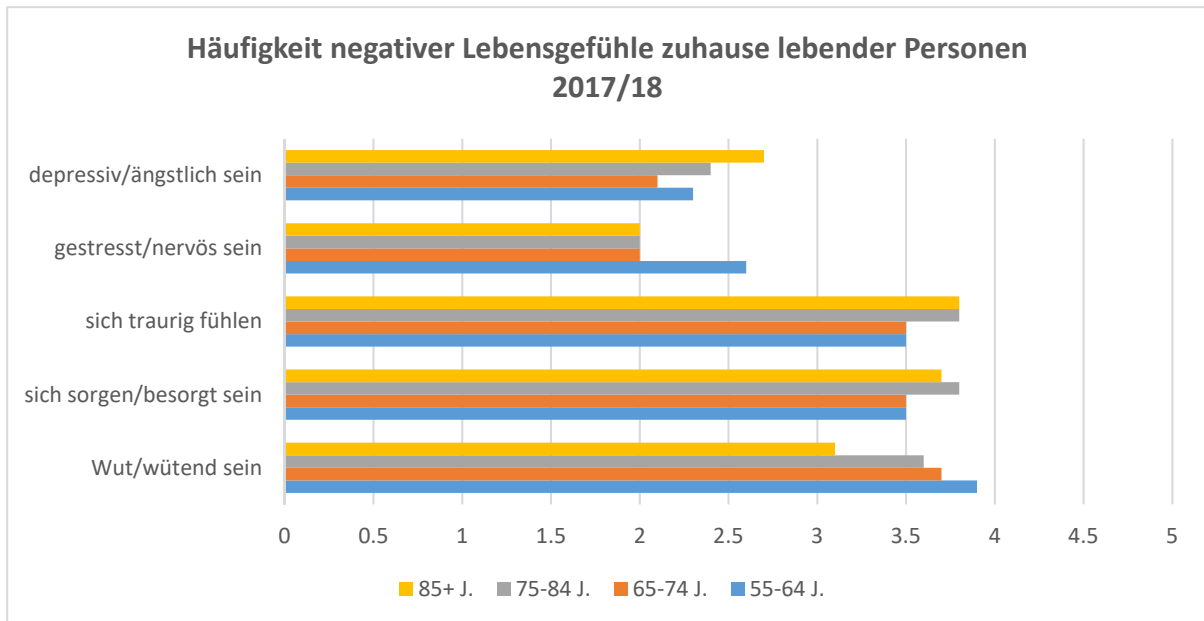
Mit dem Alter eher ansteigend ist die Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen, wobei im hohen Lebensalter weniger die Quantität als die Qualität sozialer Beziehungen bedeutsam ist. Im Alter ansteigend ist auch die Zufriedenheit mit der freien Zeit und den (Freizeit)-Aktivitäten. Allerdings gilt auch hier, dass vor allem sozial gut eingebettete und aktive Frauen und Männer ein hohes Alter erreichen bzw. in diesem hohen Lebensalter noch zuhause wohnen können.

Die Lebensfreude bzw. die Freude am Leben bleibt für eine Mehrheit sehr alter Menschen hoch, auch wenn die Werte tiefer liegen als bezüglich der allgemeinen Lebenszufriedenheit. Bei zuhause lebenden alten Menschen zeigt sich keine generelle Abnahme der Lebensfreude (wobei zu berücksichtigen ist, dass sich Lebensfreude und Lebenswille gegen Lebensende sehr rasch verringern können). Was sich im hohen Lebensalter verringert, ist das Gefühl voller Energie/optimistisch zu sein.



Mittelwerte einer Skala 0-10; 0: nie, 10 immer, Je höher der Wert, desto häufiger.

Quelle: Schweiz. Haushaltspanel 2017/18 (Welle 19, gewichtete Daten), eigene Auswertungen



Mittelwerte einer Skala 0-10; 0: nie, 10 immer, Je höher der Wert, desto häufiger.

Quelle: Schweiz. Haushaltspanel 2017/18 (Welle 19, gewichtete Daten)

Bei den negativen Gefühlen werden tägliche Sorgen und Traurigkeit im Alter relativ am häufigsten erwähnt, wogegen Stress und Angst weniger angeführt werden. Wutgefühle nehmen mit dem Alter eher ab, was mit einer gewissen Gelassenheit älterer und alter Menschen zusammenhängt. Höhere Werte im Alter ergeben sich einzig in Bezug auf depressive Stimmungen und Ängstlichkeit. Diesbezüglich sind über 84-Jährigen häufiger betroffen als jüngere Befragte.

Gesamthaft gibt es somit nur wenige Hinweise darauf, dass sehr alte Menschen allgemein ein klar negativeres psychisches Wohlbefinden aufweisen als jüngere Menschen. Was die vorgestellten Angaben allerdings nicht widerspiegeln, sind Veränderungen der psychischen Befindlichkeit am Lebensende. Oft, wenn auch nicht immer, ergeben sich massive Veränderungen des psychischen Befindens nicht aufgrund des hohen Lebensalters, sondern als Folge chronisch-funktionaler Einschränkungen gegen Lebensende. Lebensmüde werden alte Menschen nicht so sehr weil sie alt sind, sondern weil das Leben gegen Lebensende mühsam und beschwerlich wird.³

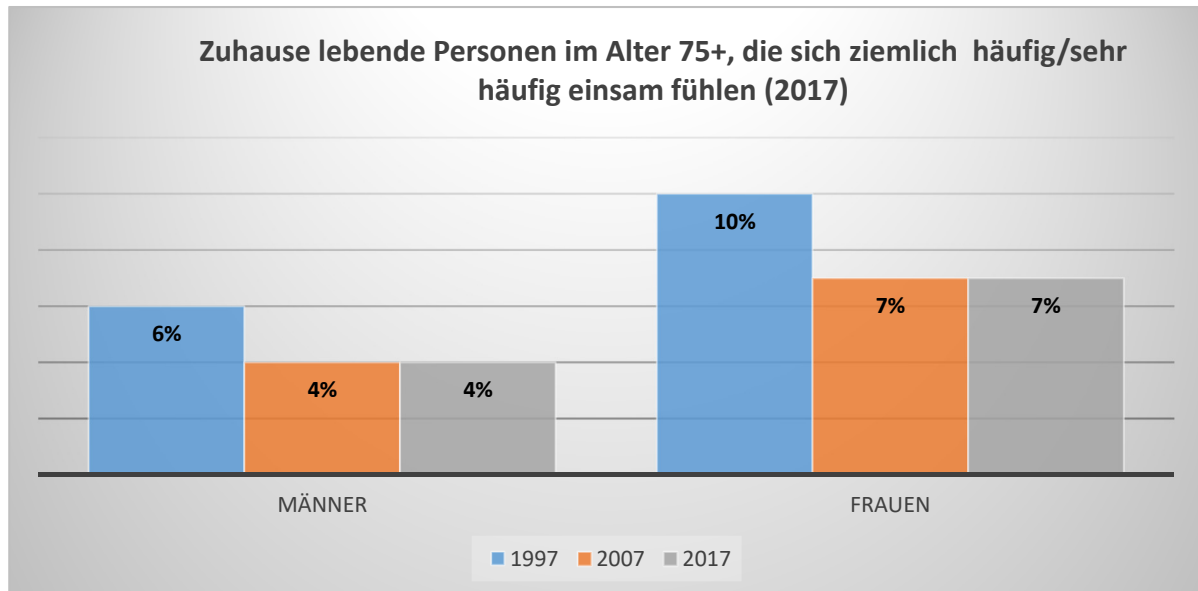
³ Das Konzept des ‚terminalen Abbaus/Zusammenbruchs‘ (terminal decline) wird in diesem Rahmen (wenn auch kontrovers) verwendet: In den letzten Lebensmonaten kann sich die gesamte Lebenssituation (funktional, psychisch) schnell verschlechtern. Bei Menschen im hohen Lebensalter kann der Prozess des ‚terminal decline‘ rasch und dramatisch erfolgen (lange Zeit trotz Fragilität selbständiges Haushalten möglich und dann plötzlich rascher funktionaler und kognitiver Zerfall), vgl. Hülür et al. 2019.

