

Suizidprävention bei älteren Menschen

Mögliche Beiträge der Gemeinwesenarbeit

Rahel Schwer

Eingereicht bei: Jutta Guhl

Bachelor-Thesis an der Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz, Muttenz

Vorgelegt im Juni 2020 zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit

Abstract

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Frage, welchen Beitrag die Gemeinwesenarbeit der Sozialen Arbeit bezüglich ihrer Leitstandards zu leisten vermag, um die Suizidprävention für ältere, armutsbetroffene, in privaten Haushalten wohnende Menschen in der Schweiz stärken zu können. Zu Beginn erfolgt eine theoretische Auseinandersetzung mit dem Thema Alter(n), in welcher aufgezeigt werden kann, dass die gesellschaftlichen Altersbilder und die Vorstellung von einem Alter in Würde einen Einfluss auf den Umgang mit älteren Menschen sowie auf deren Selbstwahrnehmung haben. Es folgt eine Beschreibung der Lebenslagen armutsbetroffener älterer Menschen, mit welcher dargelegt werden kann, dass diese in verschiedenen Lebensbereichen benachteiligt sind und sie vermehrt von Risikofaktoren des Alterssuizides betroffen sein können. Schliesslich werden die Anforderungen einer erfolgreichen Suizidprävention mit den Leitstandards der Gemeinwesenarbeit in Verbindung gebracht. Daraus ergeben sich Hinweise, dass eine netzwerk- und ressourcenorientierte Gemeinwesenarbeit mit ihren Interventionen die Risikofaktoren minimieren und die Schutzfaktoren des Alterssuizids stärken kann.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Herleitung der Fragestellung	1
1.2	Fragestellungen, Aufbau und methodisches Vorgehen	4
1.3	Aufbau	4
2	Altern	6
2.1	Einleitung	6
2.2	Alter als Konstruktion: Zwei Alterstheorien	6
2.3	Altersbilder und deren Einfluss	8
2.4	Würde, Selbständigkeit und Selbstbestimmung im Alter: Eine kritische Auseinandersetzung	10
2.5	Ökologische Gerontologie	12
2.6	Zwischenfazit	13
3	Lebenslage von armutsbetroffenen in privaten Haushalten wohnenden älteren Menschen	15
3.1	Einleitung	15
3.2	Ökonomische Dimension	16
3.3	Soziale Dimension	17
3.4	Umweltbedingte Dimension	18
3.5	Gesundheitliche Dimension	20
3.6	Zwischenfazit	21
4	Suizidalität und Suizidprävention bei älteren Menschen	22
4.1	Einleitung	22
4.2	Risikofaktoren für Suizidalität im Alter	22
4.3	Diagnostik	25
4.4	Suizidprävention	25
4.5	Ethische Aspekte des Suizids und der Suizidprävention	27
4.6	Zwischenfazit	28
5	Gemeinwesenarbeit	29
5.1	Einleitung	29
5.2	Arbeitsprinzip GWA	30
5.3	Stadtteilbezogene Soziale Arbeit (SSA)	31
5.4	Stadtteilmanagement	32

5.5	Die Leitstandards der Gemeinwesenarbeit	32
5.6	Zwischenfazit	34
6	Beitrag der Gemeinwesenarbeit zur Suizidprävention bei älteren Menschen	35
6.1	Einleitung	35
6.2	Infrastrukturelle, materielle und immaterielle Anforderungen an ein altersgerechtes Quartier	36
6.3	Förderung der Partizipation und Selbsthilfe von älteren Menschen	39
6.4	Zugang zur Lebenswelt von älteren Menschen im Quartier	41
6.5	Netzwerkarbeit auf verschiedenen Ebenen	43
7	Schlussfolgerung, weitere Überlegungen und Ausblick	46
8	Literaturverzeichnis	49
9	Tabellenverzeichnis	63
	Ehrenwörtliche Erklärung	64

1 Einleitung

1.1 Herleitung der Fragestellung

Im wissenschaftlichen Diskurs der Sozialen Arbeit ist Alter(n) immer noch zu wenig im Fokus. Dies wäre jedoch wichtig, da man praktisch in sämtlichen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit älteren Menschen begegnen kann, sei dies in der Behinderten-, Sucht- oder Gemeinwesenarbeit (vgl. Meyer 2019: 48f.).

Auch auf Grund des demographischen Wandels unserer Gesellschaft müsste die Soziale Arbeit spätestens jetzt gefordert sein, neue Strategien zum Thema Alter(n) zu entwickeln. So skizziert das Referenzszenario des Bundesamtes für Statistik eine deutliche alternde Bevölkerung in naher Zukunft. Im Jahr 2015 lebten noch 1.5 Millionen 65-Jährige oder Ältere in der Schweiz. Im Jahr 2030 sollten es dann rund 2.2 Millionen sein (vgl. BFS 2015: 5).

Nun stellt sich die Frage, wer in unserer heutigen Gesellschaft als alt wahrgenommen wird. Auf Grund der steigenden Lebenserwartung und der Flexibilisierung des Rentenalters hat sich die Lebensphase Alter in den letzten Jahrzehnten immer weiter zeitlich ausgeweitet. Heute bestehen gute Chancen, nach dem Ruhestand noch weitere 35 Jahre weiterleben zu können. Um nun diese lange Lebensphase konkret beschreiben zu können, benötigt es innerhalb dieser eine Differenzierung. Dafür wurden weitere Gruppen gebildet, welchen Idealtypen entsprechen (vgl. Schroeter 2009: 15). Die Lebensphase «Alter» wird mit Einbezug der Erwerbstätigkeit und des Gesundheitszustandes von Höpflinger/Van Wezemaal (vgl. 2014: 23ff.) in folgende vier Lebensalter unterteilt:

- Erste Altersphase: Erwerbstätige im Alter 50 plus
- Zweite Altersphase: Gesundes Rentenalter
- Dritte Altersphase: Fragiles Rentenalter
- Vierte Altersphase: Pflegebedürftiges Rentenalter

Wenn nun in dieser Arbeit von *älteren Menschen* gesprochen wird, sind Menschen in der dritten Altersphase im Übergang zur vierten gemeint.

Das Beziehungsnetz im Alter verändert sich. Mit dem Austritt aus dem Erwerbsleben werden familiäre und Kontakte zu Bekannten und Freunden wichtiger. Beim Verlust des Partners oder der Partnerin gewinnen zudem ausserfamiliäre Beziehungen (beispielsweise zur Nachbarschaft) für die kognitive und emotionale Unterstützung an Bedeutung (vgl. Backes/Clemens 2013: 242).

Auf Grund der zunehmenden eingeschränkten Mobilität im Alter wird das Wohnen an sich immer stärker zum Lebensmittelpunkt. (vgl. ebd.: 246). Der Wunsch, im Alter so lange als möglich selbständig zu Hause wohnen zu können, auch unter dem Begriff *Ageing in place* bekannt, ist heute in unserer Gesellschaft weitverbreitet. Obwohl in den letzten Jahren die Angebote für Generationenhäuser und Wohngemeinschaften im Alter zugenommen haben, zieht ein Grossteil der älteren Bevölkerung es vor, so lange wie möglich in ihrer Privatwohnung zu bleiben. Dafür sind aber heute in den sozialen Räumen nicht immer die Voraussetzungen gegeben. Denn für *Ageing in place* ist ein breit abgestütztes formelles und informelles Unterstützungsnetzwerk eine Notwendigkeit. Dementsprechend spielt neben einer altersgerechten Wohnung auch eine altersgerechte Wohnumgebung eine wichtige Rolle, welche die Lebensqualität von älteren Menschen erhöhen kann (vgl. Höpflinger/van Wezemaal 2014: 228f.).

Aufgrund mangelnder Ressourcen im Alter können soziale Benachteiligungen zu anderen Bevölkerungsgruppen entstehen und die Lebensqualität negativ beeinflusst werden. So haben armutsbetroffene Menschen eingeschränkte Chancen auf selbständiges Wohnen in der gewohnten Umgebung (vgl. Backes/Clemens 2013: 175f.). Menschen ab 65 Jahren weisen in der Schweiz eine überdurchschnittliche Armutsquote und Armutsgefährdungsquote auf (ohne Berücksichtigung der Vermögenswerte). Doch wer gilt in der Schweiz als von Armut betroffen? Die Armutsgrenze wird von der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe (SKOS) festgelegt (vgl. BFS 2014: 7): «Als arm gelten demnach Personen, die nicht über die finanziellen Mittel verfügen, um die für ein gesellschaftlich integriertes Leben notwendigen Güter und Dienstleistungen zu erwerben.» (ebd.: 7) Armut im Alter orientiert sich zudem an den rechtlichen Bestimmungen für den Anspruch von Ergänzungsleistungen (EL) zur Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) (vgl. Pilgram/Seifert 2009: 28).

In Rahmen einer Gesundheitsbefragung des Bundesamts für Statistik im Auftrag des Bundesrates gaben in der Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen rund 7.1 % der Männer und 7.7 % der Frauen an, in den letzten zwei Wochen vor der Befragung suizidale Gedanken

gehabt zu haben. Des Weiteren haben Menschen, welche in der Stadt wohnen, öfters Suizidgedanken als diejenigen in ländlichen Gebieten (vgl. Peter/Tuch 2019: 2f.).

Um sich mit dem Aspekt des Alterssuizids konkreter auseinandersetzen zu können, bedingt es einer näheren Definition des Begriffs der Suizidalität. Schneider/Nesslerer (2011: 47) geben dazu folgende Umschreibung:

Unter Suizidalität versteht man aus medizinischer Sicht alle Denk- und Verhaltensweisen eines Menschen, der in Gedanken, durch aktives Handeln, durch Handelnlassen oder passives Unterlassen, z.B. durch Verweigerung der Nahrungsaufnahme, oder durch das Unterlassen notwendiger Medikamenteneinnahme, den eigenen Tod anstrebt bzw. als möglichen Ausgang einer Handlung in Kauf nimmt.

Was sind nun die Ursachen, dass ein älterer Mensch sich das Leben nehmen möchte? Suizid ist ein komplexes Phänomen und dafür gibt es folglich keine monokausale Erklärungsansätze. Es gibt jedoch verschiedene theoretische Modelle, welche sich in drei Gruppen einteilen lassen. Die medizinisch-psychiatrischen, die psychologischen, sowie die soziologischen Erklärungsmodelle (vgl. Erlemeier 2011: 109f.). Ein soziologisches Erklärungsmodell wurde vom Soziologen und Ethnologe Durkheim entwickelt. Er war der Meinung, dass man die Erklärung nicht nur beim Individuum zu suchen habe, sondern auch in der Gesellschaft, in der es lebt, und untersuchte deshalb die sozialen Faktoren des Selbstmordes (vgl. Durkheim 1993: 37).

Um das Suizidrisiko von älteren Menschen mindern zu können, gibt es verschiedenste präventive Massnahmen. Dabei kann die Soziale Arbeit einen wichtigen Beitrag leisten, wie zum Beispiel in der Gemeinwesenarbeit (vgl. Stoppe et al. 2011: 4).

In dieser Arbeit soll der Fokus auf die psychosozialen Umweltfaktoren des Alterssuizids gelegt werden, da die Gemeinwesenarbeit mit ihren Interventionen dort konkret ansetzen kann. Denn gemäss Oeschlägel (2001a: 100) ist die Gemeinwesenarbeit «eine sozial-räumliche Strategie, die sich ganzheitlich auf den Stadtteil und nicht pädagogisch auf einzelne Individuen richtet. Sie arbeitet mit den Ressourcen des Stadtteils und seiner Bewohnerinnen und Bewohner, um seine Defizite aufzuheben». Somit werden die sozialen Probleme nicht als etwas Individuelles gesehen, sondern etwas Kollektives. *Gemeinwesenarbeit* reagiert präventiv, indem sie frühzeitig die Ressourcen der Bewohnenden des Stadtteils stärkt und erweitert, damit diese nicht in eine schwierige Situation gelangen und

institutionelle Hilfe benötigen. Sie agiert dementsprechend proaktiv und nicht reaktiv (vgl. Hinte/Lüttringhaus/Oelschlägel 2001: 264).

Doch was kann die Gemeinwesenarbeit konkret bieten? Dies versuchen Hinte et al. (vgl. ebd.: 264f.) mit ihren *Leitstandards der Gemeinwesenarbeit* zusammenfassend zu beantworten, auf welche in Kapitel 5.5 noch konkret eingegangen wird.

1.2 Fragestellungen, Aufbau und methodisches Vorgehen

Aus der Herleitung ergibt sich folgende Hauptfragestellung:

Welchen Beitrag vermag die Gemeinwesenarbeit der Sozialen Arbeit, unter Einbezug ihrer Leitstandards, zur Suizidprävention für ältere, armutsbetroffene, in privaten Haushalten wohnende Menschen in der Schweiz zu leisten?

Um diese Fragestellung beantworten zu können, erfolgt eine Auseinandersetzung mit folgenden Unterfragestellungen:

- Wie wird Alter definiert, welche Altersbilder gibt es in unserer Gesellschaft und welchen Einfluss haben sie?
- Wie sieht die Lebenslage von älteren, armutsbetroffenen, in privaten Haushalten wohnenden Menschen aus und mit welchen sozialen Problemen sind sie konfrontiert?
- Was ist unter Suizidprävention bei älteren Menschen zu verstehen?
- Welche Faktoren erhöhen das Suizidrisiko von älteren Menschen?
- Was ist unter Gemeinwesenarbeit zu verstehen und wie kann diese den sozialen Problemen von älteren, armutsbetroffenen Menschen im Quartier entgegenwirken?

1.3 Aufbau

Diese Literaturarbeit ist wie folgt aufgebaut: Im Hauptteil werden in den jeweiligen Kapiteln die Unterfragestellungen beantwortet. Zu Beginn erfolgt eine theoretische Auseinandersetzung mit dem Thema Alter(n). Danach wird die Lebenslage von armutsbetroffenen in privaten Haushalten lebenden älteren Menschen in der Schweiz beschrieben. Anschliessend werden zentrale Aspekte des Suizids und der Suizidprävention festgehalten, mit dem Fokus auf die Risikofaktoren bei älteren Menschen. Über eine kurze historische

und theoretische Auseinandersetzung mit der Gemeinwesenarbeit erfolgt dann eine Annäherung an deren Leitstandards, auf welche im sechsten Kapitel bei der Beantwortung der Hauptfragestellung Bezug genommen werden soll. Abschliessend werden neben der Schlussfolgerung weitere kritische Überlegungen angestellt und es wird ein Ausblick in die Zukunft gewagt.

2 Altern

2.1 Einleitung

Das Alter hat in unserer Gesellschaft einen hohen Stellenwert. Jeder kennt sein Geburtsdatum und die seiner Nächsten (vgl. Schroeter/Künemund 2010: 393). Wer jedoch in unserer Gesellschaft zu den Jungen respektive zu den Alten gehört, darüber gehen die Meinungen weit auseinander.

Am kalendarischen Alter kann gut aufgezeigt werden, dass das Alter sozial konstruiert ist. Denn auch unser Kalender, respektive die Zeit, ist eine soziale Konstruktion, welche über Jahrhunderte von Menschenhand entwickelt wurde. Die Zeit ist zwar sehr hilfreich, um unser Leben zu strukturieren, aber als Messinstrument für unser Alter taugt sie weniger. So gibt es 80-Jährige, die auf Grund ihrer Gebrechlichkeit von der Pflege abhängig sind und solche, die noch Skifahren gehen. Zudem kann auch der Kontext einen massgeblichen Einfluss auf das kalendarische Alter haben (vgl. ebd.: 396f.). Zum Beispiel kann eine Person im beruflichen Umfeld zu den Jüngeren und gleichzeitig im Sportverein zu den Älteren zählen. Zuletzt kann Alter auch subjektiv wahrgenommen werden, wie folgendes Sprichwort besagt: «Man ist so alt wie man sich fühlt» (vgl. Schroeter 2012: 39).

Doch was für Alternativen gibt es, um das Alter beschreiben zu können, wenn das kalendarische Alter dabei nur bedingt hilfreich ist?

2.2 Alter als Konstruktion: Zwei Alterstheorien

Eine Möglichkeit sind soziologisch begründete Modelle, welche sich mit dem Verhältnis des Alterns und der Gesellschaft beschäftigen. Sie befassen sich mit der Frage, wie Altern gelingen kann. In der Folge wird kurz auf die beiden klassischen alterssoziologischen Ansätze, der *Aktivitätsthese* und der *Disengagementtheorie* eingegangen, da die soziale und gesellschaftliche Konstruktion des Alters von Interesse ist und diese auch heute noch massgeblich unsere Altersbilder sowie die Altenarbeit und -politik prägen (vgl. Backes/Clemens 2013: 126ff.).

In der *Disengagementtheorie* wird davon ausgegangen, dass der natürliche Prozess des Rückzugs vom Individuum wie auch von der Gesellschaft ausgelöst und gewollt ist. Ein gelingendes Alter kann dann eintreten, wenn die Erwerbsarbeit an Bedeutung verliert und

sich das Individuum frei von Erwartungen und Pflichten zurückziehen kann. Entgegen der Aktivitätsthese anerkennt dieser Ansatz das Alter als eine eigene Lebensphase an und sieht das mittlere Alter nicht als Norm an. Durch die gegenseitige Ablösung von Gesellschaft und Individuum wird auch die Sterblichkeit thematisiert (vgl. ebd.: 132ff.). Bei diesem Prozess des Rückzuges werden die sozialen Netzwerke kleiner. Die noch vorhandenen Beziehungen werden stärker gepflegt respektive intensiviert (vgl. Cumming/Henry 1961: 14f.). Die Theorie steht jedoch ein wenig quer zum heutigen hohen gesellschaftlichen Stellenwert der Aktivität und der Erwerbsarbeit. Zudem wird in Frage gestellt, ob die gesellschaftliche und individuelle Übereinstimmung bezüglich des Rückzuges nicht von unserem institutionalisierten Lebenslauf erzwungen wird. Durch das Rückzugsbedürfnis des Individuums kann zudem die gesellschaftliche Ausgrenzung mit der einhergehenden Abwertung legitimiert werden (vgl. Backes/Clemens 2013: 135).

Ein Gegenentwurf zu dieser Theorie ist die in den 1970ern entwickelte *Aktivitätsthese* (vgl. Schroeter 2009: 29). Sie basiert nicht wie die *Disengagementtheorie* auf einem defizitären Altersbild, sondern sie geht davon aus, dass ältere Menschen immer noch dieselben Bedürfnisse und Fähigkeiten haben wie die jüngeren Altersgruppen. Das Wohlbefinden von älteren Menschen kann somit nach dem von aussen erzwungenen Austritt aus dem Erwerbsleben nur aufrechterhalten werden, wenn sie aktiv bleiben, sei es mit ehrenamtlichem Engagement oder einer aktiven Freizeitgestaltung. Kritisch sehen kann man bei dieser These, dass das Alter als etwas Abnormales sowie zu Vermeidendes dargestellt und suggeriert wird, dass mit Aktivität alles kompensiert werden könne (vgl. Backes/Clemens 2013: 129ff.).

Mit dem Fokus auf das Ausscheiden aus der Erwerbsarbeit orientieren sich die beiden Theorien auf den normativen Lebenslauf eines weissen Mannes aus der Mittelschicht. Bei beiden Theorien fehlen somit die Geschlechterdifferenzierung sowie der Bezug auf die soziale Ungleichheit in der Gesellschaft. Die Disengagement- wie auch die Aktivitätsthese tragen mit ihrer generalisierenden Ansicht zur Stereotypenbildung in Bezug auf ältere Menschen bei (vgl. ebd.: 139).

Doch bei aller Kritik, folgende wichtige Erkenntnis kann aus beiden Theorien abgeleitet werden: Wenn man aus einem tragfähigen System, wie zum Beispiel der Erwerbsarbeit, ausscheidet, ohne ein neues aufgebaut zu haben, kann es zu sozialen Problemen kommen (vgl. ebd.: 140).

2.3 Altersbilder und deren Einfluss

Das gesellschaftliche Altersbild wird von Medien und der Werbung beeinflusst. So sind ältere Menschen in Filmen und Serien nur wenig präsent und in Zeitungen oder Nachrichten wird vermehrt über die Pflege von «abhängigen Alten» berichtet. Die Werbung wiederum setzt voll auf die aktiven «neuen Alten», welche konsumieren, reiselustig sind, sich in Bewegung halten und das Leben genießen (vgl. Backes/Clemens 2013: 62).

