

Gesundheitliche Ungleichheit
bei suchtbetroffenen älteren Menschen:
Handlungsansätze für die Soziale Arbeit

Hochschule Luzern - Soziale Arbeit

Bachelor-Arbeit

Aline Denier und Petra Gisler

aline.denier@stud.hslu.ch / petra.gisler@stud.hslu.ch

SA.BSCSW_TZSA.2101

Begleitperson Dr. Julia Richter

Eingereicht 23. Dezember 2025

Bachelor-Arbeit

Ausbildungsgang: Bachelor in Sozialer Arbeit

Kurs: SA.BSCSW_TZSA.2101

Denier Aline & Gisler Petra

Gesundheitliche Ungleichheit bei suchtbetroffenen älteren Menschen **Handlungsansätze für die Soziale Arbeit**

Diese Arbeit wurde am **23.12.2025** an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit eingereicht. Für die inhaltliche Richtigkeit und Vollständigkeit wird durch die Hochschule Luzern keine Haftung übernommen.

Studierende räumen der Hochschule Luzern Verwendungs- und Verwertungsrechte an ihren im Rahmen des Studiums verfassten Arbeiten ein. Das Verwendungs- und Verwertungsrecht der Studierenden an ihren Arbeiten bleibt gewahrt (Art. 34 der Studienordnung).

Studentische Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit werden unter einer Creative Commons Lizenz im Repositorium veröffentlicht und sind frei zugänglich.

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive
der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Urheberrechtlicher Hinweis:

Dieses Werk ist unter einem Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz (CC BY-NC-ND 3.0 CH) Lizenzvertrag lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten.

Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.

Keine weiteren Einschränkungen — Sie dürfen keine zusätzlichen Klauseln oder technische Verfahren einsetzen, die anderen rechtlich irgendetwas untersagen, was die Lizenz erlaubt.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

Vorwort der Studiengangleitung Bachelor

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von mehreren Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme und Entwicklungspotenziale als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Denken und Handeln in Sozialer Arbeit ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es liegt daher nahe, dass die Diplomand_innen ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Fachleute der Sozialen Arbeit mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachkreisen aufgenommen werden.

Luzern, im Januar 2026

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Studiengangleitung Bachelor Soziale Arbeit

Abstract

Die Bachelorarbeit *Gesundheitliche Ungleichheit bei suchtbetroffenen älteren Menschen* von Aline Denier und Petra Gisler untersucht auf Grundlage wissenschaftlicher Literatur das Zusammenspiel von Sucht, Alter und gesundheitlicher Ungleichheit. Ausgangspunkt ist die Praxisfrage: Was kann die Soziale Arbeit zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit und zur Förderung von Chancengerechtigkeit beitragen? Gesundheit gilt als zentrale Voraussetzung für Teilhabe, Selbstbestimmung und Lebensqualität, ist jedoch stark von sozialen Lebenslagen abhängig. Durch die Pensionierung können Mehrfachbelastungen wie Einsamkeit, finanzielle Einschränkungen und Rollenverluste zunehmen, wodurch sich das Risiko einer Sucht erhöhen kann. Empirische Daten zeigen insbesondere einen Anstieg des Konsums von Alkohol sowie Schlaf- und Beruhigungsmitteln im höheren Lebensalter.

Für die Soziale Arbeit ergeben sich daraus klare Aufträge: Neben der individuellen Begleitung Betroffener sind auch präventive, strukturelle und sozialpolitische Interventionen notwendig, um Chancengleichheit zu fördern. Fachpersonen sind gefordert, gesundheitliche Ungleichheiten sichtbar zu machen, Diskriminierung entgegenzuwirken und gemeinsam mit relevanten Akteur:innen nachhaltige Lösungsansätze zu entwickeln. Für diesen vielschichtigen und anspruchsvollen Auftrag ist es zentral, dass Fachpersonen der Sozialen Arbeit ein gemeinsames fachliches Verständnis für das Zusammenspiel von Sucht, Alter und gesundheitlicher Ungleichheit entwickeln. Ziel ist es, suchtbetroffene ältere Menschen nicht nur auf individueller Ebene zu unterstützen, sondern auch ihre gesellschaftliche Teilhabe und Position langfristig zu stärken.¹

¹ Das Abstract wurde mit Unterstützung von Open AI. (2025), ChatGPT Dezember Version 5.2. erstellt.

Danksagung

An dieser Stelle möchten wir uns herzlich bei Dr. Julia Richter für die Begleitung, die wertvollen Anregungen und Inputs bedanken. Diese haben uns stets zum Nachdenken angeregt und zum Weiterarbeiten motiviert. Ebenso bedanken wir uns besonders bei denjenigen, die uns während des Schreibprozesses dieser Arbeit begleitet und unterstützt haben. Abschliessend danken wir unseren Familien, Freund:innen und Arbeitskolleg:innen für ihre Geduld, ihr Verständnis, das Zuhören und Ertragen in dieser intensiven Zeit.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	II
Danksagung	III
Tabellenverzeichnis	VII
Abbildungsverzeichnis	VII
Abkürzungsverzeichnis	VIII
1 Einleitung.....	1
1.1 Motivation	1
1.2 Ausgangslage	2
1.2.1 Gesundheitliche Ungleichheit	3
1.2.2 Demographischer Wandel in der Schweiz.....	3
1.2.3 Anstieg von suchtbetroffenen Menschen ab dem Rentenalter	4
1.2.4 Chancengleichheit und Gesundheit: Strategie WHO und BAG	5
1.3 Relevanz für die Praxis.....	6
1.4 Fragestellung und Zielsetzung	7
1.5 Abgrenzung.....	8
1.6 Aufbau der Arbeit.....	8
2 Gesundheitliche Ungleichheit	10
2.1 Gesundheit	10
2.2 Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit	15
2.3 Entstehung gesundheitlicher Ungleichheit	17
2.4 Folgen Gesundheitlicher Ungleichheit	24
3 Lebensphase Alter	26

3.1	Entwicklungsaufgaben- und Lebensphasenmodelle	27
3.2	Definition von Alter	29
3.3	Alter(n)stheorien	32
3.4	Soziale Auswirkungen der Lebensphase Alter.....	35
3.4.1	Einsamkeit	36
3.4.2	Altersarmut.....	39
3.5	Gesundheitliche Ungleichheit und Alter	40
4	Sucht und Alter.....	41
4.1	Sucht.....	41
4.2	Sucht im Alter	45
5	Gesundheitliche Ungleichheit und suchtbetroffene ältere Menschen	48
6	Sozialarbeiterischer Handlungsansatz.....	51
6.1	Zielgruppe und Ziel des sozialarbeiterischen Handlungsansatzes	52
6.2	Soziale Arbeit und Prävention	54
6.2.1	Prävention	55
6.2.2	Verhältnisprävention	56
6.2.3	Verhaltensprävention	57
6.3	Soziale Arbeit im gesellschaftlichen und sozialpolitischen Kontext	58
6.3.1	Soziale Arbeit im gesellschaftlichen Kontext.....	59
6.3.2	Soziale Arbeit im sozialpolitischen Kontext.....	60
6.4	Soziale Arbeit in verschiedenen Arbeitsfelder	62
6.4.1	Soziale Arbeit im Gesundheitswesen	62
6.4.2	Soziale Arbeit und Suchtprävention	64

6.4.3	Soziale Arbeit in der Suchtarbeit.....	64
6.5	Soziale Arbeit im Setting.....	66
6.6	Soziale Arbeit mit Direktbetroffenen	67
6.7	Auftrag und Rolle der Sozialen Arbeit	69
7	Fazit und Ausblick.....	70
	Literaturverzeichnis	72

Alle Kapitel dieser Bachelorarbeit wurden von Aline Denier und Petra Gisler gemeinsam verfasst.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 01: Lebenserwartung in Deutschland 2007 (Milck & Wild, 2021, S. 77)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 01: Demografischer Wandel (BFS 2023)

Abbildung 02: Demografischer Wandel Referenzszenario für das Jahr 2050 (BFS o.J)

Abbildung 03: Biopsychosoziale Gesundheitsmodell (Boeger und Lüdmann 2022, S. 241)

Abbildung 04: Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit (Mielck, 2010, S. 83)

Abbildung 05: Modell der sozialen Determinanten der Gesundheit (leicht modifizierte Darstellung, Dahlgren & Whitehead, 1991, <https://upstream-newsletter.de/glossar/dahlgren-whitehead-modellream>)

Abbildung 06: Entstehung gesundheitlicher Ungerechtigkeit (Weber 2020, S. 8)

Abbildung 07: Vulnerabilität unterschiedlicher Lebensphasen (Gesundheitsförderung Schweiz, Faktenblatt 113, S. 3)

Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BV	Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft
ICD	International Classification of Diseases
NCD	Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbaren Krankheiten
SAGES	Schweizerischer Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen
SOK	Selektive Optimierung mit Kompensation
UN	United Nations
WHO	World Health Organization

1 Einleitung

In den folgenden Unterkapiteln wird die persönliche Motivation der Autorinnen, die Ausgangslage der Situation sowie auf die relevanten Themen eingegangen. Danach folgt die Relevanz für die Praxis der Sozialen Arbeit, die konkreten Fragestellungen der Arbeit, die Abgrenzung des Themas, sowie eine Erläuterung über den Aufbau der Arbeit.

1.1 Motivation

Alter ist ein gesellschaftlich hochaktuelles Thema, das auf verschiedenen Ebenen an Bedeutung gewinnt: demografisch, sozial- und gesundheitspolitisch.

Im Zuge einer Projektarbeit an der Hochschule Luzern Soziale Arbeit, im Auftrag der Arbeitsgruppe Sucht und Alter Luzern, traten die Autorinnen erstmals in intensiveren Kontakt mit dem Themenfeld Sucht im Alter. Dabei stand die gesundheitliche Versorgung sowie die Frage nach der Unterbringung suchtbetroffener älterer Menschen in Alters- oder Pflegeheimen im Vordergrund, insbesondere bei Personen mit langjähriger Abhängigkeit von illegalen Substanzen oder Substitutionsbehandlung.

Hierbei vertieften sich die Autorinnen auch in die Gesundheits- und Suchtpolitik der Schweiz, unter anderem in die Nationale Strategie Sucht, welche sich auf das Vier-Säulen-Modell mit den Handlungsfeldern Prävention, Therapie, Schadensminderung und Regulierung stützt (Bundesamt für Gesundheit, 2015, S. 5).

Diese Auseinandersetzung weckte das Interesse, sich im Rahmen der Bachelorarbeit vertiefend mit der Schnittstelle von Alter, Sucht und gesundheitlicher Ungleichheit zu befassen. Dabei stellten sich grundlegende Fragen: Ab wann gilt ein Mensch als alt? Welche gesellschaftlichen Vorstellungen prägen das Alter(n)? Welche Rolle spielt gesundheitliche Ungleichheit im Leben suchtbetroffener älterer Menschen? Und welche Verantwortung trägt die Soziale Arbeit in diesem Spannungsfeld?

Die Auseinandersetzung mit gesundheitlicher Ungleichheit, einem Begriff, der den Autorinnen zunächst wenig vertraut war, offenbarte rasch dessen hohe Relevanz. Als strukturell bedingtes Problem betrifft gesundheitliche Ungleichheit besonders Menschen in benachteiligten Lebenslagen. Gerade suchtbetroffene Menschen im höheren Lebensalter sind häufig mit

mehrfachen Benachteiligungen konfrontiert, die ihre Gesundheitschancen, Lebensqualität und Teilhabe am Leben massiv einschränken.

Ziel dieser Bachelorarbeit ist es daher, auf der Grundlage wissenschaftlicher Literatur die Auswirkungen gesundheitlicher Ungleichheit auf ältere Menschen mit einer Abhängigkeit von Alkohol oder Schlaf- und Beruhigungsmittel zu analysieren. Die Arbeit untersucht, welche Herausforderungen sich daraus für die Soziale Arbeit ergeben, und welche Handlungsmöglichkeiten bestehen, um gesundheitliche Ungleichheit zu verringern und Chancengleichheit zu fördern.

Daraus ergibt sich folgende zentrale Praxisfrage:

Was kann die Soziale Arbeit zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit und zur Förderung von Chancengerechtigkeit bei suchtbetroffenen älteren Menschen beitragen?

1.2 Ausgangslage

Gesundheit ist eine zentrale Voraussetzung für soziale Teilhabe, Selbstbestimmung und Lebensqualität. Dennoch bestehen in unserer Gesellschaft nach wie vor erhebliche gesundheitliche Ungleichheiten, die eng mit sozialen Lebenslagen verknüpft sind. Menschen mit einem niedrigem sozioökonomischen Status sind häufiger von Krankheit betroffen und sterben im Durchschnitt früher. Dieser Befund besteht trotz medizinischen Fortschritts seit über einem Jahrhundert. Um den sozioökonomischen Status beziehungsweise die Schichtzugehörigkeit zu erfassen, sind folgende drei Determinanten ausschlaggebend: Beruf, Einkommen und Bildung (Hradil, 2009, S. 36-37).