6.1 Einsamkeit im Alter

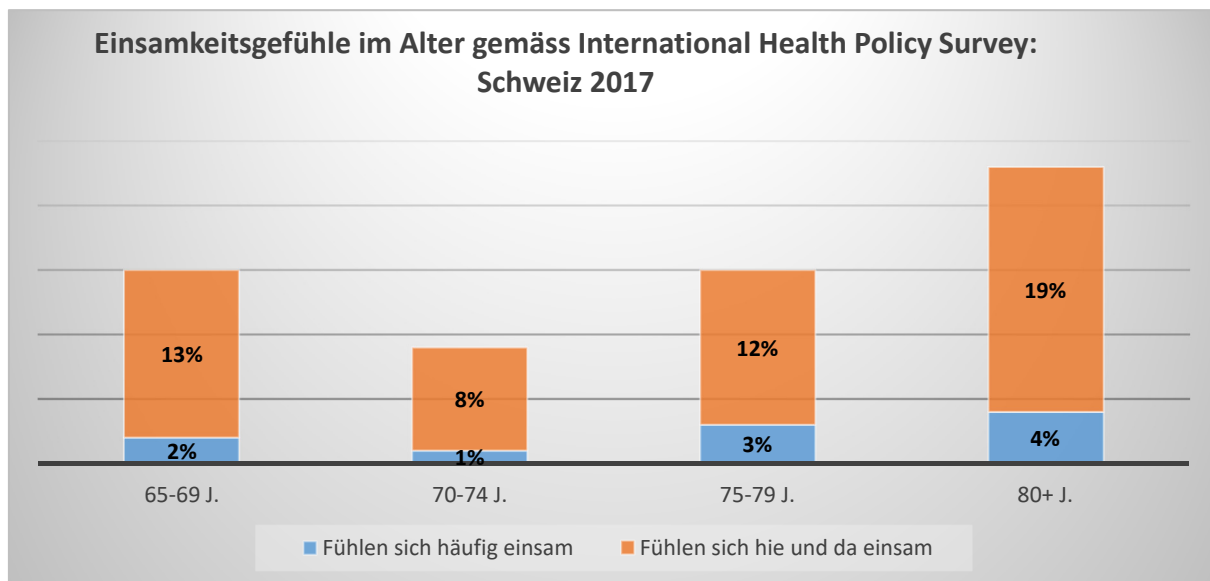
Wenn negative soziale Entwicklungen im Alter angesprochen werden, steht das Thema von Einsamkeit im Vordergrund. 'Einsamkeit im Alter' ist eine verbreitete Thematik im Rahmen defizitärer Bilder zum Alter. Die Erhebung des Berner Generationenhauses (2019) zu Altersbilder illustriert, dass vor allem jüngere Menschen Einsamkeit im Alter betonen, wogegen dieses Thema von älteren Befragten weniger gewichtet wird.

Zu den unkritisch immer wieder aufgeführten Behauptungen gehört, dass Einsamkeit im Alter im Verlauf der gesellschaftlichen Entwicklung an Bedeutung gewann, da unsere Gesellschaft anonymer und unsolidarischer geworden sei. Ein Zeitvergleich 1979-2011 der Einsamkeitsgefühle bei alten Menschen widerlegt diese Behauptung und der Anteil der sich häufig und immer einsam fühlenden 80-jährigen Frauen und Männer ist in den letzten Jahrzehnten eher gesunken als angestiegen. Einsamkeit im Alter existiert, ist aber weniger häufig als in früheren Jahrzehnten (Höpflinger 2013: 48).

Im Folgenden werden Angaben darüber präsentiert, wie viele alte Männer und Frauen sich in neueren Erhebungen einsam fühlen (wobei sich diese Daten wiederum nur auf zuhause lebende Menschen beziehen). Gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017 fühlen sich relativ wenige der zuhause lebenden Männer und Frauen im Alter von 75 Jahren und älter ziemlich oder sehr häufig einsam (4% bei den Männern, 7% bei den Frauen). Im Zeitvergleich 1997 bis 2017 sind die entsprechenden Werte eher gesunken als angestiegen. Zu beachten ist allerdings, dass das Gefühl von Einsamkeit und soziale Isolation - definiert als Fehlen guter sozialer Beziehungen - nicht deckungsgleich sind. So fühlen sich nicht alle sozial isolierten alten Menschen einsam und im hohen Lebensalter kann soziale Isolation und Vereinsamung auch das Ergebnis eines gewollten sozialen Rückzugsprozesses darstellen (Lang 2007).



Quelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragungen



Quelle: Merçay 2017

Der 2017 durchgeführte ‚International Health Policy Survey‘ lässt ebenfalls erkennen, dass relativ wenige ältere Menschen sich als häufig einsam einstufen. Im Vergleich zu anderen Ländern fühlen sich in der Schweiz etwa ähnlich wenige alte Menschen häufig einsam wie in Schweden oder Deutschland (wogegen Einsamkeit im Alter in Grossbritannien und den USA häufiger erwähnt wird).

Im Gegensatz zu Altersstereotypen zeigt sich nicht, dass der Anteil an Personen, die sich (zu Hause) einsam fühlen, mit dem Alter ansteigt. Ansteigend ist im hohen Alter allerdings der Anteil von Personen, die sich hie und da einsam fühlen. Bei den 80-jährigen und älteren Befragten sind dies gut ein Fünftel. Einsamkeit variiert auch im Alter je nach Lebenslage. So leiden kranke, einkommensschwache und bildungsferne ältere und alte Menschen häufiger unter Einsamkeit als gesunde, einkommensstarke und schulisch-beruflich gut ausgebildete Gleichaltrige.

Wichtig um Vereinsamung im Alter zu vermeiden sind – neben einer guten Partnerbeziehung und guten Kontakten zu Familienangehörigen – auch Freunde als Vertrauenspersonen. Speziell beim Fehlen einer Partnerbeziehung im Alter – aufgrund einer Scheidung oder Verwitwung – treten Einsamkeitsgefühle häufiger auf, wenn keine Freunde bzw. Freundinnen vorhanden sind (Höpflinger 2019).