Altersbilder, welche gegen das defizitäre Altersbild antreten, sind das *erfolgreiche und produktive Altern*. Diese beiden können nicht klar voneinander getrennt werden. Das *produktive Altern* kommt aus dem gesellschaftswissenschaftlichen und das *erfolgreiche Altern* eher aus dem psychologischen Bereich. Beide sind auf Nützlichkeit ausgerichtet (vgl. Schroeter 2009: 36).

Das *produktive Altern* hat den Fokus auf die gesellschaftliche Nutzbarkeit. Tews (vgl. 1996: 190 ff.) unterscheidet zwischen verschiedenen Formen der Produktivität im Alter. Zum einen die *individuelle Produktivität*, welche einem selbstbestimmten Leben dient. Die «Umfeld» *Produktivität* bezieht sich auf das ehrenamtliche Engagement im näheren Umfeld und die Interessensvertretungen älterer Menschen. Der politische und kulturelle Einfluss wird unter dem Begriff der *gesellschaftlichen Produktivität* zusammengefasst. Zudem unterscheidet Tews zwischen der *intergenerativen Produktivität*, welche zwischen den Generationen entsteht, zum Beispiel mittels der Betreuung von Enkelkindern und der *intragenerativen Produktivität*, in welcher Leistungen innerhalb der Generation erbracht werden.

Erfolgreiches Altern kann an verschiedenen Faktoren festgemacht werden. Unter anderem an der Lebensdauer, der physischen und psychischen Gesundheit oder dem subjektiven Wohlempfinden (vgl. Schroeter 2011: 3). Rowe und Kahn unterscheiden in ihrem Modell zwischen dem kranken und nichtkranken Alter. Erfolgreich kann dabei nur das *nichtkranke Alter* sein, unter Berücksichtigung der erwartbaren Beeinträchtigungen und Krankheitsrisiken (vgl. Rowe/Kahn 1999: 54).

Die Altersbilder des aktiven, produktiven und erfolgreichen Alters entstanden auch auf Grund der Krise der Wohlfahrtsstaaten. Politiker wie Tony Blair oder Gerhard Schröder haben eine sehr liberale Wirtschaftspolitik eingeführt. Es kam zur Entwicklung der Ökonomisierung in verschiedenen Bereichen unseres Lebens, so auch in wissenschaftlichen

Disziplinen. Das zentrale Paradigma war: Wie kann ich ein Ziel mit möglichst wenig Aufwand und Widerstand erreichen (vgl. Schroeter 2014: 304ff.)? Der Mensch wurde zum «Unternehmer seiner selbst» (Foucault 2004: 314) und soll darauf vorbereitet werden, für sich selber und zum Wohl der Gesellschaft Verantwortung zu übernehmen. Ob man gesund und fit oder eben krank ist, liegt somit in der individuellen Verantwortung. Einerseits profitiert davon der Wohlfahrtsstaat, indem Rentnerinnen und Rentner gratis Arbeit leisten. Andererseits profitiert auch die Wirtschaft von den aktiven Alten. Mittlerweile ist ein absatzstarker Markt im Bereich der Gesundheitsförderung entstanden (vgl. Schroeter/Pfeuffer 2017: 9).

Diese Altersbilder sind dementsprechend hochgradig normativ aufgeladen. Sie orientieren sich an Durchschnitten, die als normal angesehen werden. Wenn man diese so definiert, muss man auch einen Blick auf die Grenze des erfolgreichen und nichterfolgreichen Alterns oder des produktiven und nichtproduktiven Alterns werfen. Was ist mit den älteren Menschen, welche von der Norm abweichen? Laufen diese Gefahr, von der Gesellschaft ausgegrenzt zu werden (vgl. Schroeter 2011: 4f.)?

Insbesondere das dritte Lebensalter wird mit dem Leitbild des aktiven Alterns aufgewertet, wohingegen das vierte Lebensalter verstärkt mit defizitären Attributen abgewertet wird (vgl. Höpflinger 2016: 292). Das defizitäre Altersbild schreibt generalisierend dem Alter folgende Attribute zu: Die Leistungsfähigkeit wie auch der gesellschaftliche Nutzen nehme ab und die Gesundheit verschlechtere sich. Ältere Menschen seien zudem stur, misstrauisch, vergesslich, einsam und abhängig. Dadurch werden negative Altersstereotypen gebildet und in Verbindung mit dem Merkmal des kalendarischen Alters kommt es zur Altersstigmatisierung (vgl. Backes/Clemens 2013:60f.)

Es kommt jedoch auch zur Stigmatisierung mit der Zuschreibung von positiven Eigenschaften. Das Alter wird in diesem Fall idealisiert. Dabei werden die Herausforderungen im Alter verschwiegen und gleichzeitig impliziert, dass ein erfolgreiches Alter nicht gesellschaftlich, sondern individuell bedingt sei (vgl. ebd.: 152).

Spannend in diesem Zusammenhang ist auch eine empirische Studie, in welcher Karikaturen analysiert wurden, um einen Rückschluss auf vorhandene unbewusste Altersbilder in der Gesellschaft vornehmen zu können. Ältere Menschen werden in Karikaturen mehrheitlich mit altmodischen Merkmalen, körperlichen Defiziten wie auch mit einer unattraktiven Ästhetik abgebildet. Es ist zu erkennen, dass unabhängig vom Wandel der aktuellen

Altersbilder humoristisch immer noch auf defizitäre Altersbilder zurückgegriffen wird. Die Autorin vermutet in ihrer Begründung, dass dies als eine Auflehnung gegen das in unserer Gesellschaft propagierte aktive, erfolgreiche und vitale Altersbild verstanden werden kann, welches Ängste vor dem Altern nicht zulässt oder gesundheitliche Defizite und Sterblichkeit ausklammert (vgl. Polanski 2016: 202-206).

2.4 Würde, Selbständigkeit und Selbstbestimmung im Alter: Eine kritische Auseinandersetzung

Der Wert der Selbstbestimmung ist einer der zentralsten Werte in unserer heutigen Gesellschaft und hat in der Tat einen grossen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden des Menschen. Es ist jedoch wichtig, zwischen den Begriffen Selbständigkeit und Selbstbestimmung zu unterscheiden. Selbstständigkeit heisst, selbständig zu handeln und nicht auf fremde Hilfe angewiesen zu sein. Selbstbestimmung ist die Fähigkeit, selbständig Entscheidungen zu treffen und somit sein Leben selber gestalten zu können. Dies ist auch möglich, wenn die Selbständigkeit eingeschränkt ist (vgl. Rügger 2013b: 25f.).

Diesbezüglich fordert Curaviva in ihrer Charta, dass die Selbstbestimmung älterer Menschen mit eingeschränkter Urteilsfähigkeit gefördert werden muss. Ihre Bedürfnisse und ihr Wille müssen unter Einbezug des sozialen Umfelds und in einem interdisziplinären Prozess eruiert werden. Es sollen die Teilbereiche gefunden werden, welche auch noch mit eingeschränkter Selbständigkeit selber gestaltet werden können (vgl. Curaviva 2010: 10).

Auf Grund der zunehmenden Gebrechlichkeit und Abhängigkeit wird das Selbstwertgefühl älterer Menschen oft beeinträchtigt (vgl. ebd.: 8). Hierbei wäre es wichtig, darauf aufmerksam zu machen, dass der Mensch in einem sozialen Gefüge lebt, weshalb ein total autonomes Leben nicht möglich ist. Wir stehen unser ganzes Leben lang in Abhängigkeit zu anderen (vgl. Rügger 2013b: 26f.).

Nach Kant (vgl. 1983: 37) steht dem Menschen Würde zu, da dieser auf Grund seiner Vernunft entscheiden kann und deshalb autonom ist. Diese Verknüpfung von Würde, Vernunft und Autonomie ist jedoch problematisch, da somit ein würdevolles Leben auf dem Spiel steht, wenn der Mensch gewisse Fähigkeiten verliert. Dies wäre zum Beispiel der Fall bei an Demenz erkrankten Menschen, bei welchen sich die Selbständigkeit, die soziale Interaktion oder auch die Identität verändern. Nach diesem Verständnis würde dem

Menschen, der Vernunft oder Autonomie verliert, auch die Würde abgesprochen. In der heutigen Gesellschaft ist ein solches Würdeverständnis, welches abhängig von gewissen Lebensumständen und Fähigkeiten ist, weitverbreitet (vgl. Rügger 2013b: 13f.).

Ein anderes Konzept der Menschenwürde setzt Gefühle, Bedürfnisse, Verletzlichkeit sowie Abhängigkeit ins Zentrum. Menschen haben also eine Würde, weil sie fühlen, weil sie Bedürfnisse haben, verletzlich und abhängig von anderen sind. Von diesem Grundgedanken lässt sich gemäss Hug (2014: 177) ableiten, dass «allen Menschen, unabhängig von ihrem Status, ihrer psychischen und physischen Verfasstheit, Menschenwürde – und damit auch der entsprechende Schutz und die entsprechende Rechte – zugestanden werden muss». Dieses Würdeverständnis entlastet ältere Menschen, da sie nicht selber dafür verantwortlich sind, ihre eigene Würde immer wieder herzustellen, und da sie nicht befürchten müssen, ihre Würde durch Krankheit oder Gebrechlichkeit zu verlieren. Gleichzeitig nimmt dieses Würdeverständnis die Gesellschaft in die Pflicht, die für den Schutz der Würde von verletzlichen Personen verantwortlich ist (vgl. ebd.: 175 -177). Die Menschenwürde beinhaltet somit den Anspruch auf Schutz von Leib und Leben, auf Selbstbestimmung, generell auf die Einhaltung der Menschenrechte wie auch auf einen gegenseitigen respektvollen Umgang miteinander (vgl. Rügger 2013b: 15-17).

Mit den vorangegangenen Erläuterungen bezüglich der Menschenwürde und der Selbstbestimmung soll darauf hingewiesen werden, dass wir Gefahr laufen, älteren Menschen auf Grund ihrer Abhängigkeit und ihrer Gebrechlichkeit ein würdiges Leben abzusprechen. Für unsere Gesellschaft wünschenswert wäre es demnach, «wenn die Menschen sich (...) nicht lediglich als machtvolle Subjekte der Produktion und des Konsums, sondern auch in ihrer Verletzlichkeit, Hinfälligkeit und endgültigen Vergänglichkeit wechselseitig verstehen, annehmen und ertragen lernen. Denn: *Das Altern ist das Leben selbst*» (Rentsch 2016: 267).

2.5 Ökologische Gerontologie

Nachdem der Fokus auf das Individuum und die Gesellschaft gelegt wurde, soll nun noch die Beziehung zwischen älteren Menschen und deren räumlich-sozialer Umwelt beleuchtet werden. Der Gegenstand der ökologischen Gerontologie ist gemäss Saup (1993:30) «das Verhalten, Erleben und Wohlbefinden älterer Menschen in der Beziehung zur konkreten räumlich-sozialen Umwelt». Dieses Theoriewissen ist eine wichtige Basis für die Gemeinwesenarbeit mit älteren Menschen.

Unter räumlichen Umwelten werden Wohnungen oder Alters- und Pflegeheime verstanden, aber auch Infrastrukturen oder Nachbarschaftsnetze in einer Gemeinde. Neben der räumlichen Charaktereigenschaft der Umwelt gibt es auch immer eine soziale und kulturelle Prägung (vgl. Wahl 2000: 204f.). Die ökologische Gerontologie bezieht jedoch nicht nur die objektive Umwelt mit ein, sondern auch die subjektive, also wie ältere Menschen ihre Umwelt wahrnehmen (vgl. ebd.: 206). Zum Beispiel kann der objektive Lärm in einem Quartier von den älteren Bewohnerinnen und Bewohnern unterschiedlich wahrgenommen werden. Für die einen ist es eine Belastung, für die anderen belebt es das Quartier.

Zwischen der Person und der Umwelt besteht eine Wechselwirkung. Dabei beeinflusst der ältere Mensch die Umwelt und die Umwelt beeinflusst den älteren Menschen. Bestimmende Parameter für die Einflussnahme seitens der älteren Menschen sind deren Fähigkeiten wie auch deren Bedürfnisse (vgl. ebd.: 205). Einschränkungen der Seh- und Hörfähigkeit oder der körperlichen Mobilität können demnach die Umweltbewältigung von älteren Menschen erschweren (vgl. Saup 1993: 76).

Gibt es eine Diskrepanz zwischen einem Umweltmerkmal und einem individuellen Bedürfnis, wird versucht, diese durch eine Copingstrategie zu verkleinern. Dies können eine konkrete bauliche Massnahme in der Wohnung (z.B. ein Treppenlift) oder auch Vermeidungsstrategien sein (z.B. den dunklen Park in der Nacht zu umgehen). An dieser Stelle ist zu erwähnen, dass die sozioökonomische Ausstattung, wie genügend finanzielle Mittel oder ein tragendes soziales Netzwerk, in der Interaktion von älteren Menschen mit der Umwelt sehr unterstützend wirken kann (vgl. ebd.: 53-56).

Die ökologische Gerontologie versucht auch den Einfluss der Umwelt auf das Verhalten und Erleben der älteren Menschen zu erfassen (vgl. Wahl 2000: 204). Ein Beispiel dafür ist die Frage, welche Umweltbedingungen eine soziale Teilhabe fördern respektive die

Selbständigkeit so lange wie möglich aufrechterhalten. Die Interaktion zwischen älteren Menschen und der Umwelt kann im positiven Fall zu Kompetenzerweiterung und Persönlichkeitsentwicklung führen, bei negativen Entwicklungen jedoch auch zu Unsicherheit, sozialer Isolation oder auch zu Depressionen führen (vgl. Saup 1993: 57).

Verschiedene Merkmale der Umwelt haben Einfluss auf das Verhalten und das Erleben von älteren Menschen. Wichtige Attribute sind die *Erreichbarkeit* und *Zugänglichkeit*. Sie bestimmen, ob ein sozialer Raum von älteren Menschen genutzt werden kann. Eine *anregende* Umwelt kann dazu beitragen, dass die geistigen und körperlichen Fähigkeiten erhalten bleiben. Eine *unterstützende* Wirkung der Umwelt fördert eine selbständige Alltagsgestaltung. Schliesslich kann eine *kontrollierbare* Umwelt die Selbstwirksamkeit von älteren Menschen stärken (vgl. ebd.: 89). Demnach geht es gemäss Wahl (2000: 205) «nicht nur um die unterstützende (...) Rolle von Umweltaspekten, sondern auch um deren Anregungsgehalt, es geht nicht nur um eine sichere und barrierefreie Umwelt, sondern auch um die Ermöglichung von Autonomie, Kontrolle und einem 'guten' Leben».

Diese Attribute dienen als gute Grundlage, um soziale Räume analysieren und beschreiben zu können (Saup 1993: 49). Der Alltag der älteren Menschen steht dabei im Fokus. In welchen sozialen Räumen halten sie sich auf und wie erschliessen sie sich diese? Dadurch können Mobilitätsbarrieren identifiziert werden. Basierend auf diesen wissenschaftlichen Erklärungen können dann mittels Interventionen die Eigenschaften der Umwelt verändert respektive verbessert werden (vgl. Wahl 2000: 204).

2.6 Zwischenfazit

Ein Würdeverständnis, welches ausschliesslich auf Autonomie und Fähigkeit basiert, hat gravierende Folgen für pflegebedürftige älteren Menschen. Zum einen könnte diese Grundhaltung einen würdelosen Umgang mit ihnen legitimieren und zum anderen hat sie einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Suizidrate älterer Menschen (vgl. Rügger 2013b: 13f.). Folglich soll der Wert der Autonomie, eines der wichtigsten Ziele der Gemeinwesenarbeit, hinterfragt werden und viel mehr der Fokus auf eine gelingende und positiv bewertete Abhängigkeit gesetzt werden. Konkret heisst dies, ältere Menschen dabei zu unterstützen, tragende Alltagsbeziehungen aufbauen zu können.

Die Aktivitätsthese hat eines unserer bis heute noch aktuellen Altersbilder, das *aktive Altern* stark mitgeprägt. In der Altenarbeit ist die Vorstellung vom *aktiven Altern* immer noch

sehr präsent, wie auch in den Leitbildern der Gemeinden. So zielen viele Angebote und Dienstleistungen der Gemeinwesenarbeit auf die Aktivierung von älteren Menschen ab. Solche Aktivierungsprogramme haben den Fokus auf das Individuum und nicht auf die Veränderung gesellschaftlicher Strukturen (vgl. Karl/Kolland 2010: 85). Zudem sind «Gesundheits-, Fitness- und Bildungsangebote (...) vor allem Angebote für die privilegierten Alten» (Schroeter 2017: 11). Dadurch kann die soziale Ungleichheit in unserer Gesellschaft noch verstärkt werden.

Die Gemeinwesenarbeit ist deshalb angehalten, vorhandene Altersbilder zu reflektieren wie auch aufzubrechen, zum Beispiel, indem sie Altersgrenzen für Angebote hinterfragt. Vielmehr sind die Zusammenhänge belastender sozialer Strukturen und zwischenmenschlicher Beziehungen in Bezug auf die Zufriedenheit des Individuums aufzuzeigen, um dieses zu entlasten (vgl. Backes/Clemens 2013: 245). Dies setzt eine fachliche Auseinandersetzung mit den Lebenswelten und Lebenslagen älterer Menschen voraus (vgl. Karl/Kolland 2010: 85). Des Weiteren soll vermehrt eine sozialräumliche Perspektive eingenommen werden, da die Interaktion mit der Umwelt und deren Beschaffenheit einen massgeblichen Einfluss auf ein gelingendes Alter(n) haben kann (vgl. Kricheldorf 2015: 21).

3 Lebenslage von armutsbetroffenen in privaten Haushalten wohnenden älteren Menschen

3.1 Einleitung

Um nun die Lebenssituation und die Chancenverwirklichung von armutsbetroffenen älteren Menschen, welche selbständig wohnen und eventuell geringe pflegerische Unterstützung bedürfen, umfassend beschreiben zu können, bietet sich das theoretische Konzept der Lebenslage nach Hradil an, da dieses im Gegensatz zu den klassischen Lebenslagen-Modellen auch berufsfremde Dimensionen mit einbezieht (vgl. Hradil 1990: 130). Zudem soll Armut nicht nur materiell, sondern auch in anderen Dimensionen, wie der sozialen und gesundheitlichen Ausstattung des Menschen, erfasst werden (vgl. Pilgram/Seifert 2009: 21f.).

Hradil geht in seinem Lebenslagenkonzept von den Bedingungen für ein «gutes Leben» aus. Wie in folgender Tabelle abgebildet, entwickelt er die Dimensionen der Lebenslagen in Bezug auf die ökonomischen, soziokulturellen und wohlfahrtsstaatlichen Bedürfnisse. Um diese erreichen zu können, benötigt es verschiedene Bedingungen. So führt beispielsweise Geld zu Wohlstand oder ein gutes Wohnumfeld zu einer besseren Gesundheit (vgl. Hradil 1990: 137).

Tab.: 1: Dimensionen der Lebenslage (in Anlehnung an: Hradil 1990: 138)

Bedürfnisse	Dimensionen	Bedingungen
Wohlstand Erfolg Macht	ökonomische	Geld Formale Bildung Berufsprestige
Sicherheit Entlastung Gesundheit Partizipation	wohlfahrtsstaatliche	Soziale Absicherung Freizeitbedingungen Wohn(umwelt)bedingungen
Integration Selbstverwirklichung Emanzipation	soziale	Soziale Beziehungen Soziale Rollen Diskriminierungen/ Privilegien

Folglich soll nun die Lebenslage von armutsbetroffenen älteren Menschen beschrieben werden. Für eine bessere Übersicht wird die wohlfahrtstaatliche Dimension in eine gesundheitliche und umweltbedingte Dimension aufgeteilt.

3.2 Ökonomische Dimension

Ab 75 Jahren liegt die Wahrscheinlichkeit, einkommensarm zu sein, bei 22.1 %, dies ist markant höher als bei 65- bis 74-Jährigen mit 12.5 % (vgl. BFS 2014: 8f.).