In der sozialarbeiterischen Praxis rücken solche strukturellen Benachteiligungen verstärkt in den Fokus, insbesondere mit Blick auf vulnerable Gruppen wie suchtbetroffene ältere Menschen. Der demografische Wandel führt dazu, dass immer mehr Menschen ein hohes Alter erreichen, zugleich sind sie aber auch mit altersbedingten Herausforderungen konfrontiert. Die Zunahme suchtmittelbezogener Problematiken im höheren Lebensalter, etwa rund um den Übergang in den Ruhestand, verweist auf soziale und gesundheitliche Risikolagen, die gezielte Unterstützungsangebote und strukturelle Antworten erfordern.

1.2.1 Gesundheitliche Ungleichheit

In der Pressemitteilung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vom 6. Mai 2025 wird deutlich, dass gesundheitliche Ungleichheit einen erheblichen Einfluss auf die Lebenserwartung hat. So zeigt der Bericht, dass Menschen in Ländern mit der niedrigsten Lebenserwartung im Durchschnitt bis zu 33 Jahre früher sterben als Menschen in Ländern mit der höchsten Lebenserwartung. Die Analyse verweist auf einen engen Zusammenhang zwischen gesundheitlicher Ungleichheit, dem Grad sozialer Benachteiligung sowie dem Ausmass erlebter Diskriminierung.

Gesundheitliche Ungleichheiten sind kein neues Phänomen. Wie Weber (2020) darlegt, war bereits um 1890 ein erhöhtes Sterberisiko an Tuberkulose erkrankten Menschen bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen feststellbar. Trotz medizinischen Fortschritts und einer insgesamt verbesserten Gesundheitslage haben sich die gesundheitlichen Unterschiede zwischen sozialen Gruppen in westeuropäischen Ländern tendenziell weiter verstärkt. Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen erkranken häufiger und haben eine geringere Lebenserwartung (S. 12).

1.2.2 Demographischer Wandel in der Schweiz

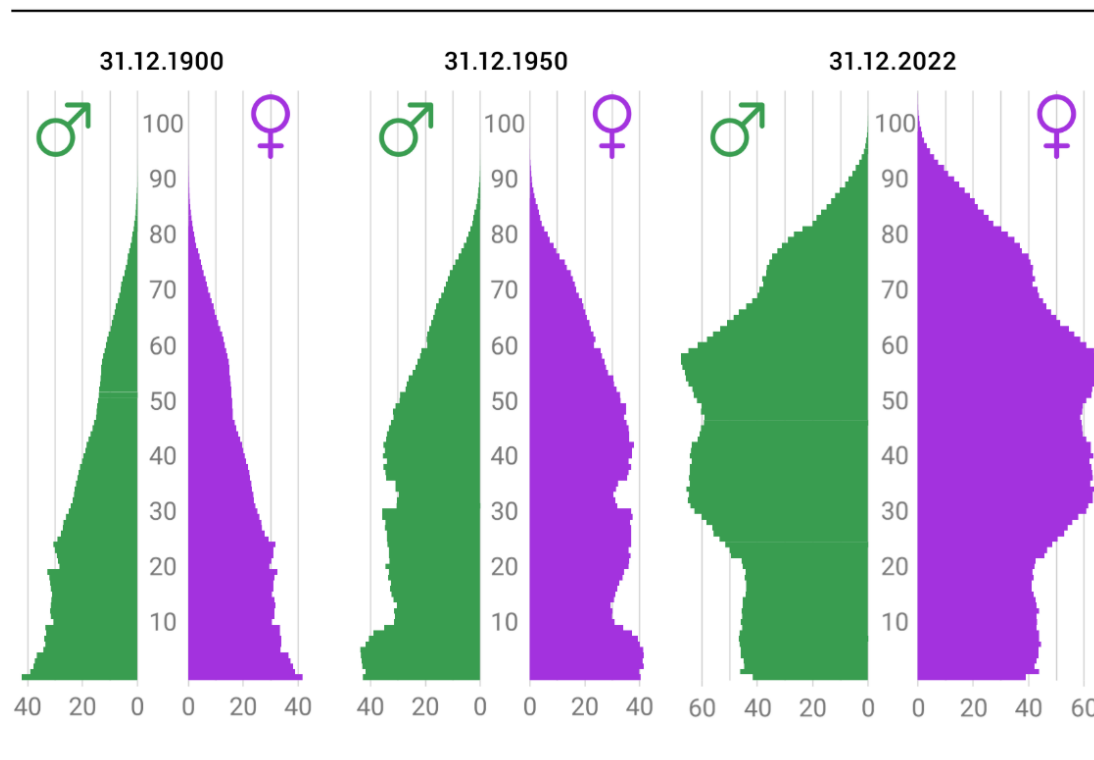


Abbildung 01: Demografischer Wandel des Bundesamt für Statistik (BFS) 2023

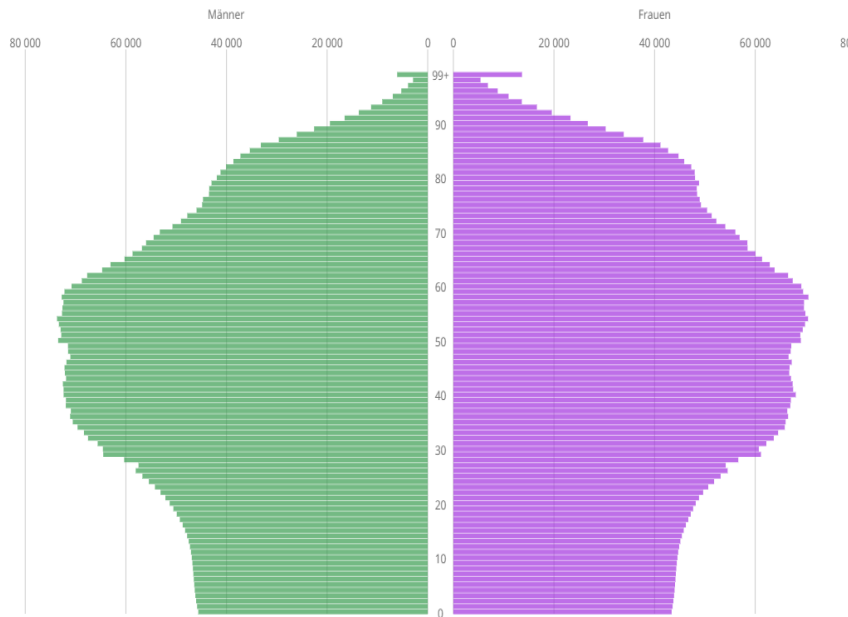


Abbildung 02 Demografischer Wandel Referenzszenario für das Jahr 2050 (BFS, 2025)

Der demografische Wandel ist in der Schweiz deutlich spürbar. Eine zunehmend grosse Zahl der sogenannten Babyboomer-Generation (geboren zwischen 1946 und 1964) tritt in den Ruhestand ein. Gleichzeitig führt der medizinische Fortschritt dazu, dass Menschen heute länger leben. Die anhaltend niedrige Geburtenrate verstärkt den Trend zur Überalterung der Gesellschaft zusätzlich. In der Folge verändert sich die Altersstruktur der Bevölkerung grundlegend hin zu einer alternden Gesellschaft (BFS, 2023). Die Abbildung 02 vom Referenzszenario vom BFS (o.J.) für das Jahr 2050 deutet darauf hin, dass es sich um einen langfristigen und anhaltenden Prozess handelt. Diese demografischen Verschiebungen stellen sowohl das Gesundheitssystem als auch die sozialen Sicherungsstrukturen vor neue Herausforderungen.

1.2.3 Anstieg von suchtbetroffenen Menschen ab dem Rentenalter

Gemäss den aktuellen Zahlen des BFS zeigt sich ein klarer Anstieg des täglichen Alkoholkonsums mit zunehmendem Alter, insbesondere rund um den Übergang in den Ruhestand.

Bei Männern liegt der Anteil der täglich Alkohol konsumierenden Personen vor dem Rentenalter bei 17 %, steigt nach dem Rentenalter auf 25 % und erreicht bei den über 75-Jährigen 36.8 %. Auch bei Frauen lässt sich eine vergleichbare Entwicklung beobachten: Vor dem Rentenalter konsumieren 5.2 % täglich Alkohol, nach dem Rentenanstritt sind es 11.9 %, und bei den über 75-Jährigen steigt der Anteil auf 15.3 % (BFS, 2024).

Eine ähnliche altersabhängige Dynamik zeigt sich beim Konsum von Beruhigungs- und Schlafmitteln, sowohl mit als auch ohne begleitende Einnahme von Antidepressiva. Besonders betroffen sind hierbei Frauen im höheren Lebensalter (Sucht Schweiz, 2024).

Diese Zahlen verdeutlichen die Herausforderungen, die mit dem Übergang in den Ruhestand und dem Älterwerden einhergehen. Der veränderte Alltag, Verlust von sozialen Rollen, Vereinsamung und gesundheitliche Beschwerden können zur verstärkten Nutzung von Suchtmitteln führen.

1.2.4 Chancengleichheit und Gesundheit: Strategie WHO und BAG

Seit vielen Jahren besteht seitens der Politik der klare Auftrag, gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren und Chancengleichheit im Zugang zu Gesundheit für alle Bevölkerungsgruppen zu fördern.

Bereits im Jahr 1999 hat die WHO im Rahmen des Konzepts Gesundheit21 für die Europäische Region drei zentrale Grundwerte definiert:

- Gesundheit als fundamentales Menschenrecht
- Gesundheitliche Chancengleichheit und Solidarität, sowohl im Handeln zwischen Ländern als auch zwischen Bevölkerungsgruppen innerhalb eines Landes sowie zwischen Männern und Frauen
- Partizipation und Rechenschaftspflicht, sowohl des Einzelnen als auch von Gruppen, Gemeinschaften, Institutionen, Organisationen und Sektoren im Rahmen der gesundheitlichen Entwicklung (S. 4)

In der Gesundheitsstrategie 2030 des Bundesrates ist das Thema der Chancengleichheit bereits als zentrales Anliegen verankert. Die Strategie erkennt an, dass der Zugang zu guter Gesundheit kein Privileg, sondern ein grundlegendes Recht ist, unabhängig von sozialer Herkunft, Bildungsstand oder Einkommen. Der Bundesrat betont dabei die enge Verknüpfung zwischen sozialer Benachteiligung und gesundheitlichen Ungleichheiten. Konkret verweist die Strategie auf die erhöhte Mortalität (Sterblichkeit) in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen und betrachtet diese Ungleichheiten nicht nur als gesundheitspolitisches, sondern auch als gesellschaftliches Problem (BAG, 2019, S. 25).

Ergänzend zur Gesundheitsstrategie 2030 befasst sich auch die Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024 mit der Problematik gesundheitlicher Ungleichheit. Sie macht deutlich, dass in der Schweiz eine ungleiche Verteilung von Ressourcen besteht und dass soziale Faktoren einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit der Menschen haben. Zudem betont die Strategie, dass in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration ein konkreter Handlungsbedarf besteht und dass dabei alle Lebensphasen berücksichtigt werden sollten (2020, S. 16).

1.3 Relevanz für die Praxis

Die Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) unterstreicht in Art. 2 Abs. 2 und 3, dass der Bund „die gemeinsame Wohlfahrt, die nachhaltige Entwicklung, den inneren Zusammenhalt und die kulturelle Vielfalt des Landes“ fördern soll, ebenso die Chancengleichheit zu verwirklichen und soziale Benachteiligung abzubauen. Gerade in einer alternden Gesellschaft mit wachsender Zahl suchtgefährdeter Menschen im höheren Lebensalter ist dieser Auftrag relevant. Im Art. 41 der BV sind in den Sozialzielen zentrale Aspekte der sozialen Sicherheit verankert. Art. 41a betont das Recht auf Teilhabe an der sozialen Sicherheit, Art. 41b fordert den Anspruch auf die notwendige Pflege zur Wahrung der Gesundheit, und Art 41d stellt angemessene Arbeitsbedingungen sowie eine faire Entlohnung als Forderung. In dieser Arbeit wird aufgezeigt, dass genau diese Punkte wie soziale Teilhabe, Zugang zur Unterstützung zur Wahrung der Gesundheit, sowie angemessene Arbeitsbedingungen und faire Entlohnung sowohl Ursachen als auch Folgen gesundheitlicher Ungleichheit für Suchtbetroffene im Alter sein können. Die dargestellten Entwicklungen verdeutlichen, dass gesundheitliche Ungleichheiten nicht nur medizinische, sondern auch sozialstrukturelle Probleme sind. Sie betreffen insbesondere vulnerable Gruppen wie suchtbetroffene ältere Menschen, deren Gesundheitschancen durch soziale Benachteiligung wie Armut, Einsamkeit, eingeschränkten Zugang zu Versorgung und strukturelle Diskriminierung zusätzlich erschwert werden. Vor diesem Hintergrund kommt der Sozialen Arbeit eine zentrale Rolle zu.