6.2 Zur Lebens- und Pflegequalität in Alters- und Pflegeheimen

Menschen, die in Alters- und Pflegeheimen leben, sind zumeist hilfe- und pflegebedürftig, leiden oft an Multimorbidität und zu über sechzig Prozent an demenziellen Erkrankungen. Zudem leidet gut ein Viertel der alten Heimbewohner und Heimbewohnerinnen an Depressionen. Mehrheitlich handelt es sich um alte Menschen, die in Heimen leben, weil sie aufgrund depressiver Symptome nicht mehr zu Hause leben können. In einigen Fällen kann aber auch der Wechsel in ein Alters- und Pflegeheim zu depressiven Symptomen beitragen bzw. solche verstärken.

In einer grösseren Studie wurden 2013-2014 1035 Bewohner und Bewohnerinnen aus 51 Pflegeheimen der deutsch- und französischsprachigen Schweiz zu ihrer Lebens- und Pflege-

qualität befragt (wobei nur Personen bis und mit mässigen kognitiven Einschränkungen einbezogen wurden) (Sommerhalder et al. 2015). Das durchschnittliche Alter der befragten Personen (zu 76% Frauen) war 86 Jahre.

Insgesamt bewerteten sieben von zehn befragten Pflegeheimbewohnerinnen und –bewohner ihre Lebensqualität als gut (62%) oder sehr gut (9%). Erwartungsgemäss fällt die Beurteilung der Pflege- und Lebensqualität mit zunehmender Pflegeabhängigkeit, kognitiven Einschränkungen sowie mit schlechterem Gesundheitszustand schlechter aus.

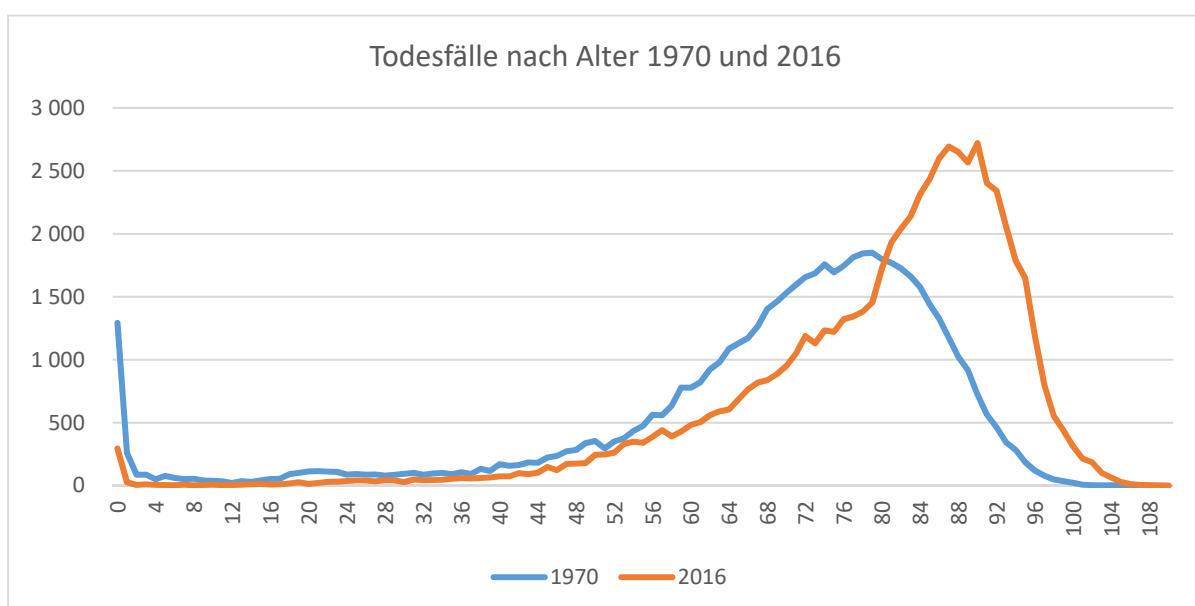
Mehr als 90% fühlten sich in ihrem Pflegeheim sicher und geborgen. 85% sagten, sie würden mit Höflichkeit und Respekt behandelt und in ihrer Intimsphäre respektiert. Schutz der Würde und Wahrung der Privat- und Intimsphäre sind generell zentrale Rahmenbedingungen für eine gute Pflege- und Betreuungsqualität im Alter.

Häufigere Einschränkungen wurden bezüglich Autonomie angeführt. So konnten nur zwei Drittel der Befragten den Zeitpunkt des Aufstehens selbst wählen und fast vierzig Prozent vermissten Möglichkeiten, individuelle Hobbies, die Freude bereiten, auszuüben. Selbstbestimmung ist nicht in allen Pflegeheimen gleichermassen gewährleistet. Die am schlechteste bewertete Dimension bezog sich auf die personenzentrierte Behandlung, Pflege und Betreuung. So gab nur ein Drittel der befragten alten Heimbewohnerinnen und –bewohner an, dass sich das Personal für ihre Lebensgeschichte interessiere. Alltägliche und vertrauensvolle Kontakte zum Personal waren gemäss den Befragten nur teilweise vorhanden. So gaben lediglich 30% an, dass das Personal manchmal bei ihnen vorbeischaue, um zu reden. Umgekehrt gaben immerhin 60% an, eine Vertrauensperson beim Personal aufzuweisen.

Insgesamt erweist sich die erlebte Lebens- und Pflegequalität alter Heimbewohner und –bewohnerinnen als besser als medial vielfach vermittelt wird. Lücken ergeben sich am ehesten bezüglich Selbstbestimmung, genügend Zeit des Personals für persönliche Kontakte und Beachtung der Lebensgeschichte alt gewordener Heimbewohner und Heimbewohnerinnen.

7 Lebensende und Sterben hochaltriger Frauen und Männer

Immer mehr Menschen sterben in einem hohen Lebensalter. Das Alter beim Tod hat sich – wie die nachfolgende Grafik illustriert – erhöht.



Dabei wird in der palliativen Pflege deutlich, dass Menschen, die im hohen Alter – nach einem langen Leben – versterben, andere Themen und Fragen beschäftigen als Menschen, die relativ früh versterben. Wer verfrüht stirbt, sorgt sich häufiger um unterbrochene Lebenspläne oder um überlebende Angehörige. Für Menschen im hohen Lebensalter sind Fragen der biografischen Aufarbeitung häufiger zentral (teilweise dadurch verstärkt, dass im hohen Alter das Langzeitgedächtnis besser funktioniert als das Kurzzeitgedächtnis). Bei ausgeprägter Fragilität und merkbaren funktionalen Einschränkungen werden auch Lebensmüdigkeit und das Gefühl eine Belastung für Andere zu sein vermehrt angesprochen. Religiös-spirituelle Fragen sind generationenbedingt bei sehr alten Menschen stärker von früheren religiösen Orientierungen und Werten geprägt als bei jüngeren Sterbenden.