Die von Armut betroffenen Rentnerinnen und Rentner erhalten meistens keine Leistung aus der 2. Säule. (vgl. Pilgram/Seifert 2009: 37). In Zahlen gesprochen erhalten 15.3 % der Rentnerinnen und Rentner als Einkommen nur die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) zusammen mit Ergänzungsleistungen (EL) und Hilflosenentschädigung.

Ab dem Alter 65 erhalten 9.5 % der in der Schweiz wohnhaften Menschen Ergänzungsleistungen (EL). Diese Quote steigt generell im Alter an (vgl. ebd.: 11). Für ein Achtel der Bezügerinnen und Bezüger hat diese Leistung eine essentielle Bedeutung, da sie sonst von der Sozialhilfe abhängig wären. Die EL deckt dabei teilweise Leistungen ab, welche individuell nicht übernommen werden können und von der Krankenkasse nicht abgedeckt werden, wie zum Beispiel eine Haushaltsunterstützung oder eine Überwachung. Der Maximalbetrag für eine Einzelpersonen liegt dabei bei CHF 25'000. Eine tägliche Betreuung kann somit nicht abgedeckt werden. Zudem werden Fahrdienste und Mahlzeitlieferungen nicht übernommen (vgl. Gasser/Knöpfel/Seifert 2015: 46f.).

Auf Grund von Selbststigmatisierung verzichten ältere Menschen teilweise darauf, Zusatzleistungen zu beantragen. Sie haben das Gefühl, versagt zu haben (vgl. Pilgram/Seifert 2009: 61). Zudem ist zu erwähnen, dass sozial benachteiligten älteren Menschen teils das nötige Wissen über mögliche staatliche Leistungsansprüche fehlt und der Zugang zu diesen auf Grund von sprachlichen und bürokratischen Hürden nicht immer einfach ist (vgl. Falk/Wolter 2018: 146).

Bezüglich des Vermögens von armutsbetroffenen Rentnerinnen und Rentner können folgende Aussagen getroffen werden: Ein Fünftel verfügen über weniger als CHF 10'000 liquide Mittel. Dabei können 10 % eine unvorhergesehene Ausgabe von CHF 2000 innerhalb eines Monats nicht tätigen. Interessant ist auch, dass 53.3 % der alleinstehenden Personen ab 75 Jahren in der tiefsten Einkommensklasse über ein Handy und 20.3 %

über einen Computer verfügen. Im Vergleich dazu besitzen in der höchsten Einkommensklasse 83.7 % ein Handy und 64.1 % einen Computer (vgl. BFS 2014: 18-23).

3.3 Soziale Dimension

Soziale Kontakte sind wichtig für das Wohlbefinden, wie auch für die Gesundheit. Von Einsamkeit betroffen sind vorwiegend alleinlebende Hochbetagte, deren Netzwerke mit dem Alter kleiner geworden sind (Backes/Clemens 2013: 245). 44.7 % leben ab dem fünfundsiebzigsten Lebensjahr alleine. Im Alter zwischen 75 und 84 Jahren sind 13.3 % der Männer und 43.5 % der Frauen verwitwet. Der Grund dafür ist die höhere Lebenserwartung der Frauen, und dass in einer heterosexuellen Partnerschaft häufig die Frau jünger ist (vgl. BFS 2014: 9). Oft unterstützt oder pflegt dabei das dritte Alter das vierte Alter. Diese pflegenden Angehörigen, zumeist weiblich, sind oft einer hohen psychischen und physischen Belastung ausgesetzt (vgl. Backes/Clemens 2013: 324f.).

Mit der Einschränkung der Mobilität werden die Beziehungen in unmittelbarer Nachbarschaft bedeutsamer (vgl. Rüssler et al. 2015: 132). Doch durch die begrenzte Mobilität wird es auch zunehmend schwieriger, an spontanen nachbarschaftlichen Begegnungen zu partizipieren, da man beim Verlassen der Wohnung auf Unterstützung angewiesen ist und diese jeweils vorzeitig geplant werden müssten (vgl. Falk/Wolter 2018: 151). So können ambulante Pflege- und Betreuungsdienste auf Grund ihrer dichten Dienstpläne nur bedingt auf die Wünsche ihrer Klientinnen und Klienten eingehen. Dies erschwert einen selbstbestimmten Tagesablauf mit einer aktiven Teilhabe am Quartiersleben. Die Erweiterung der Selbstbestimmung und Flexibilität kann nur durch ein soziales Netzwerk oder mit genügend finanziellen Ressourcen ermöglicht werden (vgl. ebd.: 156).

Eine weitere Gefahr für einen zunehmend eingeschränkten Mobilitätsradius sowie eine soziale Isolation mit einhergehendem Verlust der selbständigen Alltagsbewältigung ist fehlendes Wissen, beispielsweise über neue Technologien. Mit dem Ausstieg aus dem Erwerbsleben verliert das Paradigma «lebenslanges Lernen» an Bedeutung. Das bisherige erworbene Wissen und gewisse Fähigkeiten sind eventuell nicht mehr relevant, und es ist teils herausfordernd, sich neues Wissen anzueignen. (vgl. Wolter 2017: 6).

Die soziale Unterstützung nimmt mit zunehmendem Alter ab. So können 39.4 % der 65- bis 74-Jährigen auf starke soziale Unterstützung zählen. Bei den über 75-Jährigen sind

es nur noch 34.2 %. Auch gibt es Unterschiede zwischen den Bildungsständen. So verfügen 46 % der Personen mit Tertiärabschluss über ein starkes unterstützendes soziales Netzwerk, was nur auf 30.8 % der Personen ohne nachobligatorischen Abschluss zutrifft (vgl. BFS 2019: 3).

Ältere Menschen mit geringer ökonomischer Ausstattung haben kleinere soziale Netzwerke, die sich ausserdem eher im nachbarschaftlichen Umfeld befinden (vgl. Rüssler et al. 2015: 132). Auf Grund von geringen finanziellen Mitteln ist es zudem für ältere Menschen schwierig, soziale Kontakte zu pflegen. Es fehlt an Geld für einen Kaffee in der Kneipe, für das ÖV-Ticket für den Seniorenausflug oder für den Eintritt in eine kulturelle Veranstaltung. Auch haben viele armutsbetroffene ältere Menschen das Gefühl, ihrer Rolle als Eltern oder Grosseltern nicht gerecht zu werden, da sie zum Beispiel keine grossen Geschenke machen oder ihren Nachkommen nichts hinterlassen können. Das Gefühl, diese Rollenerwartungen nicht erfüllen zu können, hat dabei einen negativen Einfluss auf deren Selbstwertgefühl (vgl. Pilgram/Seifert 2009: 73ff.). «Sie fühlen sich wertlos und unnützlich – und deshalb auch arm.» (ebd.: 73)

3.4 Umweltbedingte Dimension

Wie bereits vorgängig erörtert, hat die Umwelt einen Einfluss auf die Lebensführung von älteren Menschen (vgl. Kapitel 2.5). Die Wohnung und das Wohnumfeld gewinnen für die Lebensgestaltung mit dem höheren Alter immer mehr an Bedeutung, besonders mit zunehmend eingeschränkter Mobilität (Kricheldorf 2015: 18).

96 % der über 65-Jährigen leben in der Schweiz zu Hause, die übrigen in Alters- und Pflegeheimen. Viele davon (32 %) leben in sehr grossen Wohnungen (Alleinlebende in mehr als vier Zimmern, Paarhaushalte in mehr als fünf Zimmern), welche sie vor vielen Jahren noch mit ihren Kindern bewohnt haben. Auch wenn der Wunsch da wäre, in eine kleinere Wohnung in der Nähe zu ziehen, ist dies auf Grund der hohen Mietpreise für viele nicht möglich (vgl. BFS 2018: 1ff.). Ein weiteres Hindernis, die Wohnung zu wechseln, besteht darin, dass ältere Menschen bei der Wohnungssuche mit Jüngeren in Konkurrenz stehen. Auf Grund mangelnder Umzugserfahrung und grundsätzlich weniger Erfahrung mit Internetplattformen sind sie dabei benachteiligt. Menschen im höheren Alter werden zudem auf dem Wohnungsmarkt diskriminiert. Die Vermieter sind an längerfristigen Mietverhältnissen interessiert und fürchten, dass bei älteren Menschen auf Grund eintretender

Pflegebedürftigkeit oder Tod dies nicht gewährleistet sei (vgl. Höpflinger/Van Wezemaël 2014: 101).

Die Hauptmotive für einen Umzug im höheren Alter sind gesundheitliche Beeinträchtigungen, und um die zukünftige Versorgung und Betreuung sicherzustellen (vgl. ebd.: 94). 38 % der Befragten im Alter von 75 - 79 Jahren können sich grundsätzlich vorstellen, in einer Alterswohnung zu wohnen. Bei Befragten aus tieferen Einkommensgruppen ist der JA-Anteil sogar noch höher als bei höheren Einkommensgruppen (vgl. ebd.: 139). Jedoch ist es sozial benachteiligten älteren Menschen fast nicht möglich, in den Städten in eine altersgerechte Wohnung zu ziehen (vgl. Falk/Wolter 2018: 150). Wird ihnen die Wohnung gekündigt oder sind sie gesundheitlich eingeschränkt, muss zum Teil frühzeitig in eine Pflegeeinrichtung gewechselt werden, da die Wohnkostenübernahme der EL begrenzt ist und keine bezahlbare Wohnung mehr gefunden werden kann (vgl. Höpflinger/Van Wezemaël 2014: 102).

Mit der Reform der EL, welche am 01.01.2021 in Kraft tritt, werden die Mietzinsmaxima erhöht. Jedoch wird es auch mit dieser Erhöhung 15 % der Haushalte nicht gelingen, ihre Mietzinsausgaben zu decken. Um dieses Defizit zu kompensieren, müssen diese bei ihrem Lebensunterhalt sparen (vgl. Pro Senectute o.J.). Rund 20 % der ärmsten alleinlebenden Rentnerinnen und Rentner geben 40 % ihres Bruttoeinkommens für Wohnen und Energie aus (vgl. Höpflinger/Van Wezemaël 2014: 68).

Geringe finanzielle Verhältnisse können die Wohnqualität negativ beeinflussen. Die Wohnumgebung kann dabei lärmig, verschmutzt oder unsicher sein. So empfinden 17 % der Menschen ab 65 Jahren ihr Quartier als lärmig und 12 % nehmen ihr Quartier als verschmutzt wahr (vgl. ebd.: 66). In sozial benachteiligten Wohnquartieren bestehen auch weniger nachbarschaftliche Netzwerke zur Selbsthilfe. Der Aufbau solcher Netzwerke ist auf Grund mangelnder Ressourcen innerhalb des Quartiers und der Bevölkerung, sowie auf Grund der höheren Fluktuationsrate herausfordernder (vgl. Franke et al. 2017: 25).

Mit zunehmender gesundheitlicher Einschränkung im Alter wirken sich solche negativen Umweltaspekte, wie schlechte Wohnbedingungen, Barrieren im Wohnumfeld, soziale Isolation oder Konflikte in der Nachbarschaft gesundheitsgefährdend aus. Vor allem sozial benachteiligte ältere Menschen sind davon betroffen, da sie auf Grund mangelnder sozioökonomischer Ausstattung die Wohnsituation nicht ändern und Barrieren nicht anderweitig kompensieren können (vgl. Wolter 2017: 63). In den Beratungsgesprächen von Pro

Senectute werden schlechte Wohnsituationen als Diskriminierung empfunden. So werden Lärm und schlechte ÖV-Anbindungen als Benachteiligungsfaktoren wahrgenommen. Schwierig ist es auch, in Quartieren mit schlechter Reputation wohnen bleiben zu müssen, welche von anderen gemieden oder verlassen werden (vgl. Pilgram/Seifert 2009: 75).

3.5 Gesundheitliche Dimension

Der soziale Quotient ist in den Gesundheitsstatistiken klar erkennbar. Das Risiko, an einer chronischen Erkrankung zu leiden, ist für armutsbetroffene Menschen drei Mal höher als für Menschen mit einem höheren sozialen Status (vgl. Walther 2018: 152). Entsprechend sind Seniorinnen und Senioren, welche das Einkommen primär von der 1. Säule beziehen, gesundheitlich beeinträchtigt (37.2 %) als jene, die ihr Haupteinkommen aus der 2. Säule beziehen (28.1 %). Davon klagten 43.7 % ohne nachobligatorischen Bildungsabschluss über gesundheitliche Probleme, bei Personen mit einem Tertiärabschluss lediglich 23.4 % (vgl. BFS 2014: 33).

Armutsbetroffene Menschen sind auf Grund ihrer geringen finanziellen Ressourcen stärker gesundheitsgefährdenden Umwelteinflüssen ausgesetzt (vgl. Walther 2018: 154). Demnach kann der Übergang in die 4. Altersphase bei älteren Menschen, welche einer belastenden Arbeit nachgegangen sind oder in einem lärmigen Quartier leben, früher erfolgen (vgl. Gasser et al. 2015: 52).

Für Menschen mit mangelnden Ressourcen ist es teils auch schwieriger, an gesundheitsrelevantes Wissen zu gelangen. Oft ist dieses nicht einfach zugänglich, sowie nicht leicht verständlich. Auch fehlt ein soziales Netz, welches bei Gesundheits- oder Krankheitsfragen unterstützen oder weitervermitteln könnte (vgl. Walther 2018: 155). Allgemein nehmen ältere Menschen weniger Beratungs- und Vorsorgeangebote in Anspruch als jüngere Altersgruppen (vgl. Schneider/Sperling/Wedler 2011: 22).

Tiefe Alterseinkommen verändern sich im Alter nicht mehr. Die dadurch entstehenden belastenden Existenzängste können zu Schlafstörungen oder auch Depressionen führen (vgl. Pilgram/Seifert 2009: 78). Generell ist das Risiko, an einer psychischen Störung zu erkranken, wie zum Beispiel einer Depression oder Angststörung, bei sozial benachteiligten Menschen um 1.9- bis 2.6-mal höher als bei Menschen mit höherem sozialem Status (vgl. Walther 2018: 152).

Das Gefühl der Selbstwirksamkeit und der Kontrollüberzeugung ist eine wichtige Ressource für die Krisenbewältigung wie auch den Umgang mit gesundheitlichen Problemen. Über das Gefühl, selbst über die eigene Lebensführung bestimmen zu können, verfügen bei den über 55-Jährigen 39.7 % der Personen mit einem obligatorischen Schulabschluss und 46.7 % der Personen mit Tertiärabschluss. Das Gefühl der Selbstwirksamkeit sinkt generell mit dem Alter (71.9 % von 55- bis 74-Jährigen gegenüber 60.2 % ab 75 Jahren). Auch gibt es einen deutlichen Unterschied zwischen den Bildungsständen. Konkret verfügen 80.9 % der über 55-Jährigen mit Tertiärabschluss über ein Selbstwirksamkeitsgefühl gegenüber 55.4 % mit obligatorischem Schulabschluss (vgl. BFS 2019: 4).

3.6 Zwischenfazit

Mit der Beschreibung der Lebenslagen von älteren armutsbetroffenen Menschen konnte deutlich aufgezeigt werden, dass sie auf Grund des Zusammenwirkens unterschiedlicher Bedingungen in den verschiedenen Dimensionen ihre individuellen Bedürfnisse nicht mehr befriedigen können.

So leben armutsbetroffene ältere Menschen öfters in gesundheitsgefährdeten, sozial benachteiligten Quartieren mit schlechter Infrastruktur und kleineren nachbarschaftlichen Netzwerken. Auf Grund ihrer geringen finanziellen Mittel und einem kleinen sozialen Netzwerk können sie die zunehmende Einschränkung ihrer Mobilität nicht kompensieren. Dadurch entsteht die Gefahr einer sozialen Isolation. Eine selbständige Alltagsbewältigung wird dadurch ebenfalls zu einer Herausforderung, was vermutlich die Selbstwirksamkeit und das Gefühl der Kontrollüberzeugung massgeblich beeinträchtigen kann.

Des Weiteren ist festzuhalten, dass das Risiko, an einer chronischen physischen oder psychischen Erkrankung zu erkranken, für ältere Menschen mit tieferem Bildungsstand massiv höher ist als bei älteren Menschen mit höherer Bildung.

Abschliessend ist festzuhalten, dass soziale Probleme dann entstehen, wenn auf Grund einer mangelnden biopsychosozialen Ausstattung individuelle Bedürfnisse nicht mehr befriedigt werden können, unabhängig davon, ob dies vom Individuum oder der Gesellschaft wahrgenommen wird (vgl. Staub-Bernasconi 2007: 181f.). Da die Gemeinwesenarbeit mit ihren Interventionen den sozialen Problemen im Quartier entgegenwirken möchte, ist es deshalb unabdingbar, die Lebenslagen von den älteren armutsbetroffenen Menschen zu kennen.

4 Suizidalität und Suizidprävention bei älteren Menschen

4.1 Einleitung

Statistische Zahlen belegen, dass im Alter das Suizidrisiko steigt. Ein starker Anstieg ist vor allem in der Altersgruppe der 80-Jährigen zu erkennen (vgl. Schneider et al. 2011: 8). Zwischen 2009 und 2013 nahmen sich durchschnittlich 227 ältere Menschen ab 70 Jahren in der Schweiz das Leben (exklusive assistiertem Suizid). Das sind doppelt so viele wie bei den jüngeren Generationen bis 29 Jahre. In dieser Altersgruppe der über 70-Jährigen sind es in drei von vier Fällen Männer (vgl. BAG 2016: 19). Suizidversuche sind hingegen schwieriger zu erfassen. Konservative Rechnungen gehen jedoch davon aus, dass diese Zahl dem 10fachen der eigentlichen Suizidrate entspreche (vgl. Stoppe et al. 2011: 2).

Nachdem im vorherigen Kapitel die Lebenslage von armutsbetroffenen älteren Menschen beschrieben worden ist, setzt sich dieses Kapitel nun mit der Suizidalität und der Suizidprävention bei älteren Menschen auseinander. Im Fokus stehen dabei die Risikofaktoren sowie die Erkennung der Suizidalität, da dieses Wissen für präventive Massnahmen eine wichtige Grundlage bietet (vgl. Erlemeier 2011: 80). Auf das Thema der Suizidprävention und der Schutzfaktoren wird dann in Verbindung mit der Gemeinwesenarbeit im 6. Kapitel eingegangen.

4.2 Risikofaktoren für Suizidalität im Alter

Die Risikofaktoren für Alterssuizid können grob in drei Gruppen eingeteilt werden, nämlich in körperliche, psychische oder soziale Risikofaktoren. Es ist nicht ganz einfach für die Forschung, die Gründe für einen Suizid zu eruieren, da nicht immer ein Abschiedsbrief vorliegt. Deshalb versucht man mit der Methode einer psychologischen Autopsie eine rekonstruktive Fallanalyse herzuleiten. Mittels Interviews innerhalb des sozialen Umfelds wird versucht, ein umfassendes Bild der Lebens- und Umweltsituation sowie der Persönlichkeit zu erfassen (vgl. Erlemeier 2011: 80f.). Grundsätzlich muss davon ausgegangen werden, dass nicht einer, sondern mehrere Risikofaktoren zu einem Suizid führen. So können einzelne Risikofaktoren zur Entstehung von weiteren Risikofaktoren führen (vgl. Schneider 2003: 141).

47 % der Menschen mit Suizidgedanken geben an, von einer körperlichen Beschwerde betroffen zu sein. Bei Menschen ohne Suizidgedanken liegt der Wert bei 19.3 % (vgl. Peter/Tuch 2019: 3). Für die Suizidforschung ist es grundsätzlich schwierig, Suizidalität mit einer körperlichen Erkrankung in Verbindung zu bringen, da andere Einflussfaktoren nicht auszuschliessen sind. So ist die medizinische Diagnose selber gar nicht so bedeutend, sondern es sind eher die Konsequenzen dieser Diagnose, die belasten, zum Beispiel die Angst vor dem Verlust von Autonomie oder die soziale Isolation auf Grund der durch Krankheit eingeschränkten Mobilität. Bei älteren Menschen mit chronischen Krankheiten sind diese psychosozialen Folgen besonders belastend, da eine Verbesserung dieser Situation nicht mehr zu erwarten ist. Deshalb ist es wichtig, neben der medizinischen Behandlung der Krankheit auch deren psychosoziale Folgen zu beachten, welche das Krankheitserleben positiv oder auch negativ beeinflussen können (vgl. Erlemeier 2011: 81ff.).