Gemäss dem Berufskodex für die Soziale Arbeit in der Schweiz orientiert sich professionelles Handeln an den Grundprinzipien der Menschenwürde, der sozialen Gerechtigkeit und der Chancengleichheit. Sozialarbeitende sind verpflichtet, strukturelle Ungleichheiten zu

erkennen, gesellschaftliche Teilhabe zu fördern sowie Diskriminierung und soziale Ausgrenzung aktiv zurückzuweisen (AvenirSocial, 2010, S. 9–11).

Wie in dieser Arbeit in der Folge dargestellt wird, ist gesundheitliche Ungleichheit weniger das Ergebnis individueller Entscheidungen, sondern vielmehr Ausdruck struktureller Benachteiligung, die sich auch gesamtgesellschaftlich, unter anderem durch höhere Kosten im Gesundheits- und Sozialsystem, auswirkt. Zudem besteht seitens der Politik ein klar formulierter Auftrag, solche Ungleichheiten zu verringern. Für die Soziale Arbeit ergibt sich daraus eine fachliche Verantwortung, tätig zu werden: Sie unterstützt Menschen in herausfordernden Lebenslagen, reflektiert und bearbeitet gesellschaftliche Rahmenbedingungen und richtet ihr professionelles Handeln an den fachlichen Leitlinien aus. In diesem Kontext kann Soziale Arbeit dazu beitragen, Bedingungen für mehr gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern durch Begleitung, Vermittlung und interdisziplinäre Zusammenarbeit, sowie das klare Benennen sichtbar machen und politisch in der Gesellschaft positionieren.

Die Soziale Arbeit trägt somit nicht nur zur individuellen Unterstützung suchtbetroffener älteren Menschen bei, sondern muss auch einen gesellschaftspolitischen Beitrag zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit leisten.

1.4 Fragestellung und Zielsetzung

Daraus ergeben sich folgende Fragestellungen für diese Bachelorarbeit:

Hauptfrage:

Wie beeinflussen gesundheitliche Ungleichheiten die Lebenslage älterer, suchtbetroffener Menschen und welche Handlungsansätze ergeben sich daraus für die Soziale Arbeit zur Förderung von Chancengerechtigkeit?

Theoriefrage:

1. Was ist die Gesundheitliche Ungleichheit und was sind deren Ursachen und Folgen?
2. Was ist die Lebensphase Alter und welche sozialen Auswirkungen beinhaltet sie?
3. Welche Einflussfaktoren können zu einem Anstieg von suchtbetroffenen Menschen ab dem Rentenalter führen? Welche Risiken hat das Alter im Zusammenhang mit Gesundheit und Sucht?

4. Was sind die Auswirkungen der gesundheitlichen Ungleichheit für suchtbetroffene ältere Menschen?

Praxisfrage:

5. Was kann die Soziale Arbeit zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit und zur Förderung von Chancengerechtigkeit bei suchtbetroffenen älteren Menschen beitragen?

Zielsetzung:

Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, auf Grundlage wissenschaftlicher Literatur die Auswirkungen gesundheitlicher Ungleichheit auf ältere Menschen mit einer Abhängigkeit von Alkohol oder Schlaf- und Beruhigungsmittel zu analysieren. Dabei soll aufgezeigt werden, welche Herausforderungen sich für die Soziale Arbeit in der Begleitung und Unterstützung dieser Zielgruppe ergeben und wie sie mit politischen und gesellschaftlichen Handlungsansätzen zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit und zur Förderung von Chancengerechtigkeit beitragen kann.

1.5 Abgrenzung

Im Rahmen dieser Bachelorarbeit liegt der Fokus auf älteren Menschen mit einer Abhängigkeit von Alkohol und/oder Schlaf- und Beruhigungsmittel. Aufgrund des begrenzten Umfangs der Arbeit und der Komplexität von Abhängigkeit werden hier der Konsum illegaler Substanzen und Verhaltenssüchte nicht vertieft behandelt.

Zur Eingrenzung der Zielgruppe wird in dieser Arbeit unter „älteren Menschen“ die Personengruppe verstanden, welche das gesetzliche Rentenalter (Stand 2025: 65 Jahre) erreicht hat.

Im Folgenden wird von der Sozialen Arbeit als Profession gesprochen, ohne eine differenzierte Betrachtung der einzelnen Fachrichtungen der Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Soziokulturelle Animation vorzunehmen. Dies ist ein Querschnittsthema, das alle Disziplinen betrifft.

1.6 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Bachelorarbeit gliedert sich in sieben aufbauende Hauptkapitel, welche eine systematische Auseinandersetzung mit dem Thema gesundheitliche Ungleichheit, Alter und Sucht ermöglichen.

Das Kapitel 2 behandelt Gesundheit und das Phänomen der gesundheitlichen Ungleichheit. Es werden verschiedene Gesundheitsverständnisse und theoretische Modelle vorgestellt. Ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit bildet die Grundlage, um gesundheitliche Ungleichheiten erkennen und bewerten zu können. Es wird aufgezeigt, wie solche Ungleichheiten entstehen und welche Konsequenzen sie für die betroffenen Menschen und die Gesellschaft haben können.

Kapitel 3 widmet sich dem Thema Alter und Altern. Es werden verschiedene Begriffsdefinitionen sowie theoretische Zugänge vorgestellt, darunter das biologische, soziale und subjektive Altern. Für ein umfassendes Verständnis der Lebensphase Alter wird zudem auf die bekanntesten Alter (n) Theorien eingegangen.

Im Kapitel 4 steht die Suchtproblematik im Mittelpunkt. Es werden zentrale theoretische Ansätze zur Erklärung von Suchtverhalten erläutert sowie die Auswirkungen von Sucht auf das Leben der Betroffenen dargestellt. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf suchtbetroffenen älteren Menschen, da diese Gruppe in der öffentlichen und fachlichen Diskussion oft wenig Beachtung findet.

In Kapitel 5 wird aufgezeigt, wie gesundheitliche Ungleichheit suchtbetroffene ältere Menschen in besonderem Masse betrifft und welche Rolle dabei der sozioökonomische Status sowie lebenslauforientierte Belastungsfaktoren spielen.

In Kapitel 6 werden auf Basis der bisherigen Erkenntnisse der Handlungsansatz und der Auftrag der Sozialen Arbeit abgeleitet. Es wird dargelegt, welche konkreten Aufgaben, Rollen und Interventionsmöglichkeiten Sozialarbeitende in diesem Kontext übernehmen können, sowohl im präventiven Bereich als auch im Rahmen von Schadensminderung. Zudem wird die Rolle der Sozialen Arbeit im gesellschaftlichen und politischen Diskurs thematisiert.

Die Arbeit schliesst mit einem Fazit in Kapitel 7, in dem die zentralen Ergebnisse zusammengefasst werden. Abschliessend wird ein Ausblick auf mögliche Entwicklungen sowie auf weiteren Forschungsbedarf gegeben.

2 Gesundheitliche Ungleichheit

«Weil du arm bist, musst du früher sterben»

Hans- Gustel Kernmayr Autor 1955

Um gesundheitliche Ungleichheit verstehen zu können, ist es zunächst notwendig, den Begriff der Gesundheit und dessen Bedeutung zu klären. Die Komplexität dessen, was Gesundheit ausmacht und welche Faktoren zu einem gesunden Leben beitragen, muss erkannt und differenziert betrachtet werden. Im folgenden Kapitel werden unterschiedliche Perspektiven auf Gesundheit dargestellt sowie zentrale Gesundheitsmodelle vorgestellt.

2.1 Gesundheit

Im biomedizinischen geprägten Verständnis wird der Mensch primär als biologischer Organismus betrachtet. Gesundheit gilt in diesem Modell als Zustand der Abwesenheit von Krankheit, als das Fehlen pathologischer Befunde oder Symptome. Krankheit wiederum wird als Störung innerkörperlicher Prozesse verstanden, die sich in einer Abweichung von der normalen Organfunktion manifestiert. Dementsprechend liegt der Fokus der medizinischen Praxis auf der Diagnose und symptomatischen Behandlung körperlicher Auffälligkeiten, die als pathologisch bewertet werden. Krankheitsursachen werden als körperlich bedingt angesehen und lassen sich im Rahmen biomedizinischen Methoden erfassen und erklären. Gesundheit und Krankheit werden in diesem Verständnis weitgehend auf biologische Faktoren reduziert und der Mensch ist auf der passiven Seite der Krankheitsmanifestation (Richter & Hurrelmann, 2023, S. 7–9). Von der WHO (o.J.) wird der Gesundheitsbegriff in der Präambel im Sinne eines ganzheitlichen Verständnis verwendet. Gesundheit wird dabei nicht ausschliesslich als das Fehlen von Krankheit oder Beeinträchtigung betrachtet, sondern als ein umfassender Zustand körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens. Aus sozialarbeiterischer Perspektive bedeutet dies, dass ein Mensch als gesund gelten kann, wenn er in der Lage ist, sein Leben unter den gegebenen Bedingungen aktiv zu gestalten, psychische Stabilität aufweist und positive, tragfähige soziale Beziehungen erlebt. Damit rückt auch die Bedeutung sozialer Umweltfaktoren, Teilhabechancen und lebensweltlicher Ressourcen in den Fokus.

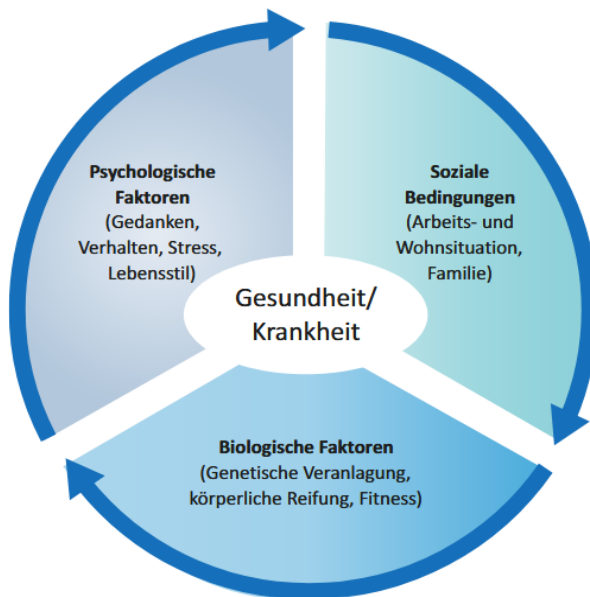


Abbildung 03: Biopsychosoziale Gesundheitsmodell, Boeger und Lüdman (2022, S. 241)

Abbildung 03 von Boeger und Lüdman (2022) veranschaulicht das bio-psycho-soziale Modell, das Gesundheit und Krankheit als Ergebnis eines dynamischen Zusammenspiels biologischer, psychologischer und sozialer Einflussfaktoren begreift. Es stellt einen ganzheitlichen Ansatz dar, der auch in der Sozialen Arbeit eine zentrale Rolle spielt und im Leitbild von dem Schweizerischen Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (SAGES) für die Profession hinterlegt ist (AvenirSocial, 2018, S. 2).

Die biologischen Faktoren umfassen genetische Veranlagungen, körperliche Entwicklung sowie die allgemeine physische Konstitution. Sie beeinflussen, wie anfällig oder widerstandsfähig ein Mensch gegenüber Erkrankungen ist. Zu den psychologischen Faktoren zählen kognitive Prozesse, Emotionen, Verhaltensweisen, Stressverarbeitung und der individuelle Lebensstil. Unter sozialen Einflussfaktoren fallen Lebensumstände wie Wohnsituation, Arbeitsverhältnisse, finanzielle Lage, soziale Netzwerke und familiäre Beziehungen (Boeger und Lüdman, 2022, S. 240-242). Diese Bedingungen stellen zentrale Ansatzpunkte sozialarbeiterischen Handelns dar, da sie wesentlich zur sozialen Ungleichheit beitragen und durch unterstützende Massnahmen veränderbar sind. Dabei darf der Fokus nicht ausschliesslich auf die individuelle Ebene gerichtet sein. Eine zentrale Aufgabe der Sozialen Arbeit besteht vielmehr darin, auch strukturelle Rahmenbedingungen zu verbessern, um langfristig zur Gesundheitsförderung beizutragen.