Die These, dass Sterben und Tod tabuisiert werden, stimmt heute nur bedingt, wenn überhaupt. In einer 2009 durchgeführten schweizerischen Bevölkerungsbefragung lag der Anteil an erwachsenen Personen, die schon einmal mit jemandem über das Sterben oder über das eigene Lebensende gesprochen haben bei 63%. In der Wiederholungsbefragung 2017 waren es mit 66% sogar leicht mehr Befragte. Frauen sind zum Thema ‚Tod und Sterben‘ sensibilisierter als Männer, ebenso Personen mit guter schulisch-beruflicher Ausbildung (Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien BASS 2018). Allerdings wurden in dieser Befragung kaum hochaltrige Menschen befragt und in der Schweiz sind Informationen zu den Einstellungen alter Menschen zu Tod und Sterben noch mangelhaft. Eine Ausnahme bildet eine im Rahmen des NFP 67 ‚Lebensende‘ durchgeführte Erhebung bei 280 über 74-jährigen Bewohner und Bewohnerinnen von Alters- und Pflegeheimen in den Kantonen Waadt, Tessin und St. Gallen. Diese Erhebung liess eine eher passive Haltung zum Tod erkennen. Der nahende Tod wird mehr oder weniger akzeptiert, aber nur in seltenen Fällen besteht ein aktiver Sterbewunsch (Monod et al. 2013). Ein Wunsch rasch zu sterben war in dieser Studie mit vier Faktoren assoziiert: a) depressive Symptome, b) unerfüllte spirituelle Bedürfnisse, c) Gefühl anderen Menschen zur Last zu fallen sowie d) demoralisierte Stimmung und Ängstlichkeit. Zusätzliche Hinweise auf den Umgang mit Tod und Sterben im hohen Lebensalter vermittelt die Heidelberger Hundertjährigen-Studie (Jopp et al. 2013). Die Hauptergebnisse sind im nachfolgenden Kasten zusammengefasst.

»Ich bin bereit, jeden Tag zu gehen – nur heute und morgen nicht!« – Hundertjährige zwischen Lebenswille und Todessehnsucht

Im Rahmen einer grossen Studie wurde eine repräsentative Stichprobe von Hundertjährigen aus der Region Heidelberg befragt (Jopp et al. 2013). Um sicherzustellen, dass viele Hundertjährige berücksichtigt werden konnten, wurden nicht nur Informationen von noch auskunftsfähigen Hundertjährigen gesammelt, sondern auch Basisinformationen über nicht mehr auskunftsfähige Hundertjährige durch nahestehende Verwandte oder Betreuer (sog. Proxies) eingeholt. Eine überwiegende Mehrheit (78%) der auskunftsfähigen Hundertjährigen beantwortete auch Fragen zum Thema Sterben und Tod. Dies verdeutlicht zweierlei; einerseits eine hohe Bereitschaft sich Endlichkeitsfragen zu stellen und Gedanken zum eigenen Tode auszutauschen. Es bestanden keinerlei Hemmungen, dieses sensible Thema mit Interviewern zu besprechen. Es war sogar sehr einfach mit den Hundertjährigen hierüber ins Gespräch zu kommen. Zum anderen verdeutlicht die hohe Anzahl an Studienteilnehmern, die sich zum Thema äusserten, dass selbst Personen mit leichten bis mittelschweren kognitiven Einschränkungen in der Lage sind, reflektiert und mit klaren Worten zu antworten. Die Hundertjährigen scheinen das Thema Sterben und Tod nicht - wie in der Literatur bisweilen beschrieben - zu verdrängen, sondern eher offensiv damit umzugehen.

Eine der Fragen, die den Hundertjährigen gestellt wurde, lautete: „Ist das Lebensende etwas Bedrohliches für Sie?“ Die Auswertung dieser Frage ergab ein eindeutiges Ergebnis: Lediglich eine einzige Person gab an, das Lebensende als etwas Bedrohliches zu erleben. Die meisten Menschen haben keine Angst vor dem Tod, jedoch vor der Art des Sterbens. Im Rahmen der Auswertung der offenen Antworten wurde ein weiterer wichtiger Aspekt deutlich, nämlich dass die Hundertjährigen den Tod als Teil des Lebens ansehen und ins eigene Leben integriert haben. Eine weitere gestellte Frage lautete: „Sehnen Sie sich den Tod herbei?“ Auch diese direkte Frage nach der Todessehnsucht ergab ein eindeutiges Ergebnis: Rund drei Viertel der Hundertjährigen (72 %) wollten noch nicht sterben und verspürten keinerlei Todessehnsucht.⁴ Nur 12 % der Hundertjährigen wiesen eine deutliche Todessehnsucht auf. Dies ist – gemessen an den berichteten Verlusterleben und Belastungen, denen die Hundertjährigen ausgesetzt sind – eine erstaunlich geringe Anzahl. Verluste wurden von Hundertjährigen häufig berichtet; zum einen auf sozialer Ebene, denn die Betroffenen beklagten oft, dass um sie herum alle »weggestorben« seien. Zum anderen erleiden Hundertjährige auch auf physischer Ebene viele Verluste durch das Auftreten zahlreicher Erkrankungen. Auch das meist schlechte Hör- und Sehvermögen führt dazu, dass die Hundertjährigen auf sich selbst zurückgeworfen sind, da diese Sinneseinschränkungen Aktivitätsmöglichkeiten einschränken. Ein Grund für Todessehnsucht war Einsamkeit. Menschen, die sich einsam fühlten, waren auch eher Personen, die Todessehnsucht äußerten. Insbesondere das Fehlen von Vertrauenspersonen war hierbei entscheidend.

7.1 Sterbeorte in der Schweiz - Entwicklung

„Die Mehrheit der Schweizer Bevölkerung wünscht zwar, im vertrauten häuslichen Umfeld zu sterben, aber die meisten Menschen sterben heute im Spital und Pflegeheim. Nur ein kleiner Teil verstirbt zuhause.“ (Leitungsgruppe NFP 67 ‚Lebensende‘ 2017: 14). In einer 2017 durchgeführten schweizerischen Bevölkerungserhebung zur palliativen Pflege gaben über siebzig Prozent (72%) der Befragten an, dass sie am liebsten zu Hause sterben möchten; ähnlich viele wie in einer 2009 durchgeführten früheren Erhebung beobachtet wurde (vgl. Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien BASS 2018).

Die nachfolgenden Angaben illustrieren eine diesen Wünschen entgegengesetzte Entwicklung: Der Anteil von Personen, die nicht in einer stationären Umgebung (Spital, Heim) versterben, ist in den letzten Jahrzehnten gesunken. Angestiegen ist der Anteil derjenigen, die ihr Lebensende in einem Alters- und Pflegeheim verbringen. 2016 lebten 44% der 65-jährigen und älteren Verstorbenen in einem Alters- und Pflegeheim. Dabei nimmt der Anteil der Menschen, die in Pflegeheimen sterben, mit steigendem Alter zu und von den über 90-jährigen Verstorbenen sterben nahezu vier Fünftel in einer Alters- und Pflegeeinrichtung. Dies verdeutlicht die Bedeutung einer guten Zusammenarbeit von Organisationen, die Suizidassistenten anbieten, mit den jeweiligen Alters- und Pflegeheimen.