Auch neurologische Erkrankungen wie Demenz oder ein Schlaganfall können zu einem erhöhten Suizidrisiko führen (vgl. Schneider 2003: 160). Demenz kann vor allem kurz nach der Diagnose zu einem erhöhten Suizidrisiko führen, meistens verbunden mit weiteren Faktoren wie Depressionen oder Perspektivenlosigkeit. Im weiteren Verlauf der Demenzerkrankung sinkt das Risiko für eine Suizidalität wieder (vgl. Erlemeier 2011: 89).

10 % der in der Schweiz wohnhaften Personen mit Suizidgedanken geben an, dass sie auf Grund psychischer Probleme in der Alltagsbewältigung eingeschränkt sind. Dieser Anteil liegt bei Personen ohne Suizidgedanken bei lediglich 1.2 %. Rund 52.9 % der Befragten mit Suizidgedanken haben zudem Depressionssymptome, bei jenen ohne Suizidgedanken sind es nur 4.9 % (vgl. Peter/Tuch 2019:3). Depressionen im Alter werden von Fachkräften, Betroffenen wie auch von Angehörigen weniger erkannt, auf Grund von internalisierten defizitären Altersstereotypen wie auch auf Grund von untypischen Symptomen wie körperlichen Beeinträchtigungen, Konzentrationsschwierigkeiten, Ängstlichkeit und Aggressivität (vgl. Schneider et al. 2011: 17f.).

Nachdem die individuellen Risikofaktoren beleuchtet wurden, wird nun noch auf die sozialen und gesellschaftlichen Komponenten eingegangen. So haben alleinlebende Menschen mit mangelnder sozialer Unterstützung ein höheres Risiko, Suizid zu begehen (vgl. Schneider 2003: 95). Menschen mit Suizidgedanken fühlen sich vermehrt einsamer als Menschen ohne Suizidgedanken (21.3 % vs. 3.4 %). Zudem sehen 22.5 % der Menschen mit Suizidgedanken ihre soziale Unterstützung als zu gering an (gegenüber 8.6 % ohne

Suizidgedanken) (vgl. Peter/Tuch 2019: 4). Nicht die effektive Kontakthäufigkeit oder die Grösse des sozialen Umfelds haben dabei einen Einfluss auf die Suizidalität, sondern die subjektive Wahrnehmung der Vereinsamung, sei dies die mangelnde Möglichkeit eines emotionalen Austausches oder auch eines vertraulichen Gespräches (vgl. Erlemeier 2011: 91ff.). Zudem hängt es davon ab, «ob sich Kontaktdefizite in der subjektiven Bewertung und Verarbeitung selbstwertgefährdend zuspitzen und als Verlust lebensnotwendiger sozialer Ressourcen erlebt werden» (ebd.: 93).

Ob die Dimension der sozioökonomischen Lage einen Einfluss auf das Risiko des Alterssuizids hat, kann mittels aktuellem Forschungsstand nicht eruiert werden, da die Ergebnisse der Studien zu unterschiedlich ausfielen (vgl. ebd.: 100).

In den Medien wird der Alterssuizid oft mit der Angst, an Demenz zu erkranken, sowie mit der Angst vor dem Verlust von Autonomie und Würde in Verbindung gebracht. Dieser gesellschaftliche und kulturelle Einfluss auf ältere Menschen wird wahrscheinlich heute als Risikofaktor immer noch zu wenig wahrgenommen (vgl. Stoppe 2011: 3). Demnach fühlen sich ältere Menschen in unserer leistungsorientierten Gesellschaft wertlos und sehen sich als Belastung an, was in ihren Augen einen Suizid legitimiert (vgl. Minder/Harbauer 2015: 76). Dieses Phänomen nennt Durkheim den *altruistischen Selbstmord*. Menschen begehen Selbstmord, da sie in der Gesellschaft keinen Platz mehr haben (vgl. Durkheim 1993: 242- 246).

Schwierige Lebensereignisse bei älteren Menschen können ebenfalls zu den Risikofaktoren gezählt werden (vgl. Schneider et al. 2014: 39). Sie lösen heftige Emotionen aus und können zu einem Gefühl des Kontrollverlustes sowie zu einem Verlust des Selbstwertgefühls führen (vgl. Filipp/Aymanns 2018: 58-67). Zu den kritischen Lebensereignissen zählen unter anderem den Verlust des Partners oder der Partnerin durch Verwitwung oder Scheidung. Besonders in den ersten Wochen nach solch einem Ereignis ist das Risiko erhöht (vgl. Stoppe 2011: 3f.). Auch der Übergang in die Pflegebedürftigkeit kann für die Pflegebedürftigen wie auch für die Pflegenden ein kritisches Lebensereignis sein (vgl. Franke et al. 2017: 53).

4.3 Diagnostik

Suizid wie auch depressive Erkrankungen werden in unserer Gesellschaft tabuisiert und stigmatisiert (vgl. Stoppe et al. 2011: 3). Demzufolge ist es sehr schwierig, Suizidalität zu erkennen und zu diagnostizieren. Auf Grund von Scham- und Schuldgefühlen oder auch aus Angst, jemanden zu belasten, sprechen Betroffene nicht darüber, auch nicht mit Professionellen aus dem Gesundheits- oder sozialen Bereich (vgl. Wächtler et al. 2014: 60).

Bei suizidalen Menschen ist jedoch bekannt, dass sie, bevor sie Suizid begehen, direkt oder indirekte Signale senden. Dies kann verbal oder nonverbal geschehen. Es gibt allerdings Hinweise dafür, dass ältere Menschen diese Signale weniger senden oder diese weniger vom Umfeld wahrgenommen werden (vgl. Erlemeier 2011: 77)

Deshalb ist es wichtig, aufmerksam zu sein, besonders dann, wenn sich verschiedene Risikofaktoren summieren und die Schutzfaktoren fehlen. Dann ist es elementar, auf Zeichen zu achten respektive diese zu erkennen. Solche Signale sind zum Beispiel, wenn jemand sich alleine fühlt oder keinen Sinn mehr im Leben sieht. Auch dass jemand persönliche Gegenstände verschenkt, seinen Nachlass regelt, Medikamente sammelt oder das Essen sowie nötige Medikamente verweigert, könnte ein Warnhinweis sein (vgl. Wächtler et al. 2014: 60). Weitere Warnzeichen sind auch Äusserungen von Gefühlen der Erniedrigung, vom Eindruck, anderen zur Last zu fallen oder von Hoffnungslosigkeit sowie Verzweiflung (vgl. Schneider/Wolfersdorf 2018: 440).

Schlussendlich ist festzuhalten, dass eine frühzeitige Erkennung und Diagnose für eine erfolgreiche Prävention zentral ist (vgl. Erlemeier 2011: 77).

4.4 Suizidprävention

In der Suizidprävention geht es darum, Suizidrisiken zu erkennen und zu verringern und somit Suizidalität vorzubeugen (vgl. Erlemeier 2011: 132). Es wird zwischen direkten und indirekten Massnahmen unterschieden. Bei den direkten Massnahmen handelt es sich um konkrete Suizidpräventionsmassnahmen und -kampagnen. Indirekte Massnahmen sind niederschwellige Betreuungs- und Unterstützungsangebote, welche Risiko- sowie Schutzfaktoren ins Zentrum stellen (Ajdacic-Gross et al. 2011:16-21). Erlemeier (2011: 132) gibt dazu folgende Umschreibung:

Unzureichende und ungünstige Lebensbedingungen, die als Risikofaktoren für suizidales Verhalten zu gelten haben, sind durch abgestimmte sozialpolitische und sozialökologische Weichenstellungen zu verbessern, damit Bürger bis ins hohe Alter möglichst *nicht* in eine desolante Lebenssituation geraten, in der ihnen kein anderer Ausweg als der Suizid/Suizidversuch bleibt.

Suizidprävention kann man gleichsetzen mit Unfallprävention. Nur erfährt letztere im Gegensatz zur Suizidprävention von der Gesellschaft und Politik eine hohe Anerkennung (Ajdacic-Gross et al. 2011:16). Suizid im Alter stösst zudem in der Bevölkerung auf breite Akzeptanz, weshalb die hohe Suizidrate als gegeben angesehen und nicht hinterfragt wird. Dies führt dazu, dass präventive Massnahmen für ältere Menschen nicht gross gefördert werden (vgl. Rügger 2013a: 1).

Neben dem Leid des sozialen Umfeldes verursachen Suizid und Suizidversuche jedoch auch erhebliche Kosten, und dies nicht nur im Gesundheitsbereich. Deshalb wären präventive Massnahmen auch aus ökonomischer Sicht interessant (vgl. Stoppe et al. 2011: 3).

Der Anteil der über 60-Jährigen, welche in einer Krisensituation einen Krisendienst kontaktieren, liegt gerade nur bei 10 % und Psychotherapien werden noch weniger besucht. Gründe dafür sind die Fokussierung der Hilfsangebote auf Jüngere und die Vorurteile bezüglich der Wirksamkeit von Therapien für ältere Menschen. Zudem hindern auch Schamgefühle oder negative Erfahrungen ältere Menschen daran, solche Institutionen aufzusuchen (vgl. Erlemeier 2011: 150).

In der Schweiz gibt es viele verschiedene suizidpräventive Angebote, welche entweder von den Kantonen oder privaten Trägern finanziert werden. Jedoch gibt es nur wenige, welche konkret ältere Menschen adressieren. Auch verfügen nur wenige Kantone über eine koordinierte Suizidprävention. Nicht bekannt ist, inwiefern die verschiedenen Beratungsstellen die Suizidprävention auf dem Radar haben. Für die Früherkennung und Frühintervention wäre es jedoch zentral, niederschwellige Angebote in den Gemeinden zur Verfügung stellen zu können (vgl. BAG 2016: 34f.)

4.5 Ethische Aspekte des Suizids und der Suizidprävention

In einer philosophischen Perspektive, welche das Prinzip der Selbstbestimmung sehr hoch gewichtet, gibt es so etwas wie ein Recht auf Suizid. Jedoch stellt sich bis heute die Frage, ob der Mensch über einen vollkommen freien Willen verfügt und nach diesem handeln kann. Es gibt auch ethische Argumente, welche gegen einen Suizid sprechen. Demnach widerstrebt der Suizid dem Selbsterhaltungstrieb und ist deshalb etwas Unnatürliches. Zudem wird durch einen Suizid die Pflicht gegenüber der sozialen Gemeinschaft verletzt (vgl. Wedler/Teising/Hery 2014: 135ff.).

Adidacic-Gross et al. (vgl. 2011: 16) unterscheiden zwischen einem *Bilanzsuizid* und einem *gewöhnlichen Suizid*. Ein *gewöhnlicher Suizid* wird mit einem «psychischen Unfall» gleichgesetzt und entsteht in einer akuten Krisensituation. Der *Bilanzsuizid* geschieht hingegen wohlüberlegt, selbstbestimmt und sorgfältig abgewogen.

Entgegen der öffentlichen Meinung sind *Bilanzsuizide* im Alter nicht weitverbreitet (vgl. Stoppe 2012: 1415). Bei 80-90 % der Suizidfälle konnte eine psychische Erkrankung festgestellt werden. In diesen Fällen muss davon ausgegangen werden, dass dieser Entschluss nicht wohl überlegt und abgewogen war (vgl. Wedler et al. 2014: 138f.). Dafür spricht auch die Erkenntnis, dass, wenn ein Suizidversuch überlebt wurde, die Wahrscheinlichkeit gross ist, danach nicht an einem Suizid zu sterben (Ajdacic-Gross et al. 2011: 16). Dabei muss aber auch darauf hingewiesen werden, dass eine Urteilsfähigkeit bei einer psychischen Störung nicht gänzlich verloren geht (vgl. Wedler et al. 2014: 138f.).

Gestützt auf die Disengagementtheorie und die daraus resultierenden negativen Altersbilder, welche Einsamkeit und Perspektivenlosigkeit im Alter als Normalzustand betrachten, erfährt der Suizid im Alter eine höhere gesellschaftliche Akzeptanz (vgl. Stoppe et al. 2011: 3). Auch ein an Gesundheit und Autonomie gekoppeltes Würdeverständnis befürwortet ein selbstbestimmtes Ableben (vgl. Wedler et al. 2014: 134f.). Eine weitverbreitete Meinung ist, dass der Tod bei kranken älteren Menschen eine Erlösung sei (vgl. Schneider et al. 2011: 43).

Von zentraler Bedeutung ist es, in dieser ethischen Diskussion anzuerkennen, dass kein Argument ein anderes überwiegen kann. So sind Wedler et al. (2014: 136) der Ansicht:

«Solange ein Suizid keine erheblichen Auswirkungen auf andere hat, muss er als **moralisch indifferent** [Hervorhebung im Original] gelten».

4.6 Zwischenfazit

Suizide oder Suizidversuche stehen in über 90 % der Fälle mit einer psychischen Erkrankung in Verbindung. Im Alter sind dies oft Depressionen, welche jedoch des Öfteren nicht erkannt oder nicht gut behandelt werden (vgl. Stoppe et al. 2011: 2f.). Weitere Risikofaktoren für einen Suizid sind Einsamkeit, ein kleines soziales Netzwerk sowie das Eintreten eines kritischen Lebensereignisses.

Eine mangelnde sozioökonomische Ausstattung konnte als Risikofaktor nicht eindeutig nachgewiesen werden. Wenn jedoch die vorher genannten Risikofaktoren betrachtet werden, ist dies nur schwer nachvollziehbar. Denn gemäss den beschriebenen Lebenslagen von armutsbetroffenen älteren Menschen weisen diese im Vergleich zu privilegierteren Personengruppen eine deutlich stärkere Betroffenheit dieser Risikofaktoren aus (vgl. Kapitel 3). Zudem ist auch die Bewältigung von kritischen Lebensereignissen abhängig von sozialen und ökonomischen Ressourcen (vgl. Franke et al. 2017: 53).

In der Suizidprävention stellt sich die Frage, ob der Entscheid, sich das Leben zu nehmen, in vollem Bewusstsein vollzogen wird oder ob nicht eine psychische Erkrankung oder eine soziale Problemstellung dahintersteht. Im ersten Fall wäre diese Entscheidung zu akzeptieren, auf Grund der Wahrung der Autonomie und Selbstbestimmung. Wenn jedoch äussere Faktoren diese Entscheidung beeinflussen, welche die Urteils- und Zurechnungsfähigkeit einschränken, müsste gestützt auf den Wert der Fürsorge interveniert werden, um die Person vor sich selber zu schützen (vgl. Rügger 2013a: 4f.). Ethisch gesehen ist Suizidprävention demnach keine Verpflichtung, sondern vielmehr ein Angebot, welches sich an den hypothetischen Wünschen der suizidalen Menschen orientiert (vgl. Wedler et al. 2014: 138f.). Dieser Wertekonflikt kann nicht gänzlich aufgehoben werden. Es zeigt jedoch, wie wichtig es ist, zwischen dem *gewöhnlichen Suizid* (bei welchem die Suizidprävention ansetzen soll) und dem *Bilanzsuizid* zu unterscheiden (vgl. Rügger 2013a: 4f.). Für die Soziale Arbeit, welche nicht über die psychologische Expertise verfügt, diesen Unterschied definitiv feststellen zu können, ist es unerlässlich, beim Erkennen einer Krisensituation an die entsprechende Expertin oder den Experten weiter zu vermitteln.

5 Gemeinwesenarbeit

5.1 Einleitung

In diesem Kapitel wird der Begriff der Gemeinwesenarbeit näher beleuchtet. Dies erfolgt mit einem historischen Rückblick. Dabei wird konkret auf das *Arbeitsprinzip der Gemeinwesenarbeit GWA* sowie auf die *Stadtteilbezogene Soziale Arbeit* und das *Quartiersmanagement* eingegangen. Davon sollen sich dann zum Schluss die konkreten Leitstandards der Gemeinwesenarbeit ableiten lassen können.

Der Ursprung der Gemeinwesenarbeit geht weit zurück. Jane Adams gründete 1889 mit anderen Frauen das erste Settlement (Nachbarschaftshaus), das Hull House in Chicago. Dieses ist nicht nur auf die Einzelfallhilfe gerichtet, sondern auch auf die Verbesserung der Infrastruktur des benachteiligten Wohngebietes (vgl. Müller 2006: 36). Im Hull House engagierten sich Männer und Frauen aus unterschiedlichen Disziplinen. Es wurde versucht, die Felder der Politik, der praktischen Erfahrung wie auch der Wissenschaft miteinander zu verknüpfen (vgl. Staub-Bernasconi 1989: 129).

Um die Lebensverhältnisse im Quartier verbessern zu können, mussten diese zuerst analysiert werden. Dazu nutzen sie Methoden wie die teilnehmende Beobachtung oder werten vorhandene Statistiken aus (vgl. Müller 2006: 41). Solche Methoden sind auch heute noch sehr aktuell, denn räumliche Verhältnisse sind immer auch Ausdruck von sozialen Verhältnissen, welche sich wechselseitig beeinflussen können (vgl. Dangschat 2007: 43f.). Soziale Probleme treten damit immer auch im Raum auf und sind deshalb auch im Raum vor Ort zu bearbeiten (vgl. Staub-Bernasconi 1989: 130).

Auch verstand Jane Addams es, die vorhandenen Selbsthilfekräfte der gebildeten Nachbarschaft zu aktivieren, indem sie Plattformen (Räume) und Starthilfen für die Selbstorganisation anbot (vgl. Müller 2006: 48). Zusammengefasst wurde im Hull House basierend auf Selbsthilfe- und Selbstorganisation ein ressourcenorientiertes und sozialräumliches Konzept der Sozialen Arbeit mit integrierter Einzelfallhilfe entwickelt.

Nach dem 2. Weltkrieg bis in die 50er Jahre ging dieses Konzept mehrheitlich verloren und es wurde vermehrt versucht, das Individuum mit therapeutischen und pädagogischen Massnahmen an die Gesellschaft anzupassen. Probleme auf der gesellschaftlichen

Ebene wurden weitgehend ausgeblendet (vgl. Staub-Bernasconi 1989: 129). Die Gemeinwesenarbeit wird in dieser Zeit in der Sozialen Arbeit als dritte Methode neben der Einzelfall- und Gruppenarbeit gesehen. Sie wurde von den Behörden im Bottom-down-Verfahren als Vermittlungsinstrument zwischen der Bewohnerschaft und der Verwaltung eingesetzt (vgl. Drilling/Oehler 2013: 38).

Zwischen 1920 und 1960 entwickelte sich dann in den USA der Ansatz *Community Organization*, welcher die Bürgerinnen und Bürger mit partizipativen Projekten in die Stadtentwicklung miteinbezog. Eine radikale Version war die von Saul D. Alinsky inspirierte Bewegung, welche mit politischen Aktionen gegen soziale Ungleichheiten kämpfte. Dies beeinflusst nachhaltig die Konzeptentwicklung der Gemeinwesenarbeit im deutschsprachigen Raum, zum einen bezüglich der partizipativen Aspekte der Stadtentwicklung und zum anderen bezüglich der Auseinandersetzung mit der Parteilichkeit der Gemeinwesenarbeit (vgl. ebd.: 17-20).

5.2 Arbeitsprinzip GWA

1980 brachten Boulet, Krauss und Oeschlägel das Buch mit dem Titel «Gemeinwesenarbeit, Eine Grundlegung» heraus. Dieses Buch war ein Durchbruch der Gemeinwesenarbeit. Gemeinwesenarbeit wird nicht mehr wie in den 50er und 60er Jahren als 3. Methode gesehen, sondern als *Arbeitsprinzip*, welches in verschiedenen Bereichen der Sozialen Arbeit als handlungsleitende Orientierung dienen kann (vgl. Troxler 2013: 70). Die Kritik an der Methodenfixierung war, dass Menschen pathologisiert und therapiert wurden, anstatt dass man die soziale Ungleichheit in der Gesellschaft veränderte (vgl. Drilling/Oehler 2013: 23).

Das marxistisch geprägte *Arbeitsprinzip GWA* berücksichtigt bei der Erklärung und Bearbeitung von sozialen Problemen wenn immer möglich die gesellschaftlichen und historischen Determinanten mit ein. Es agiert interdisziplinär, stützt sich auf Theorien von unterschiedlichen Disziplinen ab und nutzt eine Vielfalt von Methoden aus verschiedenen Bereichen (vgl. Oeschlägel 2001b: 65).