Im Gegensatz zu defizitorientierten, biomedizinischen Gesundheits- und Krankheitsmodellen legt das salutogenetische Modell gemäss Lindström und Eriksson (2019) seinen Fokus auf die individuellen und strukturellen Ressourcen von Menschen. Dieses gesundheitswissenschaftliche Konzept geht auf Aaron Antonovsky zurück, der nicht die Frage stellte, was Menschen krank macht, sondern vielmehr untersuchte, was sie trotz belastender Lebensumstände gesund erhält. Ebenso greifen sie in Bezug auf Antonovsky das Modell des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums auf. Dabei wird Gesundheit nicht als fixer Zustand verstanden, sondern als eine fortlaufende Bewegung auf einer gedachten horizontalen Linie, deren Endpunkte vollständige Gesundheit und vollständige Krankheit markieren. Jeder Mensch befindet sich zu einem bestimmten Zeitpunkt an einer individuellen Position auf diesem Kontinuum, die sich je nach Lebenssituation verändern kann. Belastungen und Stressoren wirken dabei tendenziell in Richtung Krankheit, während persönliche, soziale und gesellschaftliche Ressourcen sowie günstige Bedingungen die Bewegung in Richtung Gesundheit unterstützen. Gesundheit ist in diesem Verständnis also kein statisches Entweder-Oder, sondern ein dynamischer Prozess, der durch das Zusammenspiel von Belastungen und Ressourcen geprägt wird (S. 29-31).

Wie Boeger und Lüdemann (2022) erläutern, beschäftigt sich das Salutogenese-Modell mit der grundlegenden Frage nach den Bedingungen und Ursprüngen von Gesundheit. Im Mittelpunkt steht dabei der sogenannte Kohärenzsinn (Sense of Coherence), der als zentraler Schutzfaktor im Umgang mit Lebensbelastungen gilt. Der Kohärenzsinn setzt sich aus diesen drei miteinander verbundenen Komponenten zusammen:

- **Verstehbarkeit:** Die Welt wird als kognitiv erfassbar, strukturiert und vorhersehbar erlebt. Ereignisse erscheinen nicht willkürlich, sondern sind in ein erklärbares System eingebettet.
- **Handhabbarkeit:** Individuen erleben sich selbst als fähig mit Herausforderungen umzugehen, weil sie über ausreichend Ressourcen verfügen, sei es im eigenen Inneren oder im sozialen Umfeld. Sie setzen diese Ressourcen realistisch und wirksam ein.
- **Sinnhaftigkeit:** Schwierigkeiten und Anforderungen werden als persönlich bedeutsam erlebt. Menschen mit dieser Überzeugung sehen einen Wert darin, sich Herausforderungen zu stellen und sie zu bewältigen.

Menschen mit einem ausgeprägten Kohärenzsinn erleben ihr Leben als verstehbar, handhabbar und sinnvoll, was ihnen eine stärkere Resilienz gegenüber Stress und Krisen ermöglicht. Insbesondere die Sinnhaftigkeit gilt in der Theorie als zentrale Komponente. Wenn das eigene Leben nicht als sinnstiftend empfunden wird, wirken sich auch Verstehbarkeit und Handhabbarkeit weniger stabilisierend aus (S. 243).

Wie Hartung (2011) beschreibt, unterscheidet Antonovsky hierbei zwischen endogenen und exogenen Ressourcen. Damit verweist er auf die Bedeutung sowohl personenbezogener Faktoren (z. B. Selbstwirksamkeit, Resilienz) als auch struktureller Rahmenbedingungen wie sozio-ökonomischer Status, Bildung oder sozialer Rückhalt. Diese unterschiedlichen Einflussfaktoren stehen in enger Wechselwirkung mit der gesundheitlichen Entwicklung (S. 241). Für die Soziale Arbeit ist dieser Perspektivwechsel zentral, da er eine ressourcenorientierte Haltung stärkt und den Blick auf vorhandene Bewältigungsstrategien und Entwicklungspotenziale richtet.

Wie Richter und Hurrelmann (2023) beschreiben, werden in der Soziologie Gesundheit und Krankheit nicht ausschliesslich als biologische Zustände verstanden, sondern als gesellschaftlich und kulturell geprägte Konstruktionen. Der Mensch wird in diesem Ansatz primär als soziales Wesen betrachtet, dessen Gesundheit stark von sozialen, ökonomischen und kulturellen Lebensbedingungen beeinflusst wird. Gesundheit wird dabei nicht als blosses Fehlen von Krankheit definiert, sondern als Ergebnis sozialer Prozesse und Bedingungen, wie etwa Bildung, Einkommen, Wohnverhältnisse, berufliche Belastungen sowie gesellschaftliche Teilhabe. Krankheit wiederum wird nicht nur als physiologische Abweichung betrachtet, sondern auch als Ausdruck sozialer Ungleichheiten und struktureller Benachteiligungen. Soziale Normen und gesellschaftliche Erwartungen beeinflussen, was als gesund oder krank gilt. Damit ist Gesundheit im soziologischen Verständnis kein fixer, objektiver Zustand, sondern ein dynamisches Konzept, das in Abhängigkeit von gesellschaftlichen Kontexten interpretiert wird. Im Gegensatz zum biomedizinischen Modell, das individuelle Verantwortung und Verhalten in den Vordergrund stellt, verlagert das soziologische Verständnis die Ursachen von Gesundheit und Krankheit auf die gesellschaftliche Ebene. Soziale Determinanten, insbesondere die ungleiche Verteilung von Ressourcen wie Wohlstand, Bildung und Macht, werden als zentrale Einflussfaktoren angesehen. Entsprechend wird Gesundheit nicht nur als individuelles Gut, sondern auch als kollektive Aufgabe betrachtet, die politische Massnahmen zur Reduktion sozialer Ungleichheiten erfordert (S. 10-15).

Die unterschiedlichen Gesundheitsverständnisse zeigen deutlich, dass Gesundheit und Krankheit nicht eindimensional definiert werden können, sondern in einem Spannungsfeld zwischen biologischen, psychischen und sozialen Faktoren stehen. Insbesondere in der Sozialen Arbeit gewinnen sozialstrukturelle Bedingungen sowie individuelle Bewältigungsstrategien zunehmend an Bedeutung. Das salutogenetische Modell von Antonovsky stellt hierbei einen zentralen Perspektivwechsel dar, indem es die Ressourcenorientierung und den Kohärenzsinn in den Mittelpunkt rückt. Gesundheit wird nicht nur als ein Zustand, sondern als ein dynamischer Prozess verstanden, der durch das Zusammenspiel individueller, sozialer und struktureller Faktoren beeinflusst wird.

Aus soziologischer Sicht wird deutlich, dass Gesundheit ein gesellschaftlich und kulturell geprägtes Konstrukt ist. Soziale Ungleichheit, Machtverhältnisse und Lebensbedingungen bestimmen wesentlich mit, wer als gesund gilt und wer einem erhöhten Krankheitsrisiko ausgesetzt ist. Entsprechend wird Gesundheit nicht allein als individuelle Verantwortung betrachtet, sondern auch als kollektive Aufgabe, die politische und gesellschaftliche Interventionen erfordert. Insgesamt verdeutlicht der Vergleich der Modelle, dass ein umfassendes Verständnis von Gesundheit die Berücksichtigung biologischer, psychischer und sozialer Dimensionen voraussetzt, eine Sichtweise, die insbesondere in der Sozialen Arbeit handlungsleitend ist.

Wie Weber (2020) beschreibt, gilt der Anspruch auf gleichberechtigte Gesundheitschancen für alle Menschen als ein zentrales Prinzip der gesundheitspolitischen Strategien (S. 7). Dieses Prinzip orientiert sich an internationalen menschenrechtlichen Grundlagen, insbesondere an Artikel 25 Absatz 1 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen (UN), welcher jedem Menschen das Recht auf einen Lebensstandard zusichert, der die Gesundheit und das Wohlergehen seiner selbst und seiner Familie gewährleistet. Dazu zählen unter anderem der Zugang zu ausreichender Ernährung, Kleidung, Wohnraum, medizinischer Versorgung sowie zu notwendigen sozialen Sicherungssystemen. Ebenso beinhaltet dieses Recht Schutz in Situationen wie Arbeitslosigkeit, Krankheit, Behinderung, Verwitwung, im Alter oder bei anderweitigem, unverschuldetem Einkommensverlust.

Auf nationaler Ebene ist, wie oben bereits erwähnt, das Gebot der Chancengleichheit in der BV, Art. 2 Abs 3, fest verankert. Dieses Verfassungsziel bildet die Grundlage für eine sozial gerechte Gesellschaftsordnung. Trotzdem gibt es in der Schweiz gesundheitliche Ungleichheit.

In der Folge wird gesundheitliche Ungleichheit sowie deren Entstehung und Auswirkungen erklärt.

2.2 Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit

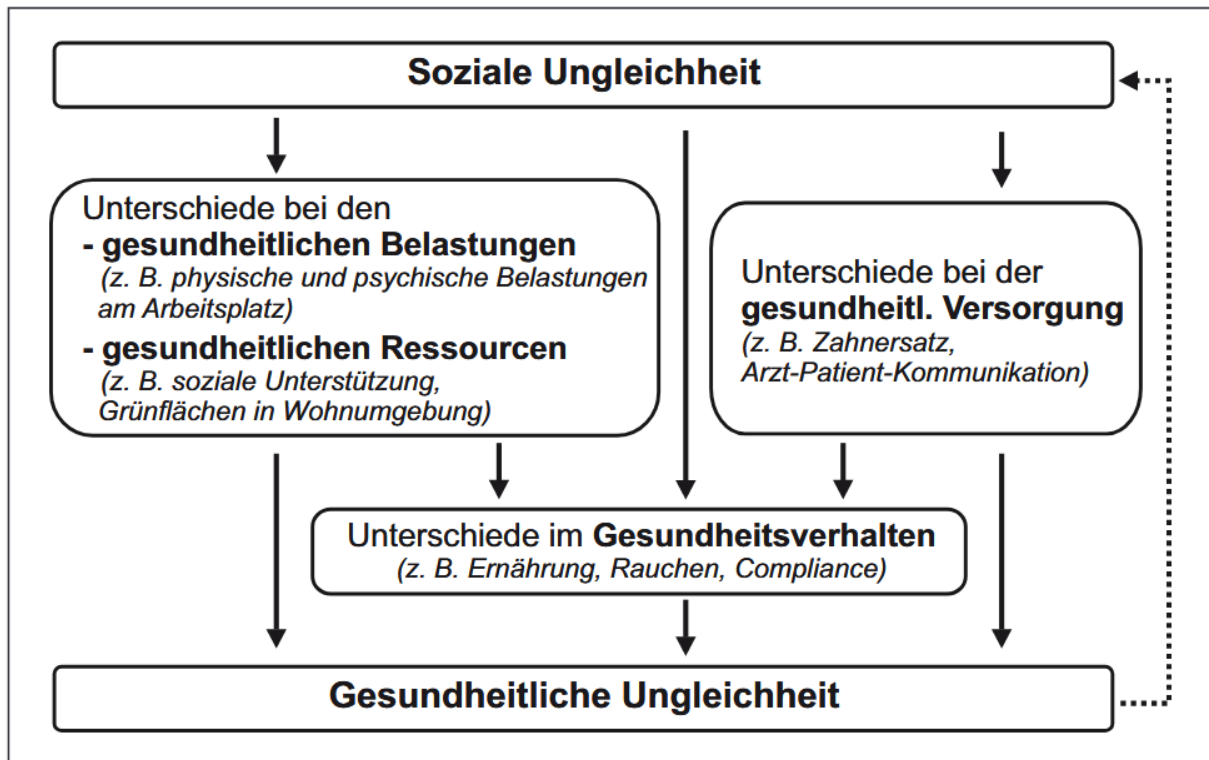


Abbildung 04: Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit (Mielck 2010, S. 83)

Das Modell von Mielck (Abbildung 04) veranschaulicht, dass gesundheitliche Ungleichheit Ausdruck von sozialer Ungleichheit ist. Menschen in unterschiedlichen sozialen Lagen haben ungleichen Zugang zu gesundheitsrelevanten Ressourcen (z. B. sozialer Unterstützung, gesunder Wohnumgebung) und sind unterschiedlich stark von gesundheitlichen Belastungen betroffen (z. B. Stress oder körperliche Anforderungen am Arbeitsplatz). Auch die gesundheitliche Versorgung ist nicht für alle gleich zugänglich oder gleich wirksam. Unterschiede zeigen sich etwa bei medizinischen Leistungen oder in der Kommunikation zwischen Patient:innen und Fachpersonal. Zusätzlich spielt das Gesundheitsverhalten eine Rolle, das durch soziale Bedingungen mitgeprägt ist (z. B. Ernährung oder Suchtverhalten). Diese ungleiche Verteilung von Belastungen, Ressourcen, Versorgung und Verhalten führt dazu, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen ein höheres Risiko für Krankheiten, eine geringere Lebenserwartung oder schlechtere Gesundheitschancen haben als andere, obwohl Gesundheit prinzipiell für alle erreichbar sein sollte. Gesundheitliche Ungleichheit ist damit nicht zufällig, sondern eine strukturell bedingte,

gesellschaftlich erklärbare Realität. In diesem Modell wird ersichtlich, dass auch die Krankheit arm machen kann. Diese Richtung des Modells ist jedoch weniger ausschlaggebend für die Erklärung von Gesundheitlicher Ungleichheit (Mielck, 2010, S.82).