⁴ Anzuführen ist allerdings bei so hochaltrigen Menschen (grossmehrheitlich Frauen) ein klarer Selektionseffekt: Nur Personen mit hoher mentaler Kraft (und Lebenswille) werden überhaupt so alt. Dies kann bedeuten, dass die Häufigkeit einer Todessehnsucht bei 100-Jährigen geringer sein kann als etwa bei 80- bzw. 90-jährigen Menschen.

Zum Sterbeort in der Schweiz - Entwicklung

A) Allgemeine Entwicklung

Jahr	Bezug	Sterbeort			Quelle
		Zuhause/ unterwegs	Spital	Alters- & Pflegeheim	
1969	Alle Sterbefälle	38%	56%	6%	1
1989	Alle Sterbefälle	31%	55%	14%	1
2001	Alle Sterbefälle	29%	37%	34%	1
2011	Alle Sterbefälle	20%	40%	40%	2
2016	65+-jährig Verstorbene	19%	37%	44%	3

B) Sterbeort nach dem 80. Lebensjahr

Jahr	Bezug	Sterbeort			Quelle
		Zuhause/ unterwegs	Spital	Alters- & Pflegeheim	
2001	80+-jährig Verstorbene	18%	30%	52%	1
2007	75+-jährig Verstorbene	15%	34%	51%	4
	90+-jährig Verstorbene	5%	20%	75%	4
2011	70-89-j. Verstorbene	19%	42%	39%	2
	90+-jährig Verstorbene	2%	20%	78%	2

1: Fischer et al. 2004, 2: Bundesamt für Gesundheit, Daten zum Sterbeort (Stat-Tab), 3: Füglistler-Dousse, Pellegrini 2019, 4: Bundesamt für Statistik 2009.

Der Sterbeort variiert zudem nach Geschlecht. „Während Männer verhältnismässig häufig zuhause oder im Spital sterben, verbringt fast die Hälfte der Frauen die letzte Lebensphase in einem Pflegeheim; bei den Männern ist es lediglich ein Viertel.“ (Leitungsgruppe NFP 67 Lebensende 2017: 14). Daneben sind auch soziale Faktoren bedeutsam. So versterben alleinstehende Menschen mit tiefem sozialem Status häufiger im Heim (Bachmann et al. 2017: 29ff.).

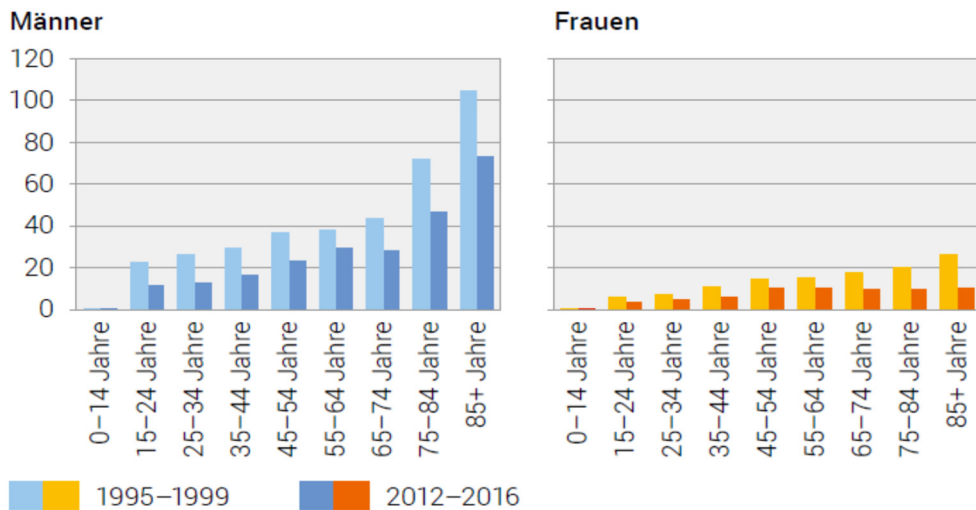
7.2 (Unbegleitete) Suizide im Alter

Ein wenig beachteter sozialer Wandel ist, dass in den allermeisten Ländern (mit Ausnahme der USA) die Suizidraten gesunken sind. Dies gilt auch für die Schweiz, wie die nachfolgende Grafik illustriert. Die Gründe sind vielfältig, von verbesserter sozialer Absicherung, reduzierter Arbeitslosigkeit, vermehrter Behandlung depressiver Symptome, ausgebauter Notfallhilfe bei Suizidversuchen bis hin zu gezielter Suizidprävention bei jungen wie älteren Menschen. Die These, dass unbegleitete Suizide durch assistierte Suizide ‚ersetzt‘ würden, ist kritisch zu hinterfragen. So sinken die Suizidraten auch in Ländern ohne akzeptierte Suizidassistenten und auch in der Schweiz begann der Rückgang der Suizidraten schon lange vor einer Zunahme an assistierten Suiziden. Werden Krankheiten betrachtet, die mit einem (unbegleiteten) Suizid in Zusammenhang stehen, zeigt sich dass 50% bis 70% der Menschen, die Suizid begehen, an einer Depression leiden. Bei den assistierten Suiziden hingegen zeigt sich ein anderes Bild. Hier fallen vor allem Krebsleiden und neurodegenerative Erkrankungen ins Gewicht (Bundesamt für Gesundheit 2015: 13). Inskünftig kann es jedoch vermehrt der Fall sein, dass gerade im Alter assistierte Suizidhilfe vermehrt als ‚positive Alternative‘ zu einem (unbegleiteten) Suizid wahrgenommen wird.

Suizid nach Alter und Geschlecht (ohne assistierten Suizid)

Pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner

G 29



Quelle: BFS – Todesursachenstatistik (CoD)

© BFS 2019

Werden Suizidraten nach Geschlecht und Alter aufgliedert zeigen sich zwei bedeutsame Unterschiede:

Erstens sind Suizide bei Männern in jedem Alter deutlich höher als bei Frauen. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede der Suizidraten haben sich in den letzten Jahrzehnten nicht verringert.⁵ Männer tendieren eher dazu, Probleme mit Selbstaggression (Alkohol, Suizid) zu bewältigen als Frauen.

Zweitens erhöhen sich – vor allem bei Männern – die Suizidraten mit steigendem Lebensalter. Die 85-jährigen und älteren Menschen weisen die höchsten Suizidraten auf (wobei die Raten auch in dieser Altersgruppe gesunken sind). Der Altersanstieg bei den Suizidraten ist nicht allein auf erhöhte Lebensver zweiflung im Alter zurückzuführen, sondern mit der Tatsache verbunden, dass im hohen Lebensalter Suizidversuche aufgrund körperlicher Fragilität häufiger zum Tod führen.

Ein weiterer Einflussfaktor ist der Zivilstand: „Die allein lebenden geschiedenen und verwitweten Personen haben im Vergleich zu Verheirateten ein 1.5- bis 2-mal erhöhtes Risiko für Suizid, wobei der Zusammenhang mit dem Zivilstand bei den Männern stärker ausgeprägt ist als bei den Frauen“ (Bundesamt für Gesundheit 2015: 7).