Das *Arbeitsprinzip GWA* bezieht sich auf einen sozialen Raum (z. B. ein Quartier oder Institution) sowie die darin agierenden Menschen und deren Lebenswelt. Es setzt sich für die Bedürfnisse der Menschen ein und fördert durch Aktivierung deren Selbstbestimmung und Emanzipation. Die Gemeinwesenarbeit orientiert am Arbeitsprinzip GWA ist politisch

und parteilich. In Konflikten vertritt sie grundsätzlich die Interessen der Benachteiligten (vgl. ebd.: 65f.).

5.3 Stadtteilbezogene Soziale Arbeit (SSA)

Wolfgang Hinte ersetzt den Begriff der Gemeinwesenarbeit mit dem Begriff der *Stadtteilbezogenen Sozialen Arbeit (SSA)*, um sich von der marxistischen Gemeinwesenarbeit aus den 70er Jahren abzugrenzen und sie für ein breiteres Feld von Institutionen zugänglicher zu machen (vgl. Lüttringhaus 2001a: 73).

Der Ansatz bezieht sich auf das *Arbeitsprinzip GWA* sowie auf antipädagogische Ansätze. In Bezug auf den antipädagogischen Ansatz werden nicht die Menschen, sondern die sozialen Räume, in denen sie leben, verändert (vgl. Hinte 2001a: 76f.). In diesem Zusammenhang meint Hinte (ebd.: 77): «Der soziale Raum ist unser Adressat, nicht die Menschen».

Die SSA orientiert sich stark am Bedarf und an den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner. Der Kontakt mit den Menschen erfolgt ohne vordefiniertes Ziel, und ohne das Gegenüber in eine bestimmte Richtung drängen zu wollen. SSA agiert zudem zielgruppenübergreifend. Man interessiert sich für die ganze Bewohnerschaft und nicht nur für eine spezifische Gruppe oder ein konkretes Problem. Somit vermeidet man eine Stigmatisierung von einer bestimmten Gruppe und eine weitere Ausgrenzung (vgl. ebd.: 77f.).

Der Ansatz hat eine ressourcenorientierte Perspektive. Die bereits bestehenden Ressourcen im Stadtteil werden ergänzt und aktiviert, indem sie durch Vernetzung zugänglich gemacht werden (vgl. ebd.: 77f.). Die Unterstützungsangebote sollen sich im Quartier der Menschen befinden und somit besser erreichbar sein (vgl. Hinte 2001b: 86). Die SSA nimmt eine koordinierende Rolle ein und fördert die Kooperation unter den bereits vorhandenen psycho-sozialen Institutionen und schafft Verbindungen zwischen den Institutionen und der Bevölkerung im Stadtteil (vgl. Hinte 2001a: 78). Neu kooperiert sie auch mit der Verwaltung. Sie bezieht sie als Ressource im Stadtteil für die Bewohnerinnen und Bewohnern mit ein und arbeitet mit ihr und nicht gegen sie (vgl. Hinte 2001b: 88).

5.4 Stadtteilmanagement

Im Jahr 1992 benutzt Hinte das erste Mal den Begriff *Stadtteilmanagement* (vgl. Lüttringhaus 2001b: 82). Die Gemeinwesenarbeit nimmt hierbei eine intermediäre Rolle ein, welche zwischen der Bevölkerung und der Verwaltung vermitteln soll (vgl. Hinte 2001b: 88).

Das Konzept des *Quartiersmanagements* entwickelte sich aus den Förderprogrammen zur Aufwertung von benachteiligten städtischen Quartieren und setzte sich in den 90er Jahren durch. Es ist ein Versuch, die Raum- und Stadtplanung mit Konzepten der stadtteilbezogenen Sozialen Arbeit zu verknüpfen (vgl. Messmer 2004: 202). *Quartiersmanagement* hat einen präventiven und weniger einen problemlösenden Charakter. Es gilt, sich schon frühzeitig in die Stadtentwicklung einzumischen, um die Lebensverhältnisse in den Quartieren zu optimieren, sei dies mit dem Aufbau von Nachbarschaftshilfen oder der Verbesserung von materiellen und infrastrukturellen Bereichen im Quartier (vgl. Hinte 2001b: 86). Das Ziel ist es, eine nachhaltige Struktur der integrierten Stadtentwicklung aufzubauen und die Bewohnerschaft durch partizipative Projekte in die Stadtentwicklung mit einzubeziehen (vgl. Messmer 2004: 203).

Das Modell des *Quartiersmanagements* ist auf drei Ebenen aufgebaut: Auf der Quartiers-ebene gibt es eine Anlaufstelle für die Bevölkerung, zum Beispiel ein Stadtteilzentrum, welches auch projektbezogen aktivierend mit Bürgerinnen und Bürgern arbeitet. Die intermediäre Ebene fungiert als Vermittlerin oder Moderatorin zwischen der Bevölkerung und der Verwaltung und schliesslich gibt es noch eine Gebietsbeauftragte oder einen Gebietsbeauftragten auf der Verwaltungsebene (vgl. ebd.: 203). In der Schweiz gibt es keine Stadtteilmoderatorinnen oder Stadtteilmoderatoren. Es gibt nur die Verwaltungsebene und Stadtteilbüros, welche zugleich die intermediäre Funktion innehaben.

5.5 Die Leitstandards der Gemeinwesenarbeit

Basierend auf einer Sammlung von historisch bedeutenden Texten von Oelschlägel und Hinte definierten die beiden zusammen mit Lüttringhaus (vgl. 2001: 264f.) folgende zentrale handlungsleitende Leitstandards für die Gemeinwesenarbeit, welche bis heute im deutschsprachigen Raum als «state of the art bzw. gültige Definition» (Stoik 2013: 82) der Gemeinwesenarbeit gelten:

- *Zielgruppenübergreifendes Handeln*: Die Gemeinwesenarbeit sucht nach einem zentralen Thema, welches meistens verschiedene Gruppierungen im Quartier betrifft und organisiert ihr Handeln um dieses Thema herum. Dies soll Stigmatisierungs- und Ausgrenzungsprozesse nicht weiter fördern (vgl. Hinte 2001a: 78).
- *Orientierung an den Bedürfnissen und Themen der Menschen*: Die Gemeinwesenarbeit taucht in die Lebenswelt der Quartierbevölkerung ein, um deren Probleme und Veränderungswünsche zu eruieren und sich an diesen zu orientieren. Sie fungiert somit als Frühwarnsystem für soziale Konflikte (vgl. Oelschlägel 2012: 2f.).
- *Förderung der Selbstorganisation und der Selbsthilfekräfte*: Die Gemeinwesenarbeit unterstützt und aktiviert die Menschen, ihre Themen selber in Angriff zu nehmen (vgl. Hinte et al. 2001: 264f.). In diesem Zusammenhang meint Oelschlägel (2012: 3): «Tue nichts, was die Menschen nicht selbst tun können (...)»
- *Nutzung der vorhandenen Ressourcen*: Es werden die vorhandenen Ressourcen im Quartier verwendet, erschlossen und gefördert, seien dies die individuellen Ressourcen der Bewohnerinnen und Bewohner, die sozialen Beziehungen zwischen den Menschen oder auch die materiellen und infrastrukturellen Ressourcen. Zudem werden auch Ressourcen verschiedenster bestehender Institutionen für die Bevölkerung erschlossen (vgl. Hinte et al. 2001: 265).
- *Verbesserung der materiellen Situation und der infrastrukturellen Bedingung*: Gemeinwesenarbeit nimmt Einfluss auf die Stadtplanung, indem sie den Bedarf der Bevölkerung in die politischen Prozesse miteinbringt und schafft somit neue Ressourcen für das Quartier, wie zum Beispiel Verbesserung der Mobilität, Treffpunkte ohne Konsumationszwang oder günstige Essensangebote (vgl. ebd.: 265).
- *Verbesserung der immateriellen Faktoren*: Menschen haben das Bedürfnis, sich Kultur anzueignen und sich kulturell auszudrücken. Die Gemeinwesenarbeit fördert das kulturelle und soziale Zusammenleben im Quartier und fördert die Gestaltung einer Alltagskultur (vgl. Oelschlägel 2012: 3).

- *Ressortübergreifendes Handeln*: Die Gemeinwesenarbeit versucht, bereichsübergreifend Kooperationen einzugehen, um die Lebensqualität im Quartier zu verbessern. Das sind unter anderem Bereiche wie Gesundheit, Wohnen, Bildung, Arbeit oder Freizeit (vgl. Hinte et al. 2001 265).
- *Vernetzung und Kooperation*: Die Gemeinwesenarbeit bietet Plattformen an, um sozialraumbezogene Netzwerke zu entwickeln, sei dies für Professionelle oder für die Bewohnerinnen und Bewohner im Quartier (vgl. Oelschlägel 2012: 4). «Vernetzung ist dabei kein Ziel, sondern ein Mittel, um in Kooperation mit Anderen Lösungen zu entwickeln.» (Hinte et al. 2001: 266)

5.6 Zwischenfazit

In der Gemeinwesenarbeit geht es in erster Linie darum, die sozialen Probleme vor Ort zu lösen respektive diese präventiv zu verhindern. Handlungsleitend sind die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner, welche mit partizipativen Projekten in die Stadtentwicklung miteinbezogen werden und nebenbei auch tragfähige nachbarschaftliche Beziehungsnetze aufbauen können. Dadurch kann ein Prozess der Emanzipation und der Selbsthilfe von älteren sozialbenachteiligten Menschen angestoßen werden.

Die Gemeinwesenarbeit kann zudem mit ihrer sozialräumlichen Perspektive die vorhandenen örtlichen Institutionen und Organisationen zu einem Präventionsnetzwerk zusammenführen und eine kooperative Zusammenarbeit untereinander anstossen. Dabei soll sie eine intermediäre Rolle einnehmen, indem sie die Bedürfnisse der älteren Bewohnerschaft dort miteinbringen und zugleich deren Zugang zu den Dienstleistungsangeboten der lokalen Institutionen vereinfachen kann.

Die Leitstandards scheinen für die Gemeinwesenarbeit eine gute Grundlage zu sein, bei der Suizidprävention für sozialbenachteiligte älteren Menschen mitwirken zu können, um einerseits die Risikofaktoren bekämpfen und andererseits die Schutzfaktoren stärken zu können. Dies soll nun im folgenden Kapitel bei der Beantwortung der Hauptfragestellung konkreter ausgearbeitet werden. Für eine bessere Übersicht werden die Verbindungen zu den entsprechenden Leitstandards bei den verschiedenen Massnahmen in kursiver Schrift angefügt.

6 Beitrag der Gemeinwesenarbeit zur Suizidprävention bei älteren Menschen

6.1 Einleitung

In der Suizidprävention ist es wichtig, sich neben den Risikofaktoren auch mit den Schutzfaktoren auseinanderzusetzen, welche ältere Menschen daran hindern, suizidale Handlungen vorzunehmen. Unterschieden wird zwischen den inneren und äusseren Schutzfaktoren. Die inneren sind entweder genetisch bedingt oder werden im Laufe des Lebens erworben. Die äusseren Schutzfaktoren sind im sozialen Umfeld, in der Gesellschaft, Politik und Umwelt zu finden (vgl. Schneider et al. 2014: 39f.). Die Suizidprävention kann demzufolge auf der Ebene des Individuums wie auch auf der Ebene der Gesellschaft ansetzen (vgl. BAG 2016: 29). Auch die WHO (vgl. 1986) weist in ihrer Charta zur Gesundheitsförderung darauf hin, dass die guten Voraussetzungen für die Gesundheit unter anderem in der Umwelt des Individuums zu suchen sind. Solche Umwelteinflüsse werden in folgender Tabelle detailliert festgehalten:

Tab. 2: Gesundheitliche Einflussfaktoren im Stadtteil/Quartier (In: Bär 2012, zit. nach Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2014)

baulich-physische Faktoren	soziale Faktoren
Freiflächen Grün- und Erholungsflächen Naturnähe	Nachbarschaft Soziales Gefälle
Verkehrsaufkommen Lärm Schadstoffe Umwelt	Netzwerke, Integration Kommunikation
Wohnsituation Wohnumfeld	Mobilität
Verkehrs-Infrastruktur (Fuß-, Radwege, ÖPNV)	Versorgungsstruktur Dienstleistungen lokale Ökonomie
politisch-administr. Faktoren	Psychosoziale Risiken
Nahräumliche gesundheitliche Versorgung	Erwerbstätigkeit
Kultur- und Bildungsangebote	symbolische Faktoren
Politische Mitbestimmung und Partizipation	Wohnumfeld
Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote	Wahrnehmung der Wohnumgebung als Belastung/Ressource
Sport- und Bewegungsangebote	Image der Wohnumgebung

Dementsprechend hält die WHO (1986) in ihrer Charta folgendes fest: «Die Unterstützung von Nachbarschaften und Gemeinden im Sinne einer vermehrten Selbstbestimmung ist ein zentraler Angelpunkt der Gesundheitsförderung; ihre Autonomie und Kontrolle über die eigenen Gesundheitsbelange ist zu stärken.» Aus dieser Aussage wie auch der Tabelle lässt sich schliessen, dass das Thema Gesundheit nicht nur im Einflussbereich des Gesundheitswesens, sondern auch der Gemeinwesenarbeit sein soll.

Die Gemeinwesenarbeit hat sich lange in erster Linie um die Integration von Kindern und Familien konzentriert. Heute gewinnt die Arbeit mit älteren Menschen in der Gemeinwesenarbeit mehr und mehr an Bedeutung, da in der Altenarbeit die Förderung der Selbsthilfe auch populärer geworden ist (vgl. Kallfass 2016: 43).

6.2 Infrastrukturelle, materielle und immaterielle Anforderungen an ein altersgerechtes Quartier

Obwohl sich die Altersbilder heute mehr und mehr differenzieren, ist Altersdiskriminierung in unserer Gesellschaft immer noch weit verbreitet, so zum Beispiel bei unzureichend barrierefreiem Zugang zu Ämtern, zum öffentlichen Verkehr oder auch zu Freizeitangeboten (vgl. Backes/Clemens 2013: 150). Altersdiskriminierung, welche die Würde von älteren Menschen verletzt sowie ihr Selbstwertgefühl beeinträchtigt, belastet deren psychische Gesundheit, was zu den zentralen Risikofaktoren der Suizidalität zählt (vgl. Rügger 2013a: 18). Es ist deshalb wichtig, dagegen anzukämpfen, unter anderem mittels Anforderungen an ein altersgerechtes Quartier.

Für ein sicheres und selbständiges Fortbewegen, insbesondere von sozial benachteiligten, physisch und kognitiv beeinträchtigten älteren Menschen sind infrastrukturelle Bedingungen massgebend für die selbständige Alltagsbewältigung (vgl. Beetz/Wolter 2015: 211). Zudem wirken funktionierende infrastrukturelle Bedingungen auch gegen die Angst vor dem Verlust der Autonomie, einen weiteren Risikofaktor bezüglich der Suizidalität (vgl. Kapitel 4.2). Die Erfahrung von selbständiger Bewältigung von Aufgaben, ohne einer Überforderung ausgesetzt zu sein, fördert zudem auch das Kohärenzgefühl (vgl. Walther/Deiml 2017: 44). Dieses wiederum zählt zu den Schutzfaktoren, um kritische Lebensereignisse besser meistern zu können (vgl. Erlemeier 2011: 37f.). Stoppe et al. (vgl. 2011: 4) fordern deshalb in ihrem Positionspapier «Suizidprävention im Alter» die Förderung der Mobilität von älteren Menschen.

Ein weiteres Ziel der Alterssuizidprävention ist die Förderung der sozialen Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (vgl. Schneider et al. 2011: 32). Auch diesbezüglich hat die Infrastruktur einen bedeutenden Einfluss. Soziale Kontakte ausserhalb der Familie können nicht einfach eingefordert werden. Um solche Beziehungen aufbauen und pflegen zu können, braucht es gut erreichbare Orte für Begegnungen, welche einen informellen Austausch möglich machen (vgl. Falk/Wolter 2018: 154).

Auf Grund der Privatisierung des Angebots von Alterswohnungen fehlen den Gemeinden immer häufiger räumliche und personelle Ressourcen, um die soziale Teilhabe von älteren Menschen zu fördern (vgl. Wolter 2017: 74f). Auch sind organisierte Aktivitäten nicht für alle zugänglich, um soziale Kontakte zu pflegen oder neue erschliessen zu können. Die soziale Teilhabe von älteren fragilen Menschen kann jedoch auch über einen informellen Austausch, was im Stadtteil so läuft, passieren und muss nicht zwingend in gross angelegten Mitwirkungs- und Aktivitätsangeboten stattfinden (vgl. Strube 2018: 170). Deshalb ist es äusserst wichtig, niederschwellige Begegnungsorte im öffentlichen Raum anbieten zu können (vgl. Bleck/van Riesen/Schlee 2015: 273).

Die Infrastruktur eines Quartiers kann des Weiteren gesundheitliches Verhalten anregen. Zum Beispiel mittels Grünanlagen, welche zum Spazieren oder zum Sporttreiben einladen (vgl. Friedrichs 2017: 51). Körperliche und kognitive Aktivitäten haben einen positiven Effekt auf das Wohlbefinden sowie auch die körperliche und geistige Gesundheit (vgl. Franke et al. 2017: 106).

Es ist deshalb wichtig, solche baulichen Faktoren wie Zugänglichkeit, Erreichbarkeit und Orientierung schon in der Planungsphase eines Quartiers mitzudenken (vgl. Günther 2017: 114). Dafür benötigt es einen interdisziplinären Dialog zwischen Architekten und Architektinnen, Stadtplanenden und der Gemeinwesenarbeit (vgl. Kricheldorf 2018: 121).
→ *Leitstandards: Kooperation und Infrastruktur*

Für soziale Begegnungen und Förderung der Kommunikation eignen sich auch Stadtteilzentren. Sie dienen als Anlaufstelle für die Gemeinwesenarbeit und bieten auch Raum für soziale und kulturelle Angebote. Solche Räume können jedoch auch gewisse Gruppen ausschliessen, sei dies durch bauliche Hindernisse oder die Nutzung durch selektive Gruppen, welche den Zugang anderer erschweren können. Diese Gegebenheiten sind

deshalb zu reflektieren und entsprechende Massnahmen zu entwickeln, um einen Ausschluss zu vermeiden (vgl. Strube/König/Hanesch 2015: 200). → *Leitstandard: Infrastruktur*

Auf Grund der differenzierten Altersbilder braucht es eine sozialräumliche Orientierung der Sozialen Arbeit im Kontext mit älteren Menschen, um eine möglichst freie Wahl von sozialen Beziehungen und Aktivitäten zu ermöglichen (vgl. Kricheldorf 2018: 115). «Lebensverhältnisse älterer Menschen dürfen [zudem] nicht unabhängig von denen anderer Altersgruppen gesehen werden; eine isolierte Altenarbeit würde die vorhandenen Verbindungen eher stören und nicht fördern.» (Karl 2000: 252) Deshalb ist es wichtig, mit kulturellen und sozialen Veranstaltungen verschiedene Generationen anzusprechen, oder auch Räume zusammen zu nutzen (vgl. ebd.: 252). Da Stadtteilzentren für alle Generationen offenstehen, eignen sie sich zudem auch für ältere Menschen, welche sich von altersspezifischen Angeboten wie Seniorencafés nicht angesprochen fühlen (vgl. Hahn 2014: 129). Auch gemeinsam Quartiersfeste zu organisieren und zu feiern kann viele Generationen zusammenbringen (vgl. Kalfass 2016: 46). «[Feste] bieten einer grossen Zahl von Menschen die Möglichkeit, dazuzukommen, ohne sich zu sehr zeigen zu müssen.» (ebd.: 46) → *Leitstandards: Zielgruppenübergreifendes Handeln, Selbstorganisation*

Insbesondere für armutsbetroffene ältere Menschen benötigt es im Quartier niederschwellige Freizeitangebote, da sie in Sachen Freizeitgestaltung auf Grund der zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel in ihrer Freizeitgestaltung benachteiligt sind. Auch Bildungsangebote für bildungsfernere ältere Menschen sollen angeboten werden, da Bildung eine wichtige Komponente für die soziale Teilhabe ist und einen positiven Effekt auf deren Gesundheit hat. Um diese Gruppe erreichen zu können, müssen Konzepte entwickelt werden, welche vor Ort in informellen Settings stattfinden sowie an deren Lebenswelt anknüpfen können (vgl. Brüker/Leitner 2018: 28ff.). Um solche Freizeit-, Bildungs- und kulturellen Angebote lebensweltnah und zugänglich zu konzipieren, ist deshalb der Einbezug der Zielgruppen schon bei der Entwicklung dieser Angebote eine Voraussetzung (vgl. Franke et al. 2017: 106). → *Leitstandards: Immaterielle Faktoren und Bedürfnisorientierung*

Solche Freizeitangebote wirken sich neben der sozialen Teilhabe auch auf die Selbstwirksamkeit positiv aus und können beispielsweise nach einer Verlusterfahrung auch wieder das Gefühl einer Sinnhaftigkeit fördern (vgl. Franke et al. 2017: 106). Diese Auswirkungen sind allesamt Schutzfaktoren, welche in der Suizidprävention gefördert werden

sollen. So ist die Sinnhaftigkeit ein wichtiger Aspekt des Kohärenzgefühls (vgl. Erlemeier 2011: 37f.). Wie auch eine vorhandene Selbstwirksamkeitsüberzeugung ermöglicht dieses Kohärenzgefühl eine einfachere Bewältigung eines kritischen Lebensereignisses (vgl. Franke et al. 2017: 20).