Gesundheitliche Ungleichheit ist ein komplexes Phänomen, das durch eine Vielzahl von Einflussfaktoren bedingt ist. Wie Weber, basierend auf die Publikation von Mielck und Rathmann & Richter von, darlegt, lassen sich dabei zwei grundlegende Kategorien von Ungleichheitsmerkmalen unterscheiden: vertikale und horizontale Merkmale.

- **Vertikale Ungleichheitsmerkmale** beziehen sich auf den sozioökonomischen Status, welcher sich aus Faktoren wie Bildungsniveau, Einkommen, Vermögen und beruflicher Stellung zusammensetzt. Diese Merkmale lassen sich in eine hierarchische Struktur bringen, da sie gesellschaftlich bewertet und mit unterschiedlichen Chancen und Ressourcen verknüpft sind.
- **Horizontale Ungleichheitsmerkmale** hingegen umfassen Aspekte wie Geschlecht, Alter, Nationalität, Migrationsgeschichte, Aufenthaltsstatus, Behinderung, sexuelle Orientierung, Geschlechtsidentität, Religionszugehörigkeit, Familienstand, Haushaltskonstellation sowie die regionale Wohnlage. Diese Merkmale sind nicht hierarchisch strukturiert, beeinflussen jedoch in erheblichem Masse den Zugang zu gesundheitlichen Ressourcen und damit die gesundheitliche Chancengleichheit (Mielck, 2005 und Rahtmann & Richter, 2016, zit. in Weber, 2020, S. 20).

Vertikale und horizontale Einflussfaktoren machen deutlich, dass gesundheitliche Chancen in der Bevölkerung ungleich verteilt sind. Diese Ungleichheit ist eng verknüpft mit dem sozioökonomischen Status, der individuellen Lebenslage sowie der gesellschaftlichen Zugehörigkeit.

Im Sinne eines intersektionalen Verständnisses steigt das Risiko gesundheitlicher Benachteiligung insbesondere dann, wenn mehrere Risikofaktoren gleichzeitig auftreten und sich gegenseitig verstärken. Die Vulnerabilität von Personen nimmt in solchen Situationen deutlich zu, was auf eine kumulative Belastung durch strukturelle und individuelle Faktoren hinweist (Weber, 2020, S. 42).

Im englischsprachigen Raum wird im Kontext gesundheitlicher Ungleichheit zwischen den Begriffen *health inequalities* (gesundheitliche Ungleichheit) und *health inequities* (gesundheitliche Ungerechtigkeit) unterschieden. Diese Differenzierung hat sich im deutschsprachigen Raum nie durchgesetzt, bietet aber dennoch eine wichtige analytische Grundlage zur Bewertung gesundheitlicher Unterschiede. Der Begriff *health inequalities* beschreibt wertneutral Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen Bevölkerungsgruppen. Diese Unterschiede werden als fair und unvermeidbar verstanden und umfassen beispielsweise genetische oder angeborene Merkmale, freiwillig gewählte gesundheitsbezogene Verhaltensweisen sowie individuelle Unterschiede in der Nutzung von Angeboten zur Prävention und Gesundheitsförderung. Im Gegensatz dazu verweist der Begriff *health inequities* auf unfaire und vermeidbare Unterschiede in Gesundheit. Er trägt eine normative Dimension in sich und macht strukturelle Benachteiligungen sichtbar. Dazu zählen unter anderem unfrei gewählte gesundheitsrelevante Verhaltensweisen wie zum Beispiel durch soziale Prägung oder mangelnde Alternativen, Belastungen durch gesundheitsgefährdende Arbeits- und Wohnverhältnisse, ungleicher Zugang zu medizinischer Versorgung sowie Einschränkungen in der sozialen Mobilität infolge gesundheitlicher Probleme (Mielck, 2010, S. 85–86).

2.3 Entstehung gesundheitlicher Ungleichheit

Die Gesundheit von Menschen wird, wie oben bereits erwähnt, nicht ausschliesslich durch individuelle Faktoren wie Genetik oder Lebensstil bestimmt, sondern in erheblichem Mass durch soziale, wirtschaftliche und politische Rahmenbedingungen. Verschiedene Modelle versuchen, diese komplexen Zusammenhänge sichtbar zu machen. Im Folgenden werden zwei Modelle vorgestellt und miteinander verglichen: das Modell der sozialen Determinanten von Gesundheit nach Dahlgren & Whitehead (1991) sowie das Modell zur Entstehung gesundheitlicher Ungerechtigkeit nach Weber (2020).



Abbildung 05: Modell der sozialen Determinanten der Gesundheit (leicht modifizierte Darstellung, Dahlgren & Whitehead, 1991, <https://upstream-newsletter.de/glossar/dahlgren-whitehead-modellreim>)

Das Modell der sozialen Determinanten von Gesundheit (Abbildung 05) stellt dar, dass Gesundheit nicht allein durch individuelle Merkmale wie Lebensstil oder genetische Voraussetzungen bestimmt wird, sondern wesentlich durch das soziale und gesellschaftliche Umfeld eines Menschen. Es geht damit über ein rein medizinisch-biologisches Verständnis hinaus und betont die Bedeutung struktureller, sozialer und ökologischer Einflüsse.

Die Abbildung ist schalenförmig aufgebaut und gliedert sich in mehrere konzentrische Ebenen:

- **Genetische Faktoren:** Im innersten Kern stehen Merkmale wie Genom, Geschlecht und Alter, die als biologisch gegeben gelten.
- **Individuelle Lebensweise:** Die nächste Schale umfasst persönliche Verhaltensweisen, etwa Ernährung, Bewegung oder Tabakkonsum, die in direktem Zusammenhang mit der Gesundheit stehen.
- **Soziale Netzwerke** und Gemeinschaftseinflüsse: Hier werden soziale Unterstützungssysteme und soziale Beziehungen abgebildet, die sich stabilisierend oder belastend auf die Gesundheit auswirken können.
- **Lebens- und Arbeitsbedingungen:** Diese Ebene umfasst strukturelle Faktoren wie Wohnsituation, Bildung, Arbeitsplatzsicherheit, Arbeitsumfeld und Zugang zum Gesundheitssystem.

- **Sozioökonomische, kulturelle und umweltbezogene Rahmenbedingungen:** Die äusserste Schicht bildet den gesellschaftlichen Kontext ab, also Politik, Wirtschaft, Kultur, Umweltbedingungen und soziale Normen, die alle Einfluss auf die Lebensverhältnisse und Gesundheitschancen nehmen (Dahlgren & Whithead, 1991, S. 11-13/ eigene Übersetzung).

Auf Grundlage dieses Modells lässt sich laut Staiger (2024) nachvollziehen, wie materielle, psychosoziale, umweltbezogene, kulturelle und verhaltensbezogene Determinanten zur gesundheitlichen Ungleichheit beitragen. Die materielle Determinante bezieht sich in erster Linie auf die ungleiche Verteilung von Einkommens- und Vermögensressourcen. Begrenzte finanzielle Mittel können den Zugang zu Konsum- und Teilhabemöglichkeiten erheblich einschränken. Dies kann dazu führen, dass Menschen bei gesundheitsrelevanten Ausgaben, etwa für Nahrungsmittel, Hygieneartikel oder medizinische Versorgung, Einsparungen vornehmen müssen. Auch die Teilnahme am sozialen und kulturellen Leben kann durch finanzielle Engpässe erschwert werden, beispielsweise durch den Ausschluss von Vereinsmitgliedschaften oder der Teilnahme an kostenpflichtigen Freizeit- und Kulturveranstaltungen. Psychosoziale Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit werden in der Fachliteratur häufig in engem Zusammenhang mit der Arbeitswelt betrachtet, da sowohl der berufliche Status als auch das Einkommen wesentlich durch die Art der Beschäftigung geprägt sind. Psychosoziale Belastungen, etwa durch Unsicherheit, geringe Anerkennung oder hohen Leistungsdruck, treten besonders häufig bei gering qualifizierten Arbeitskräften auf. Prekäre Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen können dabei eine erhebliche gesundheitliche Relevanz entfalten und das Risiko für psychische sowie physische Erkrankungen deutlich erhöhen. Die wohn- und umweltbezogene Determinante stehen in engem Zusammenhang mit den materiellen Lebensvoraussetzungen. Die Qualität der Wohnumgebung wird unter anderem durch Faktoren wie Lärmbelastung, Luftqualität sowie den Zugang zu Grünflächen und Erholungsmöglichkeiten bestimmt. Solche Umweltbedingungen haben einen unmittelbaren Einfluss auf die körperliche und psychische Gesundheit. Menschen mit geringem Einkommen sind häufiger in belasteten Wohngebieten anzutreffen und damit einem höheren gesundheitlichen Risiko ausgesetzt. Die kulturell- verhaltensbezogene Determinante umfassen das Wissen darüber, wie Gesundheit entsteht, sowie die Wahrnehmung von Gesundheitsrisiken und deren Veränderbarkeit. Auch Wertvorstellungen, etwa Solidarität im Gesundheitswesen, sowie Einstellungen zum Gesundheitsverhalten

spielen eine zentrale Rolle. Hinzu kommen das individuelle Verhaltensrepertoire und die Fähigkeit, aus sozial und ökonomisch angemessenen Handlungsoptionen zu wählen. Diese Aspekte sind eng mit dem kulturellen Kapital einer Person verbunden, das wiederum massgeblich den sozialen Status beeinflusst. Ein geringes kulturelles Kapital kann die Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils erschweren und somit gesundheitliche Ungleichheit verstärken (S. 479-484).

Das Modell macht deutlich, dass soziale Ungleichheiten auf jeder dieser Ebenen wirksam werden und sich gegenseitig verstärken können. Menschen in benachteiligten sozialen Lagen sind häufiger gesundheitlichen Risiken ausgesetzt und haben gleichzeitig weniger Zugang zu gesundheitsfördernden Ressourcen. Damit zeigt das Modell auch auf, dass gesundheitliche Chancengleichheit eng mit sozialer Gerechtigkeit verknüpft ist.

Auch Weber (2020) betont, dass die genannten Einflussfaktoren sowohl direkt als auch indirekt auf die Gesundheit wirken. Dabei sind die Lebensbedingungen vorrangig zu berücksichtigen, noch vor dem individuellen Gesundheitsverhalten. Diese sozialen, ökonomischen und umweltbezogenen Faktoren sind als gesamtgesellschaftliches Problem zu verstehen und dürfen nicht allein der individuellen Verantwortung zugeschrieben werden (S. 8).

Mielck und Wild (2021) kritisieren, dass das Modell von Dahlgren und Whitehead keine klare Unterscheidung zwischen gesundheitlicher Ungleichheit und gesundheitlicher Ungerechtigkeit trifft. Nach ihrer Ansicht bleibt unklar, ob gesundheitliche Unterschiede auf freiwilligen Entscheidungen beruhen oder ob sie durch strukturelle, also unfreiwillige, Bedingungen entstehen. Dadurch wird es schwierig, gezielt zu benennen, welche gesundheitlichen Ungleichheiten als ungerecht einzustufen sind und somit als veränderbar gelten, ein Aspekt, der für gesundheitspolitische Massnahmen jedoch zentral ist (S. 233). Für die Soziale Arbeit bietet dieses Modell dennoch eine wichtige Grundlage, um Lebenslagen ganzheitlich zu analysieren und zielgerichtete Massnahmen in der Gesundheitsförderung und sozialen Unterstützung zu entwickeln.



Abbildung 06: Entstehung gesundheitlicher Ungerechtigkeit (Weber 2020, S. 8)

Das in der Abbildung 06 dargestellte Modell von Weber (2020) beschreibt die Entstehung gesundheitlicher Ungerechtigkeit, die wie zuvor erwähnt, als vermeidbar und unfair eingestuft wird. Im Folgenden wird das Modell näher erläutert.