Ethisch problematisch bei (unbegleiteten) Suiziden im Alter ist nicht so sehr das eigene Verfügen über das Lebensende, sondern vielmehr, wenn „jemand den Suizid wählt, weil er mögliche medizinische, pflegerische, psychologische, soziale, spirituelle oder materielle Hilfe zum Leben nicht bekommt, die er bräuchte; weil er sich trostlos, einsam, verlassen fühlt; weil er unter Druck negativer Werturteile und Altersbilder sich zu einem Suizid veranlasst sieht.“ (Rüegger 2017: 51, vgl. auch Rüegger 2013).

⁵ Werden Suizidversuche untersucht, sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede allerdings deutlich geringer. Männer wählen häufiger Suizidmethoden (Schusswaffen), die rasch zum Tod führen. Frauen wählen häufiger Methoden (Vergiften), bei denen die Wahrscheinlichkeit einer rechtzeitigen Rettung höher ist (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2015).

7.3 Zur Gestaltung des Lebensendes

Wer auch im hohen Lebensalter autonom über seine medizinische Behandlung bzw. Nichtbehandlung und sein Lebensende bestimmen will, tut gut daran seine Wünsche zu einem Zeitpunkt zu deklarieren, wo Fragen der Urteilsfähigkeit noch nicht akut werden.

Im Rahmen der 2014 und 2017 durchgeführten ‚International Health Policy Surveys‘ wurden zuhause lebenden älteren Menschen 65+ vier konkrete Fragen zur Behandlung am Lebensende und zur Mitgliedschaft in einer Organisation für ein selbstbestimmtes Lebensende gestellt:

- «Im Fall, dass Sie sehr krank oder verletzt würden und nicht selber entscheiden könnten, haben Sie mit der Familie, einem engen Freund(in) oder einer medizinischen Fachperson darüber gesprochen, welche Behandlung Sie wollen oder nicht wollen?»
- «Gibt es ein schriftliches Dokument, welches jemanden bestimmt, der Entscheidungen zu Ihrer Behandlung trifft, wenn Sie dies nicht mehr selber können?»
- «Gibt es ein schriftliches Dokument, welches beschreibt, welche Behandlung Sie am Lebensende wollen oder nicht wollen?»
- «Sind Sie Mitglied einer Organisation für ein selbstbestimmtes Lebensende wie z.B. Exit oder Dignitas?»

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Antworten zu diesen Fragen. Mehrheitlich wird angeführt, dass man seinen Behandlungswunsch schon mit einer Vertrauensperson angesprochen oder diskutiert habe. Namentlich 80-jährige und ältere Menschen erwähnten 2017 deutlich häufiger Behandlungswünsche als noch 2014. Allerdings bleibt ein mündlicher Patientenwunsch rechtlich unverbindlich und wenn konkreter nach schriftlichen Dokumenten (Vorsorgeauftrag und Patientenverfügung) gefragt wird, sind die Werte deutlich geringer, wenn auch ansteigend. Während 2014 erst 28% der alten Menschen 80+ über eine schriftliche Patientenverfügung verfügten, waren es 2017 schon 48%. (und seither haben sich die entsprechenden Werte sicherlich weiter erhöht.

Angeführte Planung zum Lebensende in der Schweiz 2014 und 2017

Zuhause lebende Personen im Alter:		65-69	70-74	75-79	80+
Mündlicher Patientenwunsch	2014	57%	52%	59%	48%
	2017	54%	57%	61%	71%
Verantwortungsperson bestimmt	2014	20%	29%	28%	35%
	2017	25%	35%	39%	50%
Schriftliche Patientenverfügung	2014	20%	26%	27%	28%
	2017	26%	35%	36%	48%
Mitgliedschaft bei Organisation für selbstbestimmtes Lebensende	2014	4%	8%	5%	4%
	2017	5%	7%	8%	8%

Quelle: Merçay 2017: Tab. 6.225

Detailanalysen zeigen, dass Vorsorgeauftrag und Patientenverfügung von Frauen häufiger verfasst werden als von Männern. In der deutschsprachigen Schweiz sind solche schriftlichen

Dokumente zudem häufiger vorhanden als namentlich im Tessin. Bildungsferne ältere Menschen ebenso wie in die Schweiz zugewanderte Menschen sind zurückhaltender, was eine schriftliche Festlegung ihrer Behandlungswünsche betrifft.

2014 gaben 5% der zuhause lebenden Personen 65+ an, Mitglied einer Organisation für ein selbstbestimmtes Lebensende zu sein, 2017 waren es schon 7% (und weitere 8% sagten, sie hätten vor, Mitglied zu werden). Frauen und Männer sind in etwa zu gleichen Prozentwerten Mitglieder, hingegen zeigen sich regionale und sprachkulturelle Unterschiede (Mitgliedschaft ist in Städten häufiger als auf dem Land, in der Deutschschweiz häufiger als namentlich im Tessin).

8 Zusammenfassung in 20 Punkten

- 1) Ab wann Hochaltrigkeit beginnt ist angesichts der Heterogenität von Altersprozessen umstritten, aber nach dem 80. und 85. Lebensjahr – steigen die Risiken gesundheitlicher Einschränkungen und sozialer Verluste (Partnerverlust u.a.) deutlich an.
- 2) Je nach Bevölkerungsszenarium wird sich der Bevölkerungsanteil der 80-jährigen und älteren Menschen von heute gut 5.5% bis 2045 auf 10% bis 11% erhöhen. Die Hochaltrigen gehören zur Bevölkerungsgruppe mit dem schnellsten Wachstum.
- 3) Obwohl ein hohes Lebensalter mit erhöhten gesundheitlichen Risiken und Polymorbidität verbunden ist, zeigt sich insofern ein positiver Trend als der Anteil der Menschen 80+, die ihre Gesundheit als gut bis sehr gut einschätzen, angestiegen ist. Mehr alte Menschen als früher fühlen sich auch nach 80 gesundheitlich gut.
- 4) Bis zum Alter 80 sind weniger als zehn Prozent alltagsbezogen pflegebedürftig. Bei den 80-84-Jährigen ist noch weniger als ein Siebtel auf externe Alltagshilfen angewiesen. Bei den 85-89-Jährigen ist es jedoch schon gut ein Viertel und 90-jährige und ältere Frauen und Männer ihrerseits sind zu mehr als die Hälfte auf alltagsbezogene Hilfe- und Pflegeleistungen angewiesen.
- 5) Mit steigendem Lebensalter erhöht sich das Risiko einer demenzieller Erkrankung. Gegenwärtig leiden gut 30% der 80-89-Jährigen und gut 45% der 90-jährigen und älteren Menschen der Schweiz an einer demenziellen Erkrankung (und damit an Einschränkungen ihrer Urteilsfähigkeit).
- 6) Bis ins höchste Lebensalter lebt die Mehrheit alter Menschen in einer privaten Wohnung, wobei mit steigendem Lebensalter Alleinleben häufiger wird, primär aufgrund einer Verwitwung. In der Schweiz leben nur wenige alte Frauen und Männer zusammen mit ihren erwachsenen Kindern zusammen.
- 7) In den letzten zwei Jahrzehnten hat sich der Anteil alter Menschen verringert, die in Alters- und Pflegeheimen wohnen. Einerseits leben heute mehr alte Menschen auch nach 80 ohne starke funktionale Einschränkungen. Andererseits kam es zu einer Verlagerung von stationärer zu ambulanter Pflege und Betreuung.
- 8) Lebenssituation sowie Überlegungen zum Lebensende werden im Alter in starkem Masse durch Ehe- und Familiensituation beeinflusst. Wichtig ist etwa, ob jemand in einer Partnerschaft lebt sowie ob Nachkommen (Kinder, Enkelkinder) vorhanden sind. Mit steigendem Lebensalter erhöht sich – speziell bei Frauen - das Risiko einer Verwitwung, wodurch eine wesentliche Bezugsperson wegfällt.
- 9) Die heute alten Frauen und Männer –haben grossmehrheitlich Nachkommen. Erwachsen gewordene Kinder sind im Alter oft bedeutsame Bezugs- und Unterstützungspersonen. Auch bei Entscheiden für oder gegen einen assistierten Suizid spielen Angehörige eine bedeutsame Rolle (in positiver wie negativer Hinsicht).