6.3 Förderung der Partizipation und Selbsthilfe von älteren Menschen

Sozial benachteiligte Quartiere haben vor allem einen negativen Einfluss auf die physische und psychische Gesundheit, wenn zusätzlich die soziale Kontrolle, ein Gefühl der Verwahrlosung und der kollektiven Wirksamkeit fehlt (vgl. Friedrichs 2015: 51). In einem Forschungsprojekt konnte festgestellt werden, dass die baulichen Barrieren von den älteren Bewohnerinnen und Bewohnern zwar wahrgenommen wurden, jedoch wurde die individuelle wie auch kollektive Einflussmöglichkeit bei infrastrukturellen Verbesserungsmaßnahmen als sehr gering eingeschätzt (vgl. Beetz/Wolter 2015: 211).

Bereits 1986 forderte demnach die WHO (vgl. 1986) in ihrer Charta von Ottawa, den Bürgerinnen und Bürgern die Möglichkeit für Partizipation bei der Entwicklung und Umsetzung von gesundheitsfördernden Strategien anzubieten, sowie den Zugang zu gesundheitsbezüglichen Informationen zu gewährleisten, um Selbsthilfe (Empowerment) zu ermöglichen.

Obwohl das Alter heutzutage abhängig von verschiedenen Lebenslagen und Lebensentwürfen in der Altenforschung als eine sehr heterogene Gruppe gesehen wird, gibt es trotzdem gemeinsame Interessen und Themen, welche kollektiv bearbeitet werden können (vgl. Beetz/Wolter 2015: 219). Diese Themen müssen jedoch zuerst gemeinsam erarbeitet werden. Denn es zeigt sich, «dass nicht das Alter an sich bereits ein gemeinsames Gesprächsthema bildet, sondern erst der Raum gegeben werden muss, über subjektive Erfahrungen des Alter(n)s zu sprechen, auf deren Folie das Altern als etwas Gemeinsames entdeckt wird» (ebd.: 217).

Ein zentrales Thema in der Gemeinwesenarbeit in Bezug auf ältere Menschen sind Zugänge oder Barrieren zur Teilhabe an der sozialräumlichen Lebenswelt. Um diese Barrieren im Quartier zu eruieren, bietet es sich an, die älteren Menschen im Quartier miteinander zubeziehen (vgl. Knopp 2018: 130). Denn ältere Menschen wohnen oft seit langer Zeit am gleichen Ort und sind deshalb beste Kenner und Kennerinnen ihres Quartiers (vgl.

Wahl 2000: 204). Mit einer sozialräumlichen Perspektive unter Beteiligung der älteren Bevölkerung können zudem auch die Ressourcen im Quartier erfasst und gemeinsam analysiert werden, wie diese erhalten, erweitert und gestärkt werden können (vgl. Knopp/van Riessen 2014: 46). Dafür gibt es unterschiedliche wissenschaftlich entwickelte und geprüfte Methoden. Eine davon ist die gemeinsame Stadtteilbegehung. Diese ermöglicht den Teilnehmenden eine reflexive Auseinandersetzung über den eigenen Nutzen oder die Gründe für das Nichtnutzen der vorhandenen Infrastruktur. Zudem setzt man sich nebenbei mit der eigenen möglichen zukünftigen Hilfs- respektive Pflegebedürftigkeit auseinander, was eine frühzeitige Planung oder auch einen Abbau eigener Ängste ermöglichen kann (vgl. ebd.: 52f.). Denn eine frühzeitige Auseinandersetzung mit den Chancen und Risiken des Älterwerdens ist ein zu stärkender Schutzfaktor in der Suizidprävention (vgl. Schneider et al. 2011: 22). → *Leitstandards: Ressourcenorientierung, Bedürfnisorientierung und Selbsthilfekraft*

Partizipative Stadtentwicklungsprojekte mit Bürgerbeteiligung fördern ausserdem das Gefühl der individuellen wie auch der kollektiven Selbstwirksamkeit. Die individuelle Selbstwirksamkeit entwickelt sich eher durch positive Erlebnisse im partizipativen Prozess und die kollektive Selbstwirksamkeit (zusammen kann etwas erreicht werden) entsteht vor allem nach positiven Ergebnissen (vgl. Rüssler/Stiel 2015: 170f.). Durch solche Selbsthilfeeinfahrung können ältere Menschen auch ein besseres Selbstwertgefühl und Selbstkontrolle erlangen. Sie stärken und erweitern ihre Kompetenzen und verbessern dadurch ihre Alltagsbewältigung, was wiederum zu mehr Selbstbestimmung führt (vgl. Beetz 2014: 156).

Eine vorhandene Selbstwirksamkeit und das Gefühl, sein Leben unter Kontrolle zu haben, sind ebenfalls wichtige Schutzfaktoren gegen Suizidalität. So gaben 69.1 % der Personen mit Suizidgedanken an, das Gefühl zu haben, nicht selber über ihr Leben bestimmen zu können. Bei Menschen ohne Suizidgedanken sind es lediglich 19.5 % (vgl. Peter/Tuch 2019: 4).

Sozialräumliche partizipative Projekte können jedoch auch eine ausschliessende Wirkung haben und die soziale Ungleichheit in einem Quartier verfestigen oder gar noch fördern. (Krön/Rüssler 2017: 193). Sie richten sich häufig an die gesunden und vitalen älteren Menschen und nicht an diejenigen mit zunehmender Fragilität. Diese werden oftmals nur als Hilfsbedürftige angesehen. Im Gegensatz zur weitverbreiteten Annahme konnte je-

doch empirisch nachgewiesen werden, dass sich auch bildungsferne und pflegebedürftige Menschen ohne Partizipationserfahrung für andere ehrenamtlich engagieren wollen (vgl. Strube 2018: 167). Damit dies jedoch möglich ist, benötigt es unter Berücksichtigung der vielfältigen Lebenslagen im Alter niederschwellige und barrierefreie Zugänge (Krön/Rüssler 2017: 193). Die Gemeinwesenarbeit kann sich dadurch für ein positives Altersbild einsetzen (auch im fragilen Alter), welches jedoch auch die spezifischen Herausforderungen im Alter mit einbezieht. Dies ist ein wichtiger Aspekt in der Suizidprävention für ältere Menschen (vgl. Rügger 2013a: 18).

Nicht zuletzt vermittelt ein ehrenamtliches Engagement das Gefühl der Wertschätzung sowie das Gefühl, «gebraucht zu werden» (vgl. Franke et al. 2017: 106). Jemandem zu helfen und für diesen da zu sein kann demzufolge eine erfolgreiche Bewältigungsstrategie sein, ein kritisches Lebensereignis überwinden zu können (Filippe/Aymanns 2018: 234).

6.4 Zugang zur Lebenswelt von älteren Menschen im Quartier

Ein weiterer zentraler Schutzfaktor gegen Suizidalität ist die Inanspruchnahme von Beratungs- und Vorsorgeangeboten (vgl. Schneider et al. 2011: 22). Menschen in Krisensituationen haben meistens nicht mehr die Energie, sich für Hilfe an zuständige Institutionen zu wenden. Es fehlt auch an Wissen über geeignete Hilfsangebote und zudem ist deren Erreichbarkeit nicht immer barrierefrei (Ajdacic-Gross et al. 2011: 29). Ältere zurückgezogene Menschen mit eingeschränkter Mobilität nehmen zudem in solchen Krisensituationen keinen Kontakt zu professionellen Institutionen auf, da sie deren Nutzen für sich nicht sehen (vgl. Erlemeier 2011: 74). In der Suizidprävention sind deshalb vor allem diejenigen zu erreichen, welche keine Ärztinnen oder Psychiater von sich aus aufsuchen (vgl. ebd.: 149). Es müssen Zugänge zum Hilfesystem für sozial benachteiligte ältere Menschen geschaffen werden. Zudem sollen die Präventionsmassnahmen an der Lebenswelt der Menschen ansetzen, was Interventionen vor Ort im Gemeinwesen voraussetzt (vgl. Brüker/Leitner 2018: 26).

Es bestehen viele Beratungsstellen, allerdings sind diese mit ihren Angeboten und gesetzlichen Voraussetzungen oft bei älteren Menschen nicht bekannt. Hier könnte die Gemeinwesenarbeit mit ihrer Kenntnis über die ortsansässigen sozialen oder gesundheitsfördernden Angebote als eine Art Lotsin in diesem Hilfesystem fungieren und eine vermittelnde Rolle einnehmen (vgl. Dahlbeck 2017: 95f.). Zum Beispiel kann sie älteren

Menschen im Quartier verschiedene niederschwellige Gelegenheiten vor Ort anbieten, welche sie freiwillig und bei Bedarf in Anspruch nehmen können, idealerweise ohne Druck auf Grund einer kritischen Lebenssituation oder sogar auf Grund einer Zwangsmassnahme (vgl. Karl 2000: 253). Jedoch soll in einer gesundheitsorientierten Gemeinwesenarbeit für die Vermittlung von Beratungs- und Betreuungsangeboten auch eine zielgruppenübergreifende Perspektive eingenommen werden und neben den Betroffenen auch Angehörige, die Nachbarschaft oder der Hausarzt miteinbezogen werden. Diese Anforderung wird von einer empirischen Studie gestützt, in welcher 55.2 % der über 65-Jährigen angaben, in einer Notsituation ihre Angehörigen zu kontaktieren, 31.8 % ihren Hausarzt und 4.6 % Freundinnen, Freunde, Nachbarinnen und Nachbarn (vgl. Dahlbeck 2017: 91f.). → *Leitstandards: Ressourcenorientierung, Vernetzung und Zielgruppenübergreifendes Handeln*

Risikogruppen sollen des Weiteren in ihrer Lebenswelt aufgesucht und proaktiv bezüglich der Thematik der Suizidalität angesprochen werden. Die Wirksamkeit dieser Massnahme konnte bereits empirisch belegt werden (vgl. Stoppe 2011: 5). Auch hier könnte die Gemeinwesenarbeit einen wichtigen Beitrag leisten. Denn sozialarbeiterische Beratungen werden zunehmend mit dem Konzept der Gemeinwesenarbeit verbunden und daraus entstehen «Angebote einer zugehenden Beratung, die sich an eher zurückgezogene alternde oder mobilitätseingeschränkte Menschen richtet» (Kricheldorf 2018: 117). Durch aufsuchende Altenarbeit können diese im Quartier in ihrer Lebenswelt unaufdringlich angesprochen werden, sei dies mit einem Informationsstand auf dem Wochenmarkt, oder einem informellen Gespräch auf einer Parkbank. Dadurch können ältere Menschen rechtzeitig erreicht werden, welche ihren Hilfsbedarf nicht von sich aus äussern (vgl. Karl 2000: 250f.).

Auch die Bildung von sozialräumlichen informellen Netzwerken können es letztendlich Akteurinnen und Akteure im Gesundheitsbereich oder sozialen Bereichen ermöglichen, ältere Menschen zu erreichen (vgl. König/Strube/Hanesch 2014: 124f.). Beispielsweise kann der Zugang über Vermittlungspersonen ermöglicht werden, welche in kurzen informellen Gesprächen viel über die Sorgen und Problemen der älteren Menschen im Quartier erfahren. Dies können Mitarbeitende einer Gaststätte, einer Apotheke, eines Friseurladens oder eines Kiosks sein. Die Gemeinwesenarbeit macht diesen Vermittlungspersonen das Angebot der Seniorenberatung im Quartier bekannt. Diese können dann bei Gelegenheit eine Informationsbroschüre an die älteren Menschen abgeben. Basierend auf diese schon bestehenden Vertrauensverhältnisse können dadurch

möglicherweise Zugangsbarrieren zu professionellen Institutionen abgebaut werden (vgl. Schubert et al. 2015: 151f.). Zudem stärkt diese Informationsvermittlung auch die soziale Beziehung zu den Vermittlungspersonen, da diese sich über ihre Dienstleistung hinaus für die älteren Menschen interessieren. Sie werden demzufolge als unterstützende Ressource wahrgenommen. Dies kann ebenfalls einen präventiven Effekt haben, da die Hemmschwelle, in einer Notsituation um Hilfe zu bitten, kleiner sein kann (vgl. ebd.: 152). Denn im Gespräch mit suizidalen Menschen «geht es um die Herstellung einer Beziehung, die hilfreich, stützend und damit per se bereits präventiven Charakter hat» (Schneider/Wolfersdorf 2018: 440). → *Leitstandards: Vernetzung, Ressourcenorientierung*

6.5 Netzwerkarbeit auf verschiedenen Ebenen

«Persönliche und soziale Ressourcen sollen in den verschiedenen Lebenswelten und über alle Lebensphasen hinweg gestärkt werden.» Dies fordert das Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2016: 46) in seinem Aktionsplan «Suizidprävention». Dabei sind mit sozialen Ressourcen vor allem tragfähige soziale Netzwerke gemeint (vgl. ebd.: 46). Im Alter wird das Wohnumfeld ein wichtiger Bezugspunkt (vgl. 3.4). In diesem Zusammenhang empfehlen Stoppe et al. (vgl. 2011: 4) in ihrem Positionspapier «Suizidprävention im Alter» konkret einen Aufbau von Nachbarschaftsnetzwerken gegen die soziale Isolation im Alter.

Auf Grund zunehmender Mobilität, höherer Scheidungsraten sowie vermehrter Kinderlosigkeit wird es in Zukunft immer mehr alleinlebende ältere Menschen geben, welche sich nicht oder nicht ausschliesslich auf innerfamiliäre Unterstützung bei zunehmendem Pflege- und Betreuungsbedarf stützen können (vgl. Kricheldorf 2015: 16f.). Aufgrund dieser Entwicklung nimmt die Forschung der sozialen Gerontologie vermehrt eine sozialräumliche Perspektive ein. «Es geht dabei immer um die Schaffung ermöglichender Bedingungen für die Entstehung tragfähiger sozialer Netzwerke für gelingendes Altern im Sozialraum, in der Gemeinde und im Quartier.» (ebd.: 17)

Ein nachbarschaftliches Netzwerk ist eine wichtige Ressource für die Alltagsbewältigung sowie das Ermöglichen von sozialer Teilhabe für ältere Menschen. So kann ein tragendes Netz im Alter die zunehmenden körperlichen Einschränkungen kompensieren, wie zum Beispiel, indem schwere Einkäufe von Nachbarinnen und Nachbarn erledigt werden (vgl. Beetz/Wolter 2015: 213f.). Sie können auch motivierend und unterstützend wirken, um am Quartiersleben teilzunehmen (vgl. Bleck/Knopp/van Riessen 2015: 3). Durch diese

Beziehungen werden ebenfalls wichtige Informationen bezüglich vorhandener Ressourcen im Quartier ausgetauscht, die den Zugang zu Unterstützungsangeboten möglich machen können (vgl. Beetz/Wolter 2015: 214).

Ein weiterer positiver Effekt einer unterstützenden Nachbarschaft ist die Entlastung von pflegenden Angehörigen, welche sich keine kostenpflichtigen Betreuungsangebote leisten können. Deshalb soll in den Quartieren eine tragfähige Sorgestruktur und -kultur aufgebaut werden, welche ein Verantwortungsbewusstsein für die Betreuung älterer Menschen auch ausserhalb der Familie fördert. Dies soll jedoch ein ergänzendes Angebot sein und nicht die Aufgaben des Wohlfahrtsstaates ersetzen (vgl. Brüker/Leitner 2018: 29).

Ein unterstützendes nachbarschaftliches Netzwerk ist des Weiteren für ältere Menschen ein wichtiger Schutzfaktor für eine erfolgreiche Bewältigung von kritischen Lebensereignissen. Denn oft erfahren die Nachbarn neben den Angehörigen als erstes, wenn ein kritisches Lebensereignis eingetreten ist (Franke et al. 2017: 106). Sie können dabei rasch und unkompliziert zur Seite stehen und wenn nötig auch professionelle Hilfe beiziehen (vgl. ebd.: 24f.).

Solche Nachbarschaftsnetze entwickeln sich jedoch nicht immer von alleine, besonders nicht in benachteiligten Quartieren (vgl. ebd.: 106). Eine nachbarschaftliche Verbundenheit stützt sich zudem darauf, dass man sich auf Grund von räumlicher Nähe flüchtig kennt und man ähnliche Interessen hat, wie zum Beispiel Kinder oder einen Hund. Fehlen diese Gemeinsamkeiten, können diese mittels organisierter Veranstaltungen oder Treffen hergestellt werden (vgl. Kallfass 2016: 44f.). Hierfür bietet sich die Gemeinwesenarbeit an, welche über die Kompetenzen verfügt, solche nachbarschaftlichen Selbsthilfenetzwerke aufzubauen und begleiten zu können. Eine professionelle und kontinuierliche Begleitung ist insbesondere für die Unterstützung von psychisch beeinträchtigten älteren Menschen unabdingbar (vgl. Karl 2000: 252). Es konnte zudem empirisch nachgewiesen werden, dass in Quartieren mit einer Gemeinwesenarbeit, welche die Nachbarschaftshilfe fördert, mehr Bewohnerinnen und Bewohner nachbarschaftliche Hilfe erhalten als in anderen Quartieren (vgl. Kallfass-Frênes/Weber-Fiori 2016: 164). → *Leitstandards: Selbsthilfekräfte, Ressourcenorientierung, immaterielle Faktoren und Vernetzung*

Eine gute Suizidpräventionsstrategie beinhaltet unter anderem auch eine gute Vernetzung aller Fachpersonen und Laien, welche mit älteren Menschen in Kontakt stehen (Erlemeier 2011: 158). Dabei sollen sich familiäre und nachbarschaftliche Hilfesysteme mit

der Gemeinwesenarbeit, dem ambulanten Pflegedienst und den stationären oder teilstationären Pflegediensten nicht nur vernetzen, sondern auch kooperativ zusammenarbeiten. Das Ziel hierbei ist, einen Versorgungsmix aufzubauen, welcher es ermöglicht, so lange wie möglich im gewohnten Wohnumfeld bleiben und zugleich die pflegenden Angehörigen entlasten zu können (vgl. Kallfass/Schulz 2016: 123f.). Mit der fachlichen Kompetenz der Gemeinwesenarbeit und ihrer professionellen Haltung bezüglich der Förderung der Selbsthilfe würde es sich anbieten, dass sie dabei eine koordinierende Rolle einnehmen würde (vgl. ebd.: 141). Sie könnte auf das Thema Alter und Pflege bezogene Arbeitskreise oder runde Tische aufbauen und sich für eine neue Betreuungs- und Pflegekultur einsetzen, in welcher auch bei Verlust der Autonomie die Würde erhalten bleibt (vgl. Kricheldorf 2018: 117, Rügger 2013a: 17). Zudem könnte sie in einer anwaltschaftlichen Rolle die Bedürfnisse der älteren Quartierbewohnerinnen und Bewohnern in diesen Gremien mit einbringen und sich für diese einsetzen. → *Leitstandards: Vernetzung, Kooperation und Bedürfnisorientierung*

Auf Grund der Konkurrenz zwischen den professionellen Akteuren im Gesundheits- und Pflegebereich kann eine kooperative Netzwerkarbeit jedoch herausfordernd sein (vgl. Dahlbeck 2017: 97). Zudem sind Pflegedienste oftmals nicht sozialräumlich organisiert. Ihre eingeschränkten zeitlichen Ressourcen sowie ihr Leistungskatalog verunmöglichen zudem ein Augenmerk auf die soziale Teilhabe älterer Menschen. Auch diese Komponenten erschweren eine kooperative Zusammenarbeit und das Verständnis füreinander. Um altersgerechte Strukturen in einem Quartier aufzubauen und die Gemeinwesenarbeit zu entlasten braucht es deshalb auch eine departementsübergreifende Zusammenarbeit der Verwaltung, insbesondere zwischen den Departementen Gesundheit, Soziales und Stadtentwicklung (vgl. Falk/Wolter 2018: 153-156). → *Leitstandard: Ressortübergreifendes Handeln*

Nach Erlemeier (vgl. 2011: 142) sind Suizidpräventionsmassnahmen eine interdisziplinäre Aufgabe und aufgrund der Multikausalität des Suizids müssen diese auf verschiedenen Ebenen stattfinden. Auch Wahl (vgl. 2000: 207) kommt zum Schluss, dass in der angewandten ökologischen Gerontologie in der Forschung wie auch in der Praxis eine interdisziplinäre Zusammenarbeit unabdingbar ist. Dies geschieht heute jedoch seiner Ansicht nach immer noch zu wenig.