- **Kontext:** Der gesellschaftliche Kontext umfasst eine Vielzahl struktureller Determinanten, die auf die Lebenslagen von Menschen Einfluss nehmen. Diese Determinanten ergeben sich aus den gesellschaftlichen Funktionsmechanismen und institutionellen Regelwerken. Dazu zählen unter anderem Governancestrukturen, die Wirtschafts- und Arbeitsmarktpolitik, Raumplanung, sowie die Sozial-, Migrations-, Bildungs- und Gesundheitspolitik. Ebenso wirken sich gesellschaftlich etablierte Normen und Werte auf die Rahmenbedingungen des alltäglichen Lebens aus. Diese Faktoren tragen zur Ausprägung der sozialen Lage von Individuen und Gruppen bei und beeinflussen somit deren gesellschaftliche Position.
- **Soziale Lage:** Die soziale Lage ist ein Bestandteil der strukturellen Determinanten und beschreibt die gesellschaftliche Position, die einer Person oder sozialen Gruppe zugewiesen wird bzw. die sie einnimmt. Diese Positionierung basiert auf verschiedenen Faktoren, darunter insbesondere materielle Ressourcen (z. B. Einkommen, Vermögen), Zugang zu politischer Partizipation, gesellschaftliche Anerkennung sowie Erfahrungen von Diskriminierung oder Ausschluss. Die soziale Lage steht in Wechselwirkung mit den zuvor genannten strukturellen Rahmenbedingungen und wird durch horizontale und vertikale Merkmale, die bereits oben beschrieben wurden, weiter differenziert.
- **Belastungen und Ressourcen,** die auf Individuen und soziale Gruppen einwirken, werden massgeblich durch die sozialen Determinanten von Gesundheit beeinflusst. Zu diesen zählen unter anderem biologische Faktoren, materielle Lebensbedingungen (z. B. Wohn- und Arbeitsverhältnisse), psychosoziale Einflüsse (wie soziale Unterstützung oder Belastungserleben), das individuelle Gesundheitsverhalten sowie die Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens. Diese Einflussfaktoren stehen in einer

wechselseitigen Beziehung zueinander. Sie können sich gegenseitig verstärken oder ausgleichen, was zu unterschiedlichen Belastungs- und Ressourcenkonstellationen führt. In ihrer Gesamtheit bestimmen sie die gesundheitlichen Voraussetzungen, unter denen Menschen ihren Alltag gestalten. In der Regel gilt: Ein hohes Mass an Belastungen bei gleichzeitig geringen Ressourcen ist mit einem erhöhten Risiko für gesundheitliche Benachteiligung verbunden. Umgekehrt können ausreichende Ressourcen dazu beitragen, Belastungen zu bewältigen und die gesundheitliche Stabilität zu fördern.

- **Gesundheitliche Ungerechtigkeit:** Am Ende dieser Wirkungskette kann die gesundheitliche Ungerechtigkeit sichtbar gemacht und deren strukturelle Entstehungsbedingungen nachvollziehbar dargestellt werden (S.34-37).

Aus Sicht der Sozialen Arbeit ist es zentral, diese komplexen Wechselwirkungen zwischen strukturellen Bedingungen, sozialer Lage sowie Belastungen und Ressourcen zu erkennen und in die Analyse von Lebenslagen und die Gestaltung sozialer Unterstützungssysteme einzubeziehen. Der Einbezug der Lebenslaufperspektive stellt laut Weber eine zentrale Ergänzung zu den bereits erwähnten strukturellen, psychosozialen und verhaltensbezogenen Einflussfaktoren auf gesundheitliche Ungerechtigkeit dar. Diese Perspektive trägt wesentlich zum Verständnis der Entstehung sowie zur Verstärkung gesundheitlicher Ungerechtigkeiten bei.

Weber (2020) beschreibt dabei drei zentrale Effekte, die im Verlauf des Lebens langfristige Auswirkungen auf die Gesundheit haben können:

- **Latente Effekte:** Sie beziehen sich auf Belastungen in sensiblen Entwicklungsphasen, insbesondere in der frühen Kindheit. Soziale und gesundheitliche Bedingungen rund um die Geburt und in den ersten Lebensjahren können die Gesundheit nachhaltig beeinflussen und spätere gesundheitliche Risiken erhöhen.
- **Richtungs- bzw. wegweisende Effekte:** Diese betreffen früh erworbene Verhaltensweisen, wie z. B. Bewegungs- und Ernährungsmuster, die sich im Kindesalter ausbilden und das Gesundheitsverhalten über den gesamten Lebensverlauf prägen.
- **Kumulative Effekte:** Hierunter fällt die anhaltende Exposition gegenüber belastenden Lebensbedingungen. Je länger eine Person solchen Belastungen ausgesetzt ist, desto höher ist das Risiko negativer gesundheitlicher Auswirkungen (S. 41).

Ebenso erwähnt Weber (2020) die Vulnerabilität, verstanden als Ungleichgewicht zwischen Belastungen und verfügbaren Ressourcen, als einen wesentlichen Einflussfaktor gesundheitlicher Ungerechtigkeit. Vulnerabilität entsteht einerseits durch individuelle Gegebenheiten wie Alter, bestehende Erkrankungen oder psychische Belastungen, andererseits durch strukturelle Faktoren wie soziale Benachteiligung und mangelnde Teilhabe an materiellen, sozialen und kulturellen Ressourcen. Die Vulnerabilität steigt insbesondere durch Mehrfachbelastungen, die aus dem Zusammenspiel individueller und struktureller Faktoren entstehen. Diese Belastungen können sich wechselseitig verstärken und so das Risiko gesundheitlicher Benachteiligung erheblich erhöhen. Menschen, die gleichzeitig unter ungünstigen Lebensbedingungen, gesundheitlichen Einschränkungen und sozialer Ausgrenzung leiden, sind besonders gefährdet, in einen Kreislauf aus Belastung, eingeschränkten Ressourcen und weiter zunehmender Vulnerabilität zu geraten (S. 22–24).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass beide Modelle übereinstimmend davon ausgehen, dass soziale Determinanten massgeblich zur gesundheitlichen Lage von Individuen und sozialen Gruppen beitragen. Sie betonen die Bedeutung struktureller Einflüsse wie Politik, Bildung, Arbeitsmarkt, Wohnverhältnisse und gesellschaftliche Normen. Beide Modelle bieten wichtige Perspektiven auf die sozialen Bedingungen von Gesundheit. Das Modell von Dahlgren und Whitehead ist ein schalenförmiges Überblicksmodell, das komplexe Einflussfaktoren strukturiert. Es gliedert diese in konzentrischen Kreisen, von genetischen Grundlagen über individuelle Lebensweise, soziale Netzwerke und Lebensbedingungen bis hin zu umfassenden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Es dient vor allem der systematischen Darstellung dieser Einflüsse und wird häufig zur allgemeinen Orientierung in der Gesundheitsförderung eingesetzt. Weber hingegen bietet ein tiefgehendes, als Wirkungskette aufgebautes Analysemodell, das den Zusammenhang zwischen sozialer Lage und gesundheitlicher Ungerechtigkeit systematisch aufzeigt. Im Gegensatz zu Dahlgren und Whitehead analysiert Weber explizit, wie gesundheitliche Ungleichheit strukturell verursacht wird und welche Rolle Diskriminierung, Teilhabechancen und materielle Ressourcen dabei spielen.

Für die Soziale Arbeit sind beide Modelle relevant, je nach Zielsetzung: das eine zur Einordnung von Lebenslagen, das andere zur Analyse von struktureller Benachteiligung und zur Entwicklung gerechter Unterstützungsstrategien

2.4 Folgen Gesundheitlicher Ungleichheit

Wie Weber (2020) aufzeigt, sind die Folgen sozialer Ungleichheit für die Gesundheit vielfältig und empirisch belegbar. Unterschiede in den Bereichen Morbidität und Mortalität, Gesundheitsverhalten, Gesundheitskompetenz sowie Zugang, Nutzung und Qualität der gesundheitlichen Versorgung sind hierfür Indikatoren. Besonders betroffen sind dabei Massnahmen der Gesundheitsförderung, Prävention und medizinischen Versorgung. Diese Unterschiede verdeutlichen, dass soziale Ungleichheit weit über ökonomische Aspekte hinausreicht und erhebliche gesundheitliche Konsequenzen für Individuen und soziale Gruppen mit sich bringt (S. 38).

	Einkommensgruppen ^a				
	1 (,arm‘)	2	3	4	5 (,reich‘)
Lebenserwartung insgesamt					
• Frauen	76,9	81,9	82,0	84,4	85,3
• Männer	70,1	73,4	75,2	77,2	80,9
„gesunde Lebenserwartung“					
• Frauen	60,8	66,2	67,1	69,1	71,0
• Männer	56,8	61,2	64,5	66,8	71,1

Tabelle 01: Lebenserwartung in Deutschland 2007 (Milck & Wild, 2021, S. 77)

Die in Abbildung 07 dargestellten Daten zur Lebenserwartung in Deutschland verdeutlichen einen klaren Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheitsindikatoren: Mit steigendem Einkommen nimmt die Lebenserwartung zu, während die Mortalitätsrate sinkt. Besonders auffällig ist der Unterschied zwischen den niedrigsten und höchsten Einkommensgruppen. Bei Frauen beträgt die Differenz in der Lebenserwartung 8.4 Jahre, bei Männern sogar 10.8 Jahre (Mielck & Wild, 2021, S. 76). Laut Weber (2020) führen soziale Ungleichheiten im EU-Raum jährlich zu rund 700.000 Todesfällen und 33 Millionen Krankheitsfällen (S. 13).

Spiess und Schnyder-Walser (2018) zeigen auf, dass auch die Lebenserwartung in der Schweiz stark vom Wohnort und damit von der dort vorherrschenden sozialen Schicht abhängt. In sozial benachteiligten Wohngebieten in derselben Stadt ist die durchschnittliche Lebenserwartung von Männern um bis zu fünf Jahre geringer als in privilegierten Gegenden (S. 9).

Ebenso zeigen sie auf, dass Menschen mit hohem Bildungs- und Einkommensniveau sich tendenziell als gesünder einschätzen als Personen mit niedrigem Bildungs- und Einkommensstand. Diese subjektive Gesundheitseinschätzung wirkt sich unmittelbar auf die Lebensgestaltung sowie auf das Gesundheitsverhalten aus. Ein risikoreiches Gesundheitsverhalten steht häufig in Zusammenhang mit einem schlechten subjektiven Gesundheitszustand und einer geringeren Lebensqualität. (Spiess & Schnyder-Walser, 2018, S. 11). Zwar zeigen Personen mit höherem Bildungs- und Einkommensniveau häufiger einen riskanten Alkoholkonsum, dennoch ist das Risiko, an alkoholbedingten Folgen zu sterben, bei Menschen mit niedrigem Einkommens- und Bildungsstand 1,5- bis 2-mal höher (Spiess & Schnyder-Walser, 2018, S. 13-22).

Ein niedriger sozioökonomischer Status stellt zudem einen Risikofaktor für Übergewicht und körperliche Inaktivität dar. Beide Aspekte wirken sich direkt auf das Entstehen von Folgeerkrankungen wie Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes oder orthopädischen Beschwerden aus und verschärfen somit gesundheitliche Ungleichheiten weiter (Spiess & Schnyder-Walser, 2018, S. 30-35). Ebenso ist das Risiko einer (mittel-) schweren Depression zu erkranken bei tieferem Bildungs- und Einkommensniveau doppelt so hoch wie bei Personen mit einem Tertiärabschluss (Spiess & Schnyder-Walser, 2018, S. 46-48).

Laut Weber (2020) wird angenommen, dass Menschen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status über weniger Bewältigungsstrategien im Umgang mit Belastungen verfügen. Dadurch steigt selbst bei gleicher Belastung die Gefahr gesundheitlicher Folgen (S. 38).

Klein und von dem Knesebeck (2022) belegen ebenfalls, dass Menschen aus niedrigeren Statusgruppen seltener Vorsorgeuntersuchungen, Krebsfrüherkennungen, zahnärztliche Versorgung, verhaltenspräventive Massnahmen sowie komplementär- und alternativmedizinische Angebote in Anspruch nehmen. Anhand von Studiendaten zeigen sie zudem, dass gesetzlich Versicherte in Deutschland, die ausschliesslich die Regelleistungen der Krankenkassen nutzen konnten, längere Wartezeiten vom ersten Verdachtsmoment bis zur gesicherten Diagnose und dem Therapiebeginn aufwiesen. Darüber hinaus weisen die Autoren nach, dass soziale Ungleichheiten auch in der Interaktion zwischen Ärzt:innen und Patient:innen bestehen (S. 217–223).