- 10) Dank allgemeiner Wohlstandssteigerung und Ausbau der Altersversorgung hat sich die wirtschaftliche Lage vieler älterer Menschen verbessert und die Mehrheit der heute älteren und alten Menschen ist mit ihrer finanziellen Situation zufrieden. Allerdings ist Armut im Alter auch in der Schweiz nicht verschwunden und eine beträchtliche Minderheit älterer und alter Menschen kämpft mit engen finanziellen Spielräumen.
- 11) Die Datenlage zur Lebenszufriedenheit und zur psychischen Befindlichkeit alter Frauen und Männer in der Schweiz ist lückenhaft, aber vorliegende Daten lassen keine generelle Abnahme der Lebenszufriedenheit im Alter erkennen. Freude am Leben bleibt für eine Mehrheit auch sehr alter Menschen hoch. Was sich im hohen Lebensalter verringert, ist das Gefühl voller Energie/optimistisch zu sein.
- 12) Bei den negativen Gefühlen werden tägliche Sorgen und Traurigkeit im Alter relativ am häufigsten erwähnt, wogegen Stress und Angst weniger angeführt werden. Höhere Werte im Alter ergeben sich allerdings in Bezug auf depressive Stimmungen und Ängstlichkeit. Oft ergeben sich negative Veränderungen des psychischen Befindens nicht aufgrund des hohen Lebensalters, sondern als Folge chronisch-funktionaler Einschränkungen gegen Lebensende. Lebensmüde werden alte Menschen nicht so sehr weil sie alt sind, sondern weil das Leben gegen Lebensende mühsam und beschwerlich wird.
- 13) Zu den immer wieder aufgeführten Behauptungen gehört, dass Einsamkeit im Alter im Verlauf der gesellschaftlichen Entwicklung an Bedeutung gewann, da unsere Gesellschaft anonymer und unsolidarischer geworden sei. Ein Zeitvergleich der Einsamkeitsgefühle bei alten Menschen widerlegt diese Behauptung. Der Anteil der sich einsam fühlenden 80-jährigen Frauen und Männer ist in den letzten Jahrzehnten eher gesunken als angestiegen. Einsamkeit im Alter existiert, ist aber weniger häufig als in früheren Jahrzehnten.
- 14) Immer mehr Menschen sterben in einem hohen Lebensalter. Das Alter beim Tod hat sich erhöht. Die These, dass Sterben und Tod tabuisiert werden, stimmt heute nur bedingt, wenn überhaupt. Dabei sind Frauen zum Thema ‚Tod und Sterben‘ sensibilisierter als Männer. Im Alter ist der Wunsch rasch zu sterben assoziiert mit Einsamkeit, depressiver Stimmung, unerfüllte spirituelle Bedürfnisse sowie dem Gefühl anderen Menschen zur Last zu fallen.
- 15) Die Mehrheit der Schweizer Bevölkerung wünscht im vertrauten häuslichen Umfeld zu sterben, aber die meisten Menschen sterben heute im Spital und Pflegeheim. Dabei nimmt der Anteil der Menschen, die in Pflegeheimen sterben, mit steigendem Alter zu und von den über 90-jährigen Verstorbenen sterben nahezu vier Fünftel in einer Alters- und Pflegeeinrichtung.
- 16) In den meisten Ländern – und auch der Schweiz – sind Suizidraten rückläufig. Die Gründe dafür sind vielfältig, von verbesserter sozialer Absicherung, reduzierter Arbeitslosigkeit, vermehrter Behandlung depressiver Symptome, ausgebauter Notfallhilfe bei Suizidversuchen bis hin zu gezielter Suizidprävention.
- 17) Werden Suizidraten nach Geschlecht und Alter aufgegliedert zeigen sich zwei bedeutsame Unterschiede: Erstens sind Suizide bei Männern in jedem Alter deutlich höher als bei Frauen. Zweitens erhöhen sich – vor allem bei Männern – die Suizidraten mit steigendem Lebensalter und die 85-jährigen Menschen weisen die höchsten Suizidraten auf.
- 18) Werden Krankheiten betrachtet, die mit einem (unbegleiteten) Suizid in Zusammenhang stehen, zeigt sich dass 50% bis 70% der Menschen, die Suizid begehen, an einer Depression leiden. Bei assistierten Suiziden hingegen zeigt sich ein anderes Bild. Hier fallen vor allem Krebsleiden und neurodegenerative Erkrankungen ins Gewicht.
- 19) Wer auch im hohen Lebensalter über seine medizinische Behandlung bzw. Nichtbehandlung und sein Lebensende autonom bestimmen will, tut gut daran seine Wünsche zu einem Zeitpunkt zu deklarieren, wo Fragen der Urteilsfähigkeit noch nicht akut werden.

- 20) Auch 80-jährige und ältere Menschen äussern heute häufiger ihre Behandlungswünsche als früher. Der Anteil alter Menschen, die einen Vorsorgeauftrag und eine Patientenverfügung verfasst haben, hat sich in den letzten Jahren erhöht.