7 Schlussfolgerung, weitere Überlegungen und Ausblick

Es scheint so, als dass die Gemeinwesenarbeit mit ihren Leitstandards einen Beitrag dazu leisten kann, die Suizidrisiken zu minimieren und die Schutzfaktoren zu stärken. Auf Grund der Multikausalität des Suizids wird es jedoch wahrscheinlich schwierig sein, dies empirisch nachweisen zu können.

Zusammenfassend sind folgende externe Schutzfaktoren von zentraler Bedeutung, welche in der Suizidprävention bei älteren Menschen zu fördern sind: So sind formelle und informelle Unterstützungsnetzwerke wichtig. Eine weitere Voraussetzung ist es, diese zu kennen und deren Hilfe rechtzeitig in Anspruch zu nehmen. Zudem schützt ebenfalls ein altersadäquates Wohnumfeld vor sozialer Isolation. Schliesslich fördern auch ehrenamtliches Engagement oder generationenübergreifende Angebote im Quartier die gesellschaftliche und politische Teilhabe von älteren Menschen und haben somit eine schützende Wirkung (vgl. Schneider et al. 2014: 42f.).

Wie mit der Beschreibung der Lebenslagen älterer armutsbetroffener Menschen eindrücklich aufgezeigt werden konnte, beeinflusst die soziale Ungleichheit die Chance auf Gesundheit massgeblich (vgl. Fabian et al. 2017: 27). Ältere sozial benachteiligte Menschen nehmen zum Beispiel in der Regel weniger gesundheitsfördernde präventive Dienstleistungen in Anspruch, weshalb Strategien und Massnahmen entwickelt werden müssen, welche diese Gruppe ansprechen. Zudem müssen auch deren Lebensbedingungen verbessert werden, um der gesundheitlichen Ungleichheit aktiv entgegen wirken zu können (vgl. von dem Knesebeck/Vonneilich 2009: 463).

Gemäss dem aktuellen Forschungsstand tragen folgende Kriterien zu einer erfolgreichen und nachhaltigen Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten im Quartier bei. Zum einen ist das ein niederschwelliger Arbeitsansatz mit Einsatz von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, welche basierend auf ihr bestehendes Vertrauensverhältnis Informationen lebensweltnah vermitteln können. Partizipation und Empowerment sind ebenfalls wichtige Komponenten der Gesundheitsförderung, konkret also, sich um andere und um sich selbst kümmern zu können. Um die Potenziale und Probleme im Quartier besser erkennen und bearbeiten zu können, ist schliesslich eine Vernetzung von den verschiedenen Akteurinnen und Akteuren im Quartier unabdingbar (vgl. Hausegger-Nestelberger 2017: 214f.).

Die Soziale Arbeit respektive die Gemeinwesenarbeit als Akteurin im Überschneidungsbereich von Gesundheitsförderung/Prävention und Quartiersentwicklung wird in der Literatur nur selten explizit erwähnt. Vielmehr wird eine professionsunabhängige Diskussion geführt, welche sich unter anderem mit den erforderlichen Kompetenzen und Grundsätzen wie Koordinations- und Kommunikationsfähigkeiten, Nutzung von partizipativen, netzwerkorientierten und ressourcenorientierten Ansätzen, wie auch der Förderung von Empowerment befasst (vgl. Zumbunn et al. 2017: 202ff.). Gestützt auf der in dieser Thesis herausgearbeiteten professionellen Handlungskompetenzen empfiehlt sich jedoch die Gemeinwesenarbeit als zentrale Akteurin an dieser Schnittstelle und ist gefordert, sich mit einem scharfen Profil entsprechend zu positionieren.

Ein weiteres grosses Problem ist, dass der Anspruch auf soziale Teilhabe von älteren betreuungsbedürftigen Menschen sozialrechtlich nicht genügend abgesichert ist, was die Handlungsspielräume dieser betroffenen Personengruppe massiv einengt (vgl. Falk/Wolter 2018: 157). Auf Grund dessen und des immer höheren Bedarfs an Betreuung im Alter sollen ältere Menschen mit ihren sozialen Netzwerken und ehrenamtlichen Engagements als Ressource im Gemeinwesen erkannt und genutzt werden, sowie Bedingungen geschaffen werden, welche dieses Engagement auch allen ermöglichen können (vgl. Bröker/Leitner 2018: 27-31). Dies kann jedoch auch Risiken bergen, nämlich dann, wenn ehrenamtliches Engagement und Selbsthilfe fehlende sozialstaatliche Aufgaben übernehmen müssen (vgl. Strube et al. 2015: 202). Es ist deshalb zentral, das ehrenamtliche Engagement von älteren Menschen einerseits zu fördern und andererseits zu verhindern, dass sich der Sozialstaat aus seiner Verantwortung zurückzieht (vgl. Knopp 2018:136).

Bürgerschaftliches Engagement so verstanden zwingt dazu, das Recht auf professionelle Unterstützung und Absicherung einzufordern und damit eine neue Balance zwischen beiden Akteursebenen zu schaffen: Die Formel für den Mix muss dementsprechend lauten: Mehr bürgerschaftliches Engagement erfordert auch ein Mehr an professioneller Arbeit und Unterstützung, und das bei klarer Positionierung zu den jeweiligen Aufgaben und Verantwortlichkeiten. (ebd.: 136)

Erfolgreiche und nachhaltige Partizipationsprozesse müssen von persönlichen Beziehungen getragen werden und benötigen deshalb viel Zeit. Zudem bedingt es eine professionelle Begleitung, vor allem gilt dies im Umgang mit sozial benachteiligten älteren Menschen (vgl. Strube et al. 2015: 199). In letzter Zeit gab es unzählige solcher von der

Wissenschaft begleiteten partizipativen Projekte. Jedoch konnten viele nicht über die Projektphase hinaus weiterbestehen, da eine längerfristige Finanzierung nicht gegeben war (vgl. Kricheldorf 2018: 25). Des Weiteren konnte in verschiedenen Forschungsprojekten festgestellt werden, dass auf Grund von finanziellen und personellen Engpässen infrastrukturelle Veränderungswünsche von älteren Bewohnerinnen und Bewohnern nur bedingt umgesetzt werden konnten (vgl. Falk/Wolter 2018: 156). Solche Erlebnisse können bei den Mitwirkenden das Gefühl der Selbstwirksamkeit beeinträchtigen und zu Frustration führen. Dies gilt es mit allen Mitteln zu vermeiden, weshalb es im Vorfeld zentral ist, die Nachhaltigkeit solcher Projekte zu gewährleisten.

Es ist ebenfalls wichtig zu erkennen, dass der Gemeinwesenarbeit auch Grenzen gesetzt sind. Gesellschaftliche Probleme wie Altersarmut oder ungesicherte Gesundheits- oder Betreuungsversorgung resultieren aus gesamtgesellschaftlichen Aushandlungsprozessen und können deshalb auch nur auf dieser Ebene konkret angegangen werden (vgl. Knopp 2018: 134). Auch Probleme wie das Erhalten von bezahlbarem Wohnraum können auf der Ebene der Gemeinwesenarbeit nicht angegangen, sondern höchstens deren negative Folgen abgemildert werden (vgl. Wolter 2017: 76). Was jedoch nicht heisst, sozialpolitische Themen in der Gemeinwesenarbeit auszublenden, sondern dass diese die Aufgabe hat, die Bürgerinnen und Bürger auf solche Themen zu sensibilisieren und somit einen Bewusstseinsprozess anstossen zu können (vgl. Strube et al. 2015: 201).

Zum Schluss dieser Arbeit soll folgendes Zitat von Rüegger (2013a: 18) stehen, welches es zusammengefasst auf den Punkt bringen soll:

Die Arbeit an einer kulturellen Altersvorsorge im Sinne von veränderten gesellschaftlichen Einstellungen zum Alter und zu alten Menschen greift tiefer und ist ein sehr viel umfassenderes Programm, das die ganze Gesellschaft und alle Kräfte fordert, die an der Umgestaltung unseres Gemeinwesens in eine alters- (und das würde automatisch auch bedeuten: menschenfreundlichere) Gesellschaft interessiert sind und dazu einen Beitrag leisten können. Darin liegt wohl die beste denkbare Suizidprävention.

8 Literaturverzeichnis

Ajdacic-Gross, Vladeta/ Haas, Sebastian/Mark, Ita/Meister, Barbara, Ring, Mariann (2011). Suizidprävention im Kanton Zürich. Expertenbericht des Forums für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich zum Postulat KR.-Nr. 20/2008 zuhanden des Regierungsrates des Kantons Zürich. URL: <http://www.fssz.ch/wp-content/uploads/2011/04/Expertenbericht-Suizidpraevention-Kt.-Zuerich.pdf> [Zugriffsdatum: 23.03.2020].

BAG, Bundesamt für Gesundheit (2016). Suizidprävention in der Schweiz. Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan. URL: https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/psychische-gesundheit/Suizidpraevention_in_der_Schweiz.pdf [Zugriffsdatum: 17. 03 2020].

Backes, Gertrud M./Clemens, Wolfgang (2013). Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. 4. Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

Beetz, Stephan (2014). Empowerment für Lebensqualität im Alter. In: Alisch, Monika (Hg.). Älter werden im Quartier: Soziale Nachhaltigkeit durch Selbstorganisation und Teilhabe. Kassel: kassel university press. S. 153-167.

Beetz, Stephan/Wolter, Birgit (2015). Alter(n) im Wohnumfeld zwischen Individualisierung und kollektivem Handeln. In: van Riessen, Anne/Bleck, Christian/Knopp, Reinhold (Hg.). Sozialer Raum und Alter(n). Zugänge, Verläufe und Übergänge sozialräumlicher Handlungsforschung. Wiesbaden: Springer VS. S. 207-224.

BFS, Bundesamt für Statistik (2014). Armut im Alter. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

BFS, Bundesamt für Statistik (2015). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz. 2015-2045. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

BFS, Bundesamt für Statistik (2018). Die Wohnverhältnisse der älteren Menschen in der Schweiz, 2016. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

BFS, Bundesamt für Statistik (2019). Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017. Ressourcen und Gesundheitsverhalten der Seniorinnen und Senioren. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.10027510.html> [Zugriffsdatum: 01.04.2020].

Bleck, Christian/Knopp, Reinhold/van Riessen, Anne (2015). Sozialer Raum und Alter(n) – eine Hinführung. In: van Riessen, Anne/Bleck, Christian/Knopp, Reinhold (Hg.). Sozialer Raum und Alter(n). Zugänge, Verläufe und Übergänge sozialräumlicher Handlungsforschung. Wiesbaden: Springer VS. S. 1-12.

Bleck, Christian/van Riessen, Anne/Schlee, Thorsten (2015). Soziale Ressourcen Älterer im Quartier erkennen. Über forschungsmethodische Impulse, Hürden und Blockaden in der Suche nach Begegnungs- und Kommunikationsorten älterer Menschen. In: van Riessen, Anne/Bleck, Christian/Knopp, Reinhold (Hg.). Sozialer Raum und Alter(n). Zugänge, Verläufe und Übergänge sozialräumlicher Handlungsforschung. Wiesbaden: Springer VS. S. 265 - 287.

Brüker, Daniela/Leitner, Sigrid (2018). Bedarfe und Ressourcen einer alternden Gesellschaft. In: Bleck, Christian/van Riessen, Anne/Knopp, Reinhold (Hg.). Alter und Pflege im Sozialraum. Theoretische Erwartungen und empirische Bewertungen. Wiesbaden: Springer VS. S. 19-34.

Curaviva Schweiz, Fachbereich Alter (Hg.) (2010). Zum Würdigen Umgang mit älteren Menschen. Charta der Zivilgesellschaft. URL: https://www.curaviva.ch/files/0J9YMBL/charta_der_zivilgesellschaft_fuer_einen_wuerdigen_umgang_mit_aelteren_menschen_curaviva_schweiz_2010.pdf [Zugriffsdatum: 25.03.2020].

Dahlbeck, Elke (2017). Mehr Gesundheit ins Quartier? Ermittlung der gesundheitliche Lage und Unterstützungsbedarfe für eine optimierte Versorgung. In: Fabian, Carlo/Drilling, Matthias, Niermann, Oliver/Schnur, Olaf (Hg.). Quartier und Gesundheit. Impulse zu einem Querschnittsthema in Wissenschaft, Politik und Praxis. Wiesbaden: Springer VS. S. 79-100.

Dangschat, Jens S. (2007). Soziale Ungleichheit, gesellschaftlicher Raum und Segregation. In: Dangschat Jens S./Hamedinger, Alexander (Hg.). Lebensstile, soziale Lagen und Siedlungsstrukturen. Hannover: Verlag der ARL. S. 21-50.

Drilling, Matthias/Oehler, Patrick (2013). Soziale Arbeit, Gemeinwesenarbeit und Stadtentwicklung. Eine theoretischgeschichtliche Spurensuche. In: Drilling, Matthias/Oehler, Patrick (Hg.). Soziale Arbeit und Stadtentwicklung. Forschungsperspektiven, Handlungsfelder, Herausforderungen. Wiesbaden: Springer VS. S. 13-41.

Durkheim, Emile (1993). Der Selbstmord. 4. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Erlemeier, Norbert (2011). Suizidalität und Suizidprävention im höheren Lebensalter. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Fabian, Carlo/Drilling, Matthias, Niermann, Oliver/Schnur, Olaf (2017). Quartier und Gesundheit – Klärung eines scheinbar selbstverständlichen Zusammenhangs. Eine Einführung in den Band. In: Fabian, Carlo/Drilling, Matthias, Niermann, Oliver/Schnur, Olaf (Hg.). Quartier und Gesundheit. Impulse zu einem Querschnittsthema in Wissenschaft, Politik und Praxis. Wiesbaden: Springer VS. S. 9-37.

Falk, Katrin/Wolter, Brigit (2018). Sozialräumliche Voraussetzungen für Teilhabe und Selbstbestimmung sozial benachteiligter älterer Menschen mit Pflegebedarf. In: Bleck, Christian/van Riessen, Anne/Knopp, Reinhold (Hg.). Alter und Pflege im Sozialraum. Theoretische Erwartungen und empirische Bewertungen. Wiesbaden: Springer VS. S. 143-160.

Filipp, Sigrun-Heide/Aymanns, Peter (2018). Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens. 2., aktualisierte Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Foucault Michel (2004). Geschichte der Gouvernementalität II: Die Geburt der Biopolitik. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Franke, Annette/Heusinger, Josefine/Konopik, Nadine/Wolter, Birgit (2017). Kritische Lebensereignisse im Alter - Übergänge gestalten. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.). Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung – Band 49. Köln: BZgA.

Friedrichs, Jürgen (2017). Effekte des Wohngebiets auf die mentale und physische Gesundheit der Bewohner/Innen. In: Fabian, Carlo/Drilling, Matthias, Niermann, Oliver/Schnur, Olaf (Hg.). Quartier und Gesundheit. Impulse zu einem Querschnittsthema in Wissenschaft, Politik und Praxis. Wiesbaden: Springer VS. S. 41-57.

Gasser, Nadja/Knöpfel, Carlo/Seifert, Kurt (2015). Erst agil, dann fragil. Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter bei vulnerablen Menschen. Zürich: Pro Senectute.

Günther, Caroline (2017). Rote Lippen und Rollator...-wie ein verändertes Lebensgefühl im Alter die räumliche Planung herausfordert. In: Sinning, Heidi (Hg.). Altersgerecht wohnen und leben im Quartier. Trends, Anforderungen und Modelle für Stadtplanung und Wohnungswirtschaft. Stuttgart: Fraunhofer IRB Verlag. S. 105-118.

Hahn, Kathrin (2014). Initiierung niederschwelliger Bildungsangebote für ältere Menschen mit und ohne Migrationshintergrund im Quartier. In: Alisch, Monika (Hg.). Älter werden im Quartier: Soziale Nachhaltigkeit durch Selbstorganisation und Teilhabe. Kassel: kassel university press. S. 127-136.

Hausegger-Nestelberger, Kerstin (2017). Stadtteilbezogene Gesundheitsförderung. Eine empirische Analyse über eine Massnahme im «Setting Quartier» - das Projekt «Brunch am Grünanger». In: Lindner, Reinhard/Hery, Daniela/Schaller, Sylvia/Schneider, Barbara/Sperling, Uwe (Hg.). Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Eine Publikation der Arbeitsgruppe "Alte Menschen" im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag. S. 209-219.

Hinte, Wolfgang (2001a). Stadtteilbezogene Soziale Arbeit und soziale Dienste – Lebensweltbezug statt Pädagogisierung. In: Hinte, Wolfgang/Lüttringhaus, Maria/Oelschlägel, Dieter (Hg.). Grundlagen und Standards der Gemeinwesenarbeit. Ein Reader für Studium, Lehre und Praxis. Münster: Votum Verlag. S. 74 - 82.

Hinte, Wolfgang (2001b). Von der Stadtteilarbeit zum Stadtteilmanagement. Sozialraumorientierung als methodisches Prinzip sozialer Arbeit – von der Stadtteilarbeit zum Stadtteilmanagement. In: Hinte, Wolfgang/Lüttringhaus, Maria/Oelschlägel, Dieter

(Hg.). Grundlagen und Standards der Gemeinwesenarbeit. Ein Reader für Studium, Lehre und Praxis. Münster: Votum Verlag. S. 83 - 91.

Hinte, Wolfgang/Lüttringhaus, Maria/Oelschlägel, Dieter (2001). Zusammenfassender Überblick: Leitstandards der Gemeinwesenarbeit. In: Hinte, Wolfgang/Lüttringhaus, Maria/Oelschlägel, Dieter (Hg.). Grundlagen und Standards der Gemeinwesenarbeit. Ein Reader für Studium, Lehre und Praxis. Münster: Votum Verlag. S. 263 – 267.

Höpflinger, Francois (2016). Zur Entwicklung (post-)moderner Altersbilder-Leitvorstellungen und Realität. In: Kulturen des Alterns. Zimmermann, Harm-Peer/Kruse, Andreas/Rentsch, Thomas (Hg.). Plädoyers für ein gutes Leben bis ins hohe Alter. Frankfurt am Main/New York: Campus Verlag. S. 197-208.

Höpflinger, Francois/Van Wezemaal (2014). Age Report III. Wohnen im höheren Lebensalter. Grundlagen und Trends. Zürich/Genf: Seismo Verlag, Sozialwissenschaften und Gesellschaftsfragen AG.

Hradil, Stefan (1990). Lebenslagenanalysen in der Bundesrepublik Deutschland In: Timmermann, Heiner (Hg.). Lebenslagen. Sozialindikatorenforschung in beiden Teilen Deutschlands. Saarbrücken: Verlag Rita Dadder. S. 125-146.