Gesundheitliche Ungleichheit hat in der Schweiz weitreichende Folgen, nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für die Gesellschaft als Ganzes. Wie Weber (2020) darlegt, entstehen

jährlich rund 16 Milliarden Franken an Gesundheitskosten, die direkt mit sozialer Ungleichheit zusammenhängen. Der volkswirtschaftliche Gesamtschaden wird sogar auf über 60 Milliarden Franken geschätzt (S. 7). Diese Zahlen stammen aus dem Jahr 2016, seither ist kaum mit einer Verbesserung zu rechnen. Sie machen deutlich, wie stark soziale Lebenslagen die gesundheitlichen Chancen beeinflussen und wie dringend es ist, gesundheitliche Ungleichheit als sozialarbeiterische und sozialpolitische Aufgabe ernst zu nehmen. Dies verdeutlicht, dass nicht nur das Verhalten, sondern vor allem die sozialen Rahmenbedingungen für gesundheitliche Folgen entscheidend sind.

3 Lebensphase Alter

«Den typischen älteren Menschen gibt es nicht.»

Dr. Margaret Chan, Generaldirektorin Weltgesundheitsorganisation, 2016.

Der stereotype Blick auf das Alter, der häufig mit negativen Annahmen verbunden ist, entspricht nicht mehr der heutigen Realität. Die Lebenserwartung ist gestiegen, immer mehr Menschen erreichen ein hohes Alter. Damit verlieren die herkömmlichen Lebensabschnitte frühe Kindheit, Schul- und Ausbildungszeit, Erwerbsleben und Ruhestand an Aussagekraft, da sie das Alter pauschal als letzte Lebensphase darstellen, was zunehmend infrage gestellt wird. Heute ist die ältere Bevölkerungsgruppe sehr heterogen, was sich in grossen Unterschieden der geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit zeigt (WHO, 2016, S. 5-6). Backes und Clemens (2013) beschreiben Altersbilder als „bildhafte Vorstellungen“, die kulturell und zeitlich geprägt sind und gesellschaftliche Erwartungen an ältere Menschen transportieren. Ähnlich wie in anderen gesellschaftlichen Bereichen entstehen Stereotype, wenn alten Menschen pauschal Eigenschaften und Verhaltensweisen zugeschrieben werden, ohne auf individuelle Unterschiede einzugehen (S. 59).

Dieses Kapitel setzt sich daher differenziert mit dem Alter auseinander, um ein umfassendes Verständnis zum Alter zu erhalten. Um der Frage nach Chancen(un)gleichheit nachzugehen, ist es unerlässlich, sich der Unterschiede zwischen der sozioökonomischen Situation und der individuellen Voraussetzungen bewusst zu sein. Diese Faktoren beeinflussen den Alterungsprozess, beziehungsweise die Ressourcen und Möglichkeiten im Alter und somit auch, wie

Angebote oder Hilfeleistungen bei der Zielgruppe an- und aufgenommen werden (Thurnheer, 2023, S. 271).

3.1 Entwicklungsaufgaben- und Lebensphasenmodelle

Eine Erklärungsperspektive für die Betrachtung des Alterns liefert das Konzept der Entwicklungsaufgabenmodelle. Aus entwicklungspsychologischer Sicht durchläuft der Mensch von der Geburt bis zum Tod verschiedene Lebensabschnitte, die jeweils mit spezifischen Entwicklungsaufgaben verbunden sind. Zur Verdeutlichung verwenden Boeger und Lüdmann (2022) die zwei bekanntesten Grundmodelle von Erikson und Havighurst, welche beide den Lebenslauf in verschiedene Phasen einteilen. Das Erwachsenenalter teilen sie auf in das frühe (18-30 Jahre), das mittlere (30 - 60 Jahre) und das hohe (ab 60 Jahre) Alter. Für diese Arbeit ist besonders das hohe Erwachsenenalter von Bedeutung. Erikson stellt in jeder Lebensphase die Entwicklung der Identität in das Zentrum. Im hohen Erwachsenenalter geht es in der Identitätsbildung um die *Ich-Integrität gegen Verzweiflung*, das heisst «ich bin, was ich mir angeeignet habe» (Erikson, 2011, zit. in Boeger & Lüdmann, 2022, S. 19).

Havighurst spricht hingegen von spezifische Entwicklungsaufgaben oder Herausforderungen, welche in jeder Lebensphase zu meistern sind. Deren erfolgreiche Bewältigung gilt als Voraussetzung für das Erreichen von Lebenszufriedenheit, während Scheitern dazu führen kann, dass nachfolgende Entwicklungsaufgaben nur noch erschwert gelöst werden können. Hierzu gehören für das hohe Erwachsenenalter typischerweise Aufgaben wie die Anpassung an nachlassende Kräfte und Gesundheit, den Ruhestand und ein geringeres Einkommen, den Verlust des Partners und enger Freunde, den Kontakt zur eigenen Altersgruppe, flexible soziale Rollenübernahme und das Schaffen befriedigender Lebensumstände (Havighurst, 1976, zit. Thiele, 2022, S. 174-175).

Aus heutiger Sicht kann das hohe Erwachsenenalter nicht mehr so klar definiert werden. Zum einen ist der Eintritt in den Ruhestand nicht mehr gleich wie vor ein paar Jahrzehnten, als dies noch einen klaren Schritt ins Alter bedeutete. Einerseits treten Menschen vermehrt in einen Vorruhestand ein oder der Übergang in die Rente erfolgt zunehmend fließend. Zudem ist ein Anstieg der Arbeitslosigkeit älterer Arbeitnehmender zu verzeichnen, was unter anderem auf Kündigungen zurückzuführen ist. Andererseits fühlen sich die Menschen beim Eintritt in den Ruhestand immer seltener als «alt». Daher wird vielmehr von Lebensphasen im Alter

gesprochen, die durch Teilphasen oder Teilgruppen differenziert werden, wie z. B. dem dritten und vierten Lebensalter (Backes & Clemens, 2013, S. 23). Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass Menschen, die mit 65 Jahren in den Ruhestand treten, oft noch über eine weitgehende Autonomie in ihrer Lebensgestaltung verfügen und dies meist ohne grössere Einschränkungen, da sie noch körperlich und geistig aktiv sind.

Neben den klassischen entwicklungspsychologischen Modellen haben sowohl die WHO als auch das BAG differenzierte Perspektiven auf das Alter entwickelt, die stärker auf Ressourcen, soziale Teilhabe und Ungleichheiten fokussieren. Die WHO rückt mit ihrem Konzept des *Gesunden Alterns* die Erhaltung funktionaler Fähigkeiten und die Förderung von Autonomie in den Mittelpunkt, wodurch Altern nicht primär defizitorientiert verstanden wird (WHO, 2016, S.13-14). Auch das BAG übernimmt in seinem Bericht zur Chancengleichheit das Lebensphasenmodell von Caritas Schweiz, dass das Alter explizit in ein drittes und viertes Lebensalter unterteilt und dabei Übergänge hervorhebt, die mit einem erhöhten Risiko für physische und psychische Erkrankungen verbunden sind (Spiess & Schnyder-Walser, 2018, S. 8). So kann beispielsweise der Verlust der Arbeitsstelle psychische Belastungen auslösen und damit nicht nur das Risiko für Armut erhöhen, sondern sich auch langfristig auf den gesamten Lebenslauf und die Gesundheit auswirken. Dies verdeutlicht, dass der sozioökonomische Status einen entscheidenden Einfluss auf die gesundheitliche (Un-) Gleichheit hat und Alterungsprozesse individuell sehr unterschiedlich verlaufen, abhängig von sozialen und ökonomischen Rahmenbedingungen.

Damit wird deutlich, dass Altern nicht nur ein biologischer Prozess ist, sondern auch von sozialen und ökonomischen Faktoren geprägt wird. Thurnheer (2023) beschreibt weiter, dass im dritten und vierten Lebensalter vor allem die sogenannte Fragilisierung in verschiedenen Lebensbereichen in den Vordergrund tritt. Der Übergang in das vierte Lebensalter verläuft dabei fließend: Mit zunehmendem Alter nehmen kognitive und körperliche Fähigkeiten schrittweise ab, wodurch der Unterstützungs- und Pflegebedarf wächst, und die Selbständigkeit sinkt. Gleichzeitig beeinflussen individuelle Faktoren wie das Bildungsniveau, Einkommen, der Migrationshintergrund oder das Geschlecht diesen Prozess zusätzlich und tragen dazu bei, dass die Lebenslagen älterer Menschen sehr unterschiedlich ausfallen (S. 272-273).

Zusammenfassend kann über die Lebensphasen Modelle gesagt werden, dass für einen gelingenden oder nicht-gelingenden Ablauf einerseits davon ausgegangen wird, dass der Mensch

eigenständig dazu beiträgt und aktiv Veränderungen vornehmen kann. Andererseits haben die Umwelt, das heisst äussere Faktoren, einen wichtigen Einfluss auf das Verhalten und können auch auf genetische Prozesse einwirken, was als Epigenetik bezeichnet wird. Dadurch entsteht eine Wechselwirkung von Anlage, Umwelt und Genetik. Wie stark diese Faktoren auf den Einzelnen wirken, ist höchst individuell. Sie machen den Menschen zugleich zu einem aktiven, handelnden Subjekt und zu einem durch Umweltbedingungen geprägten Produkt. (Boeger & Lüdmann, S. 12-14).

Dieses Zusammenspiel von biologischen, psychischen und sozialen Einflussfaktoren unterstreicht die Relevanz des bereits im Kapitel 2.1 beschriebenen bio-psycho-sozialen Modells, das auch der Profession Sozialer Arbeit zugrunde liegt. Es verdeutlicht, dass Menschen sowohl aktiv gestaltende Subjekte als auch Empfänger von Umwelteinflüssen sind, was für die Entwicklung präventiver und unterstützender Angebote zentral ist. Die Soziale Arbeit ist hier besonders gefordert, indem sie präventiv Ressourcen stärkt, Teilhabe ermöglicht und passende Unterstützungsangebote entwickelt, um die Lebensqualität und Autonomie so lange wie möglich zu erhalten.

3.2 Definition von Alter

Nachdem die Lebensphasenmodelle sowie die unterschiedlichen Altersabschnitte dargestellt wurden, ist es für ein umfassendes Verständnis wichtig, auch den Altersbegriff differenziert zu betrachten. Alter lässt sich nicht allein durch die Anzahl gelebter Jahre erfassen, sondern umfasst verschiedene Dimensionen, die biologische, psychologische und soziale Aspekte einschliessen. Ein weiterer wichtiger Faktor ist der geschlechterspezifische Prozess, welcher sich im Wandel der Gesellschaft besonders in den letzten Jahren verändert hat. In dieser Arbeit wird jedoch nicht spezifisch darauf eingegangen, da es einen vertieften analytischen Blick auf diese Frage benötigen würde. Es wird deshalb in diesem Punkt nur allgemein auf Menschen im Alter eingegangen.

Das kalendarische Alter bezeichnet lediglich die Anzahl der Lebensjahre und dient primär der statistischen Kategorisierung. Nach Bleck und van Riessen (2022) werden dabei die Menschen zwischen 55 und 60 Jahren als „junge Alte“, zwischen 61 und 75 Jahren als „Ältere“, zwischen 76 und 85 Jahren als „Alte“ und ab 86 Jahren als „Hochbetagte“ bezeichnet. Zusätzlich wird

zwischen dem „jungen aktiven Alter“ (drittes Alter) und dem „abhängigen Alter“ (viertes Alter) unterschieden (S. 9).

Neben dem kalendarischen Alter wird in der wissenschaftlichen Literatur daher zunehmend vom funktionalen Alter gesprochen. Dieses beschreibt, wie leistungsfähig und selbstständig Menschen unabhängig von ihrem chronologischen Lebensalter sind. Es wird wesentlich durch bio-psycho-soziale Fähigkeiten bestimmt und ist damit ausschlaggebend für die Einteilung von Altersstadien. Dadurch rückt der Blick verstärkt auf körperliche, psychische, soziale und gesellschaftliche Ressourcen, was ein differenzierteres Verständnis der individuellen Lebenssituation älterer Menschen ermöglicht (Backes und Clemens 2013, S. 23).