9 Verwendete Literatur

- Alzheimer Schweiz (2017) Demenzprävalenz in der Schweiz, Bern: Alzheimer Schweiz.
- Bachmann, N., Hug, S., & Bayer-Oglesby, L., 2017. Versorgung am Lebensende in der Schweiz. Literaturrecherche. Schlussbericht für den Schweizerischen Nationalfonds, Olten: Fachhochschule Nordwestschweiz.
- Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien BASS (2018) Bevölkerungsbefragung Palliative Care 2017. Ergebnisse der Befragung 2017 und Vergleiche zur Erhebung von 2009, Schlussbericht, Bern: BASS.
- Berner Generationenhaus (2019) Altersbilder der Gegenwart. Haltung der Bevölkerung zum Alter und zur alternden Gesellschaft, Bern (verfügbar via www.begh.ch).
- Bundesamt für Gesundheit (2015) Epidemiologie von Suiziden, Suizidversuchen und assistierten Suiziden in der Schweiz, Bern.
- Bundesamt für Statistik (2009), Sterbeort im Alter in der Schweiz 2007, Medienmitteilung vom 17. Sept. 2009, Neuchâtel.
- Bundesamt für Statistik (2015) Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2015-2045, Neuchâtel: BFS.
- Fischer, S.; Bosshard, G.; Zellweger, U., Faisst, K. (2004) Der Sterbeort: ‚Wo sterben die Menschen heute in der Schweiz?‘, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39: 467-474
- Fleury, Stéphane; Christin, Thomas (2012) Lebensbedingungen der Seniorinnen und Senioren in der Schweiz, Demos, Informationen aus der Demografie Nr. 2/Mai 2012: 8-10.
- Füglister-Dousse, S.; Pellegrini, S. (2019) Aufenthaltsorte von älteren Menschen im letzten Lebensabschnitt. Analyse der Abfolge von Aufenthalten in Spital und Pflegeheimen, Obsan Bulletin 2/2019, Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Gasser, N.; Knöpfel, C., Seifert, K. (2015) Erst agil, dann fragil. Übergang vom ‚dritten‘ zum ‚vierten‘ Lebensalter bei vulnerablen Menschen, Zürich: Pro Senectute.
- GUGRISPA (Groupe Universitaire Genevois) (1983) Vieillesse. Situations, itinéraires et modes de vie des personnes âgées aujourd’hui, Saint-Saphorin: Georgi.
- Guilley, E. (2005) Das Leben in einem Heim, in: P. Wanner, C. Sauvain-Dugerdil et. al. Alter und Generationen. Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren, Neuchâtel: Bundesamt für Statistik: 117-127.
- Höpflinger, F.; Bayer-Oglesby, L.; Zumbunn, A. (2011) Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz, Bern: Huber.
- Höpflinger, François (2013) Das vierte Lebensalter – gesellschaftliche und individuelle Dimensionen, in: Torsten Meireis (Hrsg.) Altern in Würde – das Konzept der Würde im vierten Lebensalter, Zürich: Theologischer Verlag: 41-59.
- Höpflinger, François; Spahni, Stefanie; Perrig-Chiello, Pasqualina (2013) Persönliche Bilanzierung der Herausforderungen einer Verwitwung im Zeit- und Geschlechtervergleich, Zeitschrift für Familienforschung, 25, 3: 267-285.
- Höpflinger, François (2016) Grosselternschaft im Wandel – neue Beziehungsmuster in der modernen Gesellschaft, Analysen & Argumente 209, Juli 2016, Konrad Adenauer Stiftung: Sankt Augustin.
- Höpflinger, François (2019) Freundschaften im höheren Lebensalter, in: Steve Stiehler (Hrsg.) Zur Zukunft der Freundschaft. Freundschaft zwischen Idealisierung und Auflösung, Berlin: Frank & Timme GmbH: 123-138.

- Höpflinger, François; Hugentobler, Valérie; Spini, Dario (eds.) (2019) Wohnen in den späten Lebensjahren. Grundfragen und regionale Unterschiede, Zürich: Seismo Verlag.
- Hülür, Gizem; Wolf, Henrike; Riese, Florian; Theill, Nathan (2019) Cognitive Change at the End of Life in Nursing Home Residents: Differential Trajectories of Terminal Decline, *Gerontology. Behavioural Science Section* 65: 57-67
- Knöpfel, Carlo; Pardini, Riccardo; Heinzmann, Claudia (2018) Gute Betreuung im Alter in der Schweiz. Eine Bestandesaufnahme, Zürich: Seismo.
- Isengard, Bettina (2018) Nähe oder Distanz? Verbundenheit von Familiengenerationen in Europa, Leverkusen: Budrich Academic.
- Jopp, Daniela S.; Rott, Christoph; Boerner, Kathrin; Boch, Katrin; Kruse, Andreas (2013) Zweite Heidelberger Hundertjährigen-Studie: Herausforderungen und Stärken des Lebens mit 100 Jahren, Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.
- Lalive d'Épinay, Christian; Bickel, Maystre, Caroline; Bickel, Jean-François et al. (1997) Un bilan de santé de la population âgée. Comparaison entre deux régions de Suisse et analyse des changements sur quinze ans (1979-1994), *Cahiers médico-sociaux* 41: 109-131.
- Lang, F. R. (2007) Motivation, Selbstverantwortung und Beziehungsregulation im mittleren und höheren Erwachsenenalter, in: H.-W. Wahl, H. Mollenkopf (Hrsg.) *Altersforschung am Beginn des 21. Jahrhunderts. Alters- und Lebenslaufkonzeptionen im deutschsprachigen Raum*, Berlin: Akademische Verlagsgesellschaft: 307-322.
- Leitungsgruppe NFP 67 „Lebensende“ (Hrsg.) (2017) Synthesebericht NFP 67 „Lebensende“, Bern. Schweizerischer Nationalfonds.
- Merçay, Clémence (2017) Expérience de la population âgée de 65 ans et plus avec le système de santé. Analyse de l'International Health Policy Survey 2017, *Obsan Dossier* 60, Neuchâtel: Observatoire suisse de santé.
- Monod, Stéphanie; Durst, Anne-Véronique; Rochat, Etienne et al. (2013) Wish to die in elderly patients: prevalence and associated factor, 66nd. Annual Scientific Program of the Gerontological Society of America (GSA).
- NCR Vivre-Leben-Vivere (2016) (SNF-Projekt CRSII 1_129922) unter Leitung von Michel Oris und Pasqualina Perrig-Chiello: Datenset für 2011.
- Pilgram, Amélie; Seifert, Kurt (2009) Leben mit wenig Spielraum. Altersarmut in der Schweiz, Zürich: Pro Senectute.
- Rüegger, Heinz (2013) Zur Bedeutung gesellschaftlicher Einstellungen zum Alter im Blick auf Alterssuizide, *Zeitschrift für Gerontologie und Ethik* 4: 9-38.
- Rüegger, Heinz (2017) Assistierte Suizide und Suizidprävention: eine schweizerische Perspektive, *Suizidprophylaxe* 44,2: 50-53.
- Seifert, Alexander; Schelling, Hans Rudolf (2019) Demenzbarometer 2018. Wissen, Einstellungen und Erfahrungen der Schweizer Bevölkerung, Zürich: Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich.
- Skoog; Ingmar; Börjesson-Hanson, Anne et al. (2017) Decreasing prevalence of dementia in 85-year olds examined 22 years apart: the influence of education and stroke, *Scientific Reports* 7: 6136 (DOI: 10.1038/41598-017-05022-8).
- Sommerhalder, Kathrin; Gugler, Eliane u.a. (2015) Lebens- und Pflegequalität im Pflegeheim – Beschreibende Ergebnisse der Befragung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen in der Schweiz. Residents' Perspectives of Living in Nursing Homes in Switzerland (RESPONS), Bern: Berner Fachhochschule.
- Spring S. (2012) Sehbehinderung und Blindheit: Entwicklung in der Schweiz, Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen, St. Gallen.
- Von Gunten, Luzius, Zürcher, Pascale; Pulver, Caroline et al. (2015) Existenzsicherung im Alter. Risikofaktoren und Ursachen für EL-Bezüge bei AHV-Neurentnern und – Neurentnerinnen, Bern: Berner Fachhochschule.