Hug, Sonja (2014). Vermittlung ethischer Kompetenz als Bestandteil der Praxisausbildung in der Sozialen Arbeit. In: Roth, Claudia, Merten Ueli (Hg.). Praxisausbildung konkret. Am Beispiel des Bachelor in Sozialer Arbeit der Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW. Opladen, Berlin, Toronto: Barbara Budrich Verlag. S. 225-229.

Kallfass, Sigrid (2016). Gemeinwesenarbeit als nachbarschaftsförderndes Instrument? In: Kallfass, Sigrid (Hg.). Altern und Versorgung im nachbarschaftlichen Netz eines Wohnquartiers. Zur Kooperation eines Altenhilfeträgers und einer Wohnbaugenossenschaft bei der quartiersbezogenen Gemeinwesenarbeit. Wiesbaden: Springer VS. S. 43-49.

Kallfass, Sigrid/Schulz, Katharina (2016). Gelingender Versorgungsmix? Reflexion und Analyse von Fällen im Wohnquartier. Gemeinwesenarbeit als nachbarschaftsförderndes Instrument? In: Kallfass, Sigrid (Hg.). Altern und Versorgung im nachbarschaftlichen Netz eines Wohnquartiers. Zur Kooperation eines Altenhilfeträgers und einer Wohnbaugenossenschaft bei der quartiersbezogenen Gemeinwesenarbeit. Wiesbaden: Springer VS. S. 123-142.

Kallfass-de Frênes/Weber-Fiori (2016). Wie und wodurch wirkt Nachbarschaftsförderung. Vergleichende Wirksamkeitsuntersuchung zwischen Wohnquartieren mit und ohne Gemeinwesenarbeit. In: Kallfass, Sigrid (Hg.). Altern und Versorgung im nachbarschaftlichen Netz eines Wohnquartiers. Zur Kooperation eines Altenhilfeträgers und einer Wohnbaugenossenschaft bei der quartiersbezogenen Gemeinwesenarbeit. Wiesbaden: Springer VS. S. 143-178.

Kant, Immanuel (1983). Anthropologie in pragmatischer Hinsicht. Wolfgang Becker (Hg.). Stuttgart: Reclam.

Karl, Fred (2000). Zugehende stadtteilbezogene Altenarbeit. In: Wahl, Hans-Werner/Tesch-Römer, Clemens (Hg.). Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Stuttgart/Berlin/Köln: W. Kohlhammer. S. 249-254.

Karl, Ute/Kolland, Franz (2010). Freizeitorientierte Soziale Arbeit mit älteren und alten Menschen. In: Aner Kirsten/Karl, Ute (Hg.). Handbuch Soziale Arbeit und Alter. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 77-85.

König, Jana/Strube, Anke/Hanesch, Walter (2014). Zugang zu älteren Menschen in benachteiligten Lebenslagen. In: Alisch, Monika (Hg.). Älter werden im Quartier: Soziale Nachhaltigkeit durch Selbstorganisation und Teilhabe. Kassel: kassel university press. S. 39-56.

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2014). Gesundheitliche Einflussfaktoren im Stadtteil/Quartier. URL: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=c34e986fadce6eb81dd06dfe638ab187> [Zugriffsdatum: 29.04.2020].

Krön, Annette/Rüssler, Harald (2017). Partizipation im Wohnquartier – Ältere Menschen als (Ko-)Produzenten in der Quartiersentwicklung. In: Sinning, Heidi (Hg.). Altersgerecht wohnen und leben im Quartier. Trends, Anforderungen und Modelle für Stadtplanung und Wohnungswirtschaft. Stuttgart: Frauenhofer IRB Verlag. S. 181-196.

Kricheldorf, Cornelia (2015). Altern im Gemeinwesen aus sozialgerontologischer Perspektive. In: van Riessen, Anne/Bleck, Christian/Knopp, Reinhold (Hg.). Sozialer Raum und Alter(n). Zugänge, Verläufe und Übergänge sozialräumlicher Handlungsforschung. Wiesbaden, Springer VS. S. 15-30.

Kricheldorf, Cornelia (2018). Aktuelle Herausforderungen für die Profession Soziale Arbeit in der Altenhilfe und im Sozialraum. In: Bleck, Christian/van Riessen, Anne/Knopp, Reinhold (Hg.). Alter und Pflege im Sozialraum. Theoretische Erwartungen und empirische Bewertungen. Wiesbaden: Springer VS. S. 113-125.

Knopp, Reinhold (2018). Sozialraumarbeit im Kontext der demografischen Entwicklung. In: Bleck, Christian/van Riessen, Anne/Knopp, Reinhold (Hg.). Alter und Pflege im Sozialraum. Theoretische Erwartungen und empirische Bewertungen. Wiesbaden: Springer VS. S. 127-139.

Knopp, Reinhold/van Riessen, Anne (2014). Altersgerechte Wohnquartiere – sozialräumliche Methoden als Partizipations- und Beteiligungsinstrument. In: Alisch, Monika (Hg.). Älter werden im Quartier: Soziale Nachhaltigkeit durch Selbstorganisation und Teilhabe. Kassel: kassel university press. S. 39-56.

Lüttringhaus, Maria (2001a). Einleitung. In: Hinte, Wolfgang/Lüttringhaus, Maria/Oelschlägel, Dieter (Hg.). Grundlagen und Standards der Gemeinwesenarbeit. Ein Reader für Studium, Lehre und Praxis. Münster: Votum Verlag. S. 73-74.

Lüttringhaus, Maria (2001b). Einleitung. In: Hinte, Wolfgang/Lüttringhaus, Maria/Oelschlägel, Dieter (Hg.). Grundlagen und Standards der Gemeinwesenarbeit. Ein Reader für Studium, Lehre und Praxis. Münster: Votum Verlag. S. 82

- Messmer, Manfred (2004). Quartiersmanagement und Bürgerschaftliches Engagement bei der Stadtentwicklung in benachteiligten Gebieten. In: Maier, Konrad/Messmer, Manfred (Hg.). Soziale Kommunalpolitik für lebenswerte Wohnquartiere. Beiträge zu Wohnungspolitik, Bürgerbeteiligung, Quartiersmanagement und Indikatoren sozialer Nachhaltigkeit. Freiburg i. Br.: Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung e.V. an der Evang. Fachhochschule Freiburg. S. 199-212.
- Meyer, Christine (2019). Soziale Arbeit und Alter(n). Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Minder, Jacqueline/Gregor, Harbauer (2015). *Suizid im Alter*. In: Swiss Archives of Neurology and Psychiatry. 166. Jg. (3). S. 67-77.
- Müller, C. Wolfgang (2006). Wie Helfen zum Beruf wurde. Eine Methodengeschichte der Sozialen Arbeit. Neuausgabe 2006. Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Oelschlägel, Dieter (2001a). Aktuelle Entwicklungen in der Gemeinwesenarbeit mit besonderer Berücksichtigung der neuen Bundesländer. In: Hinte, Wolfgang/Lüttringhaus, Maria/Oelschlägel, Dieter (Hg.). Grundlagen und Standards der Gemeinwesenarbeit. Ein Reader für Studium, Lehre und Praxis. Münster: Votum Verlag. S. 92-118.
- Oelschlägel, Dieter (2001b). Strategiediskussionen in der Sozialen Arbeit und das Arbeitsprinzip Gemeinwesenarbeit. In: Hinte, Wolfgang/Lüttringhaus, Maria/Oelschlägel, Dieter (Hg.). Grundlagen und Standards der Gemeinwesenarbeit. Ein Reader für Studium, Lehre und Praxis. Münster: Votum Verlag. S. 54-72.
- Oelschlägel, Dieter (2012). Gemeinwesenarbeit – Chancen, Möglichkeiten und Voraussetzungen. URL: <https://www.stadtteilarbeit.de/gemeinwesenarbeit/grundlagen/gemeinwesenarbeit-chancen-moeglichkeiten-und-voraussetzungen> [Zugriffsdatum: 13.04.2020].
- Peter, Claudio/Tuch, Alexandre (2019). Suizidgedanken und Suizidversuche in der Schweizer Bevölkerung. Obsan Bulletin 7/2019. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. URL: https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2019/obsan_bulletin_2019-07_d_0.pdf [Zugriffsdatum: 22.03.2020].

Pilgram, Amélie/Seifert, Kurt (2009). Leben mit wenig Spielraum. Altersarmut in der Schweiz. Zürich: Pro Senectute.

Polanski, Franziska (2016). Die Manifestation unbewusster Altersbilder in der Karikatur – Bericht von der ersten empirischen Studie über Altersbilder in Karikaturen im deutschen Sprachraum. In: Kulturen des Alterns. Zimmermann, Harm-Peer/Kruse, Andreas/Rentsch, Thomas (Hg.). Plädoyers für ein gutes Leben bis ins hohe Alter. Frankfurt am Main/New York: Campus Verlag. S. 197-208.

Rentsch, Thomas (2016). Kultur humanen Alterns – Ethische Perspektiven. In: Kulturen des Alterns. Zimmermann, Harm-Peer/Kruse, Andreas/Rentsch, Thomas (Hg.). Plädoyers für ein gutes Leben bis ins hohe Alter. Frankfurt am Main/New York: Campus Verlag. S. 257-267.

Pro Senectute (Hg.). Mietzinsmaxima bei Ergänzungsleistungen (EL). (o.J.). In : <https://prosenectute.ch/de/engagement/politik/ergaenzungsleistungen/mietzinsmaxima> [Zugriffsdatum: 18.5.2020].

Rentsch, Thomas (2016). Kultur humanen Alterns – Ethische Perspektiven. In: Kulturen des Alterns. Zimmermann, Harm-Peer/Kruse, Andreas/Rentsch, Thomas (Hg.). Plädoyers für ein gutes Leben bis ins hohe Alter. Frankfurt am Main/New York: Campus Verlag. S. 257-267.

Rowe, John W./Kahn, Robert L. (1999). Successful aging. New York: Dell Trade.

Rüegger, Heinz (2013a). *Zur Bedeutung gesellschaftlicher Einstellungen zum Alter im Blick auf Alterssuizide, Gerontologische-ethische Überlegungen*. In: Zeitschrift für Gerontologie und Ethik. 4. Jg. S. 1-21.

Rüegger, Heinz (2013b). Würde und Autonomie im Alter. Ethische Herausforderung in der Pflege und Betreuung alter Menschen. CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Alter (Hg.). URL: https://www.curaviva.ch/files/PGSV4KM/wuerde_und_autonomie_im_alter_heinz_rueegger_curaviva_schweiz_2013.pdf [Zugriffsdatum: 25.03.2020].

Rüssler, Harald/Stiel, Janina (2015). Partizipation wie Ältere sie sehen – Beteiligung im Quartier aus Sicht älterer Brüger_innen. In: van Riessen, Anne/Bleck, Christian/Knopp, Reinhold (Hg.). Sozialer Raum und Alter(n). Zugänge, Verläufe und Übergänge sozialräumlicher Handlungsforschung. Wiesbaden, Springer VS. S. 157-183.

Rüssler, Harald/ Köster, Dietmar/ Stiel, Janina/Heite, Elisabeth (2015). Lebensqualität im Wohnquartier. Ein Beitrag zur Gestaltung alternder Stadtgesellschaften. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Saup, Winfried (1993). Alter und Umwelt. Eine Einführung in die Ökologische Gerontologie. Stuttgart/Berlin/Köln: W. Kohlhammer.

Schneider, Frank/Nessler, Thomas (2011). Depression im Alter. Die verkannte Volkskrankheit. Hilfe für Betroffene und Angehörige. Diagnose. Therapie. Pflege. München: F.A. Herbig.

Schneider, Barbara (2003). Risikofaktoren für Suizid. Regensburg: Roderer Verlag.

Schneider, Barbara/Sperling, Uwe/Wedler, Hans (2011). Suizidprävention im Alter. Folien und Erläuterungen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Schneider, Barbara/Wächtler, Claus/Schaller, Sylvia/Erlemeier, Norbert/Hirsch, Rolf (2014). Einflussfaktoren für Suizid und Suizidalität. In: Lindner, Reinhard/Hery, Daniela/Schaller, Sylvia/Schneider, Barbara/Sperling, Uwe (Hg.). Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Eine Publikation der Arbeitsgruppe "Alte Menschen" im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag. S. 35-45.

Schneider, Barbara/Wolfersdorf, Manfred (2018). *SOP Abklärung bei Verdacht auf Suizidalität*. In: PSYCH up2date. 12. Jg. S. 439-442.

Schubert, Herbert/Abels, Stephanie/Papenfuss, Karin/Spieckermann, Holger/Veil, Katja (2015). Neuer Infrastrukturansatz für die sozialräumliche Altenhilfe. In: van Ries-

- sen, Anne/Bleck, Christian/Knopp, Reinhold (Hg.). Sozialer Raum und Alter(n). Zugänge, Verläufe und Übergänge sozialräumlicher Handlungsforschung. Wiesbaden: Springer VS. S. 131-156.
- Schroeter, Klaus R. (2009). Studienbrief. Senioren 1. Allgemeine Grundlagen. Hamburg: Hamburger Fernhochschule (HFH).
- Schroeter, Klaus R. (2011). Der Mythos vom erfolgreichen Altern. In: zm [Zahnärztliche Mitteilungen]. 101/1. S. 3-5.
- Schroeter, Klaus R. (2012). Altersbilder als Körperbilder. Doing Age by Bodyfication. In: Berner, Frank/Rossow, Judith/Schwitzter, Klaus-Peter. Individuelle Altersbilder. Experten zum Sechsten Altenbericht der Bundesregierung. Bd. 1. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 154-229.
- Schroeter, Klaus R. (2014). Verwirklichung des Alterns. In: Amman, Anton/Kolland, Franz (Hg.). Das erzwungene Paradies des Alters? Weitere Fragen an eine Kritische Gerontologie. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer VS. S. 283-318.
- Schroeter, Klaus R./Künemund, Harald (2010). «Alter» als Soziale Konstruktion-eine soziologische Einführung. In: Aker Kirsten/Karl, Ute (Hg.). Handbuch Soziale Arbeit und Alter. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 393-401.
- Schroeter, Klaus R./Pfeuffer, Andreas (2017). *Die Aktivität im Alter darf nicht zu einer Verpflichtung werden.* In: Curaviva 12/17. S. 6-11.
- Staub-Bernasconi, Silvia (1989): *Zur Zukunft Sozialer Arbeit.* In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge. 69 Jg. (4) S. 127-137.
- Staub-Bernasconi, Silvia (2007). Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Systemtheoretische Grundlagen und professionelle Praxis – ein Lehrbuch. 1. Auflage. Bern: Haupt Verlag.
- Stoik, Christoph (2013). Von der Gemeinwesenarbeit zur «sozialraumorientierten Verwaltungsmodernisierung»: Wolfgang Hinte. In: Stövesand, Sabine/Stoik, Chris-

- troph/Troxler, Ueli (Hg.). Handbuch Gemeinwesenarbeit. Traditionen und Positionen, Konzepte und Methoden. Deutschland – Schweiz – Österreich. Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit, Band 4. Opladen/Berlin/Toronto: Verlag Barbara Budrich. S. 79-84.
- Stoppe, Gabriela (2011). *Risikopatienten aktiv ansprechen. Strategien zur Suizidprävention im Alter*. In: DNP- Der Neurologe und Psychiater. 12. Jg. (11). S. 2-8.
- Stoppe, Gabriela/Kohn, Johanna/Schmugge, Barbara/Suter, Elisabeth/Wiesli, Ursula (2011). Positionspapier «Suizidprävention im Alter». URL: http://www.zfg.uzh.ch/static/2015/stoppe_positionspapier_suizidpraevention.pdf [Zugriffsdatum: 25.03.2020].
- Stoppe, Gabriela (2012). *Psychische Gesundheit im Alter: Lasst uns mehr dafür tun!* In: Schweizerische Ärztezeitung 93 Jg. (39). S. 1413-1415.
- Strube, Anke/König, Jana/Hanesch, Walter (2015). Partizipations- und Teilhaberprozesse benachteiligter älterer Menschen fördern, begleiten und (mit)gestalten. In: van Riessen, Anne/Bleck, Christian/Knopp, Reinhold (Hg.). Sozialer Raum und Alter(n). Zugänge, Verläufe und Übergänge sozialräumlicher Handlungsforschung. Wiesbaden: Springer VS. S. 185-205.
- Strube, Anke (2018). Teilhabe benachteiligter pflegebedürftiger älterer Menschen durch Welfaremix und Sozialraumorientierung? . In: Bleck, Christian/van Riessen, Anne/Knopp, Reinhold (Hg.). Alter und Pflege im Sozialraum. Theoretische Erwartungen und empirische Bewertungen. Wiesbaden: Springer VS. S. 161-175.
- Tews, Hans Peter (1996). Produktivität des Alters. In: Baltès Margret/Montada, Leo (Hg.). Produktives Leben im Alter. Frankfurt a. M./New York: Campus. S. 184-210.
- Troxler, Ueli (2013). Gemeinwesenarbeit als Arbeitsprinzip: Jaak Boulet, Jürgen Krauss, Dieter Oelschlägel. In: Stövesand, Sabine/Stoik, Christoph/Troxler, Ueli (Hg.). Handbuch Gemeinwesenarbeit. Traditionen und Positionen, Konzepte und Methoden. Deutschland – Schweiz – Österreich. Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit, Band 4. Opladen/Berlin/Toronto: Verlag Barbara Budrich. S. 70-72.

- von dem Knesebeck, Olaf/Vonneilich, Nico (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit im Alter*. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 42 Jg. (6). S. 459-464.
- Wächtler, Claus/Hirsch, Rolf/Lindner, Reinhard/Schaller, Sylvia/Schneider, Barbara (2014). Diagnostik der Suizidalität im Alter. In: Lindner, Reinhard/Hery, Daniela/Schaller, Sylvia/Schneider, Barbara/Sperling, Uwe (Hg.). Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Eine Publikation der Arbeitsgruppe "Alte Menschen" im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag. S. 59-66.
- Wahl, Hans-Werner (2000). Ergebnisse der ökologischen Forschung. In: Wahl, Hans-Werner/Tesch-Römer, Clemens (Hg.). Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Stuttgart/Berlin/Köln: W. Kohlhammer. S. 203-208.
- Walther, Christoph/Deiml, Daniel (2017). Theorie Klinischer Sozialarbeit in der Psychiatrie. In: Bischof, Jeanette/Deiml, Daniel/Walther, Christoph/Zimmermann, Ralf-Bruno (Hg.). Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. 1. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag. S. 38-58.
- Walther, Kerstin (2018). Krankheit ist niemals fair, doch Gesundheit ist ungerecht verteilt. In: «Arme habt ihr immer bei euch». Armut und soziale Ausgrenzung wahrnehmen, reduzieren, überwinden. Schäfer, Gerhard K./Montag, Barbara/Deterding, Joachim (Hg.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 150-162.
- Wedler, Hans/Teising, Martin/Hery, Daniela (2014). Ethische Aspekte der Suizidprävention. In: Lindner, Reinhard/Hery, Daniela/Schaller, Sylvia/Schneider, Barbara/Sperling, Uwe (Hg.). Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Eine Publikation der Arbeitsgruppe "Alte Menschen" im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag S. 133-143.
- WHO, World Health Organisation (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1 [Zugriffsdatum: 29.04.2020].
- Wolter, Birgit (2017). Gesundheitsförderliche Quartiere für alte Menschen – Herausforderung und Barrieren. In: Fabian, Carlo/Drilling, Matthias, Niermann, Oliver/Schnur,

Olaf (Hg.). Quartier und Gesundheit. Impulse zu einem Querschnittsthema in Wissenschaft, Politik und Praxis. Wiesbaden: Springer VS. S. 61-78.

Zumbrunn, Andrea/Fabian, Carlo/Käser, Nadine/Nieuwenboom, Wim/Süsstrunk, Simon/Wettstein, Felix. Soziale Arbeit im Schnittpunkt von Stadt- und Quartiersentwicklung sowie die Förderung von Gesundheit. In: Fabian, Carlo/Drilling, Matthias, Niermann, Oliver/Schnur, Olaf (Hg.). Quartier und Gesundheit. Impulse zu einem Querschnittsthema in Wissenschaft, Politik und Praxis. Wiesbaden: Springer VS. S. 195 -205.

9 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Dimensionen der Lebenslage	15
Tabelle 2	Gesundheitliche Einflussfaktoren im Stadtteil/Quartier	35