Das biologische Alter bezieht sich auf die fortschreitenden, meist irreversiblen Veränderungen in den Organen, Zellen und Molekülen, die auch die Anpassungs- und Funktionsfähigkeit des Körpers zunehmend einschränken (Kruse & Wahl, 2010, S. 112-113). Heute wird Altern in der Biologie als Ergebnis eines Zusammenspiels stochastischer (zufälliger) und deterministischer (genetisch festgelegter) Prozesse verstanden. Stochastische Prozesse entstehen im Lebensverlauf durch äussere Einwirkungen wie Arbeitsbedingungen, Ernährung oder Schadstoffe, während deterministische Prozesse durch genetisch programmierte Abläufe, die sogenannte „biologische Uhr“, bestimmt wird. Beispielsweise führt das Absterben oder die Schädigung von Zellen zum Altern des Organismus und begünstigt Alterskrankheiten wie Alzheimer oder Osteoporose (Backes & Clemens, 2014, S. 97-99). Zum biologischen Prozess gehört auch eine zunehmende Vulnerabilität, die sich in einer gesteigerten Verletzlichkeit des Körpers durch den fortschreitenden Abbau physischer Funktionen zeigt (Kruse & Wahl, 2010, S. 99).

Das psychische Alter bezieht sich hingegen auf die geistige Leistungsfähigkeit, das Erleben und Verhalten im Alter. Es rückt das Individuum und seine Wechselwirkung mit anderen in den Vordergrund (Kruse & Wahl, 2010, S. 115). Boeger und Lüdmann (2022) betonen, dass entwicklungspsychologisches Wissen unerlässlich ist, um professionell mit Menschen unterschiedlicher Altersgruppen zu arbeiten (S.3). Die Entwicklungspsychologie betrachtet Altern als einen lebenslangen Veränderungsprozess, der durch vielfältige Einflüsse gesteuert wird. In jeder Lebensphase sind spezifische Entwicklungsaufgaben zu bewältigen, deren erfolgreiche oder misslingende Lösung stark von individuellen Risiko- und Schutzfaktoren abhängt (Boeger & Lüdmann, 2022, S.3-4). Entwicklungsaufgaben sind normative Herausforderungen, die eng mit gesellschaftlichen und kulturell unterschiedlich bedingten Erwartungen verbunden sind.

Nicht bewältigte Aufgaben können sich demnach negativ auf spätere Lebensphasen auswirken (Boeger und Lüdmann, 2022, S. 19).

Nebst den entwicklungspsychologischen Prozessen beschreiben Kruse und Wahl (2010) auch ein kognitives Altern, das stark von individuellen Lebensläufen geprägt ist. Zum Beispiel beeinflusst die Bildung, wie Menschen im Alter ihre Ressourcen nutzen und sich weiterentwickeln können. Zudem können frühere Erkrankungen die kognitive Leistungsfähigkeit beeinträchtigen (S. 126-127). Die Fähigkeit, Entwicklungsaufgaben zu bewältigen, hängt somit oft von dem kognitiven Altern ab und ist eng mit einer chancengerechten Gesundheit verbunden.

Schliesslich betrachtet die soziologische Perspektive Alter als einen Prozess, der in gesellschaftliche Strukturen eingebettet ist. Die soziologische Alternsforschung untersucht, wie gesellschaftliche Rahmenbedingungen, die Rolle des Alters in der Gesellschaft und individuelle Alterungsprozesse zusammenhängen (Kruse & Wahl, 2010, S. 241). Ein wichtiger Aspekt ist dabei die soziale Selektivität, die sich etwa in geschlechtsspezifischen Unterschieden der Lebenserwartung oder in einem höheren Sterberisiko von Menschen aus niedrigeren sozialen Schichten zeigt (Backes & Clemens, 2013, S. 110).

Daraus lässt sich schliessen, dass Menschen, die ein aktives Leben geführt haben, körperlich und geistig gesund geblieben und einer sinnstiftenden Tätigkeit nachgegangen sind, tendenziell besser auf den Ruhestand vorbereitet sind. Dies liegt auch daran, dass sie sich häufig schon im Vorfeld mit der Rentenzeit auseinandergesetzt und entsprechende Vorkehrungen getroffen haben. Besonders auffällig ist dabei, dass der körperliche und psychische Gesundheitszustand ein zentrales Unterscheidungsmerkmal innerhalb der Gruppe älterer Menschen darstellt, was bereits durch verschiedene Studien belegt wurde. Geht man nun von der Bedeutung des Gesundheitszustands und seinem Zusammenspiel mit dem sozioökonomischen Status aus, so zeigt sich, dass gesundheitliche Ungleichheit insbesondere dann entsteht, wenn ein guter Gesundheitszustand nicht erreicht wird. Zusammenfassend lässt sich somit das eingangs dieses Kapitels angeführte Zitat bestätigen: Es gibt nicht „den typischen alten Menschen“. Wie in allen Lebensphasen unterscheiden sich auch Personen im höheren Erwachsenenalter in ihren Persönlichkeitsmerkmalen, der Lebensgestaltung und den Belastungen und verfügbaren Ressourcen erheblich und damit auch in ihrem Erleben des Alters.

3.3 Alter(n)stheorien

Für die spätere Ableitung von Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit ist eine Auseinandersetzung mit Alter(n)stheorien wesentlich. Alter(n)stheorien beschäftigen sich mit grundlegenden Annahmen über evaluative und normative Aspekte des aktiven Alterns sowie dessen ethischer Bewertung im Hinblick auf ein gutes Leben. Sie bilden ein interdisziplinäres Forschungsfeld, das davon ausgeht, dass ältere Menschen keine homogene Gruppe darstellen, sondern sich, wie zuvor beschrieben, in ihren individuellen biologischen, psychologischen und sozialen Alterungsprozessen erheblich unterscheiden. Gemeinsam ist ihnen lediglich, dass sie sich in einer Lebensphase befinden, die im Vergleich zu den vorhergehenden Phasen am längsten andauert (Thiele, 2022, S. 171). Die längere Lebensphase ist darauf zurückzuführen, dass, wie bereits erläutert, die Menschen immer älter werden. Im Folgenden werden exemplarisch die meistverbreiteten Alter(n)stheorien vorgestellt, die unterschiedliche Perspektiven auf das Altern beleuchten.

Als zentrale Grundlagentheorien in der soziologischen Literatur gelten die Aktivitätstheorie nach Tartler, die Disengagement-Theorie nach Cumming und Henry sowie die Kontinuitätstheorie nach Atchley. Alle drei befassen sich mit der Wechselwirkung zwischen Altern und Gesellschaft und der Frage, was ein «erfolgreiches Altern» ausmacht. Dabei steht besonders der Eintritt in den Ruhestand und der damit verbundene Verlust der Erwerbsrolle im Fokus (Backes & Clemens, 2013, S. 127).

Die Aktivitätstheorie beschreibt den Rückzug aus sozialen Rollen als Folge sowohl gesellschaftlicher Erwartungen als auch innerer altersbedingter Prozesse. Um der daraus entstehenden Funktionslosigkeit entgegenzuwirken, betont sie die Bedeutung sinnstiftender Aktivitäten und sozialer Kontakte. Personen im höheren Erwachsenenalter weisen nach dieser Theorie ähnliche psychische und soziale Bedürfnisse auf wie im mittleren Lebensalter. Daher sieht die Aktivitätstheorie es als Aufgabe in der Altenarbeit, Rückzugsprozesse durch aktivierende Angebote zu vermeiden. Erfolgreiches Altern bedeutet hier, bisherige Aktivitäten möglichst lange aufrechtzuerhalten oder in neue, sinnvolle Rollen zu überführen (Tartler, 1961, zit. in Thiele, 2022, S. 173). Bühner (2021) kritisiert jedoch, dass dieses Verständnis erfolgreiches Altern zu einer Pflicht mache und altersbedingte Leistungseinbußen dabei zu wenig beachtet werden (S. 231).

Im Gegensatz dazu betrachtet die Disengagement-Theorie den Rückzug im Alter als natürlichen und gesellschaftlich erwarteten Prozess. Besonders der Austritt aus dem Erwerbsleben reduziert soziale Interaktionen, was als Entlastung von Normen verstanden wird. Dies ermöglicht es, sich stärker mit der eigenen Biografie und dem Lebensende auseinanderzusetzen. Die Theorie versteht diese Lebensphase als eigenständige soziale Realität und den Rückzug als Vorbereitung auf den Tod (Cumming und Henry, 1961, zit. in Thiele, 2022, S. 172).

Die Kontinuitätstheorie nach Atchley verbindet beide Ansätze, indem sie betont, dass Kontinuität in inneren Mustern (Identität, Habitus) und äusseren Lebensbezügen (soziale Rollen, Umfeld) wichtig für ein gelungenes Altern ist (Atchley, 1989, zit. in Thiele, 2022, S. 176–177). Sie geht davon aus, dass sowohl Aktivität als auch Rückzug in ähnlicher Weise wie im mittleren Lebensalter fortgesetzt werden. Eine erfolgreiche Anpassung zeigt sich daran, dass Kontinuität gelingt; scheitert dies, kann Instabilität entstehen, die sich negativ auf Gesundheit und Teilhabe auswirkt. Kritisch wird jedoch gesehen, dass diese Theorie individuelle Unterschiede zwar berücksichtigt, aber gesellschaftliche Ungleichheiten ausblendet (Backes & Clemens, 2013, S. 137–138). Für die Soziale Arbeit ist sie dennoch relevant, da sie Hilfestellungen beim Übergang in neue Lebensphasen bieten kann, etwa beim Umzug in betreutes Wohnen oder nach dem Verlust nahestehender Personen (Bührer, 2021, S. 232).

Kritisch zu betrachten ist an diesen drei Theorien, dass die Berücksichtigung der sozialen Bedingungen und persönlichen Erfahrungen fehlt. Ob Aktivität, Disengagement oder Kontinuität möglich und zufriedenstellend ist, hängt stark vom Gesundheitszustand, den Lebensumständen und den noch vorhandenen Ressourcen ab (Backes & Clemens, 2013, S. 128).

Diese Faktoren sind entscheidend dafür, ob Menschen im Alter aktiv bleiben, sich zurückziehen oder ihr Leben ähnlich fortführen können wie während der Erwerbstätigkeit. Aus der Perspektive der Sozialen Arbeit ist es besonders wichtig zu verstehen, ob und wie dieser Prozess für das Individuum überhaupt machbar und zufriedenstellend ist, um darauf aufbauend passende Unterstützung bieten zu können.

In den vergangenen Jahren hat sich im wissenschaftlichen Diskurs die Theorie des erfolgreichen Alterns, die Selektive Optimierung mit Kompensation (SOK) nach Baltes und Baltes (1990), als zentrales Modell der modernen Alternspsychologie etabliert. Diese Theorie rückt die vorhandenen Ressourcen älterer Menschen in den Vordergrund und trägt dazu bei, negativ

behaftete Altersbilder zu entkräften. Im Unterschied zu früheren Ansätzen versteht das SOK-Modell Altern als einen veränderbaren und individuellen Prozess, der zugleich durch soziale Bedingungen beeinflusst wird (Baltes & Baltes, 1990, zit.in Backes & Clemens, 2013, S. 183).

Ein wesentlicher Aspekt dieser Theorie ist, dass die zuvor beschriebenen Konzepte von Aktivität, Rückzug und Kontinuität nicht als Gegensätze, sondern als parallele und miteinander verwobene Prozesse betrachtet werden. Das Leben wird hier als dynamischer Veränderungsprozess verstanden, der auch im höheren Lebensalter kontinuierlich fortschreitet. Bühner (2021) hebt hervor, dass das SOK-Modell im Gegensatz zu anderen Theorien den Leistungs- und Fähigkeitsabbau im Alter nicht verleugnet, sondern anerkennt und gleichzeitig auf vorhandene Ressourcen verweist. Die Theorie beruht auf drei Säulen: Selektion, Optimierung und Kompensation. Selektion bedeutet, dass ältere Menschen Entwicklungsziele auswählen, die realistisch erreichbar sind. Optimierung beschreibt den bewussten Einsatz von Mitteln, um diese Ziele bestmöglich zu verfolgen. Kompensation schliesslich steht dafür, dass Verluste oder Einschränkungen durch alternative Strategien ausgeglichen werden. So unterstützt das Modell die Vorstellung eines erfolgreichen Alterns, das auf individuelle und selbstbestimmte Entwicklungsprozesse setzt (S.232). Backes und Clemens (2013) verorten das Konzept des erfolgreichen Alterns zudem in den Aufgaben der Entwicklungspsychologie. Sie betonen, dass dieser Prozess immer auch im Kontext gesellschaftlicher Veränderungen und der damit verbundenen neuen Rollen gesehen werden muss, wobei individuelle Voraussetzungen, vorhandene oder fehlende, eine zentrale Rolle spielen. Wichtige Indikatoren für ein gelingendes Altern sind unter anderem Lebensdauer, biologische und kognitive Gesundheit, psychosoziale Funktionstüchtigkeit, Lebenszufriedenheit und Selbstwirksamkeit (S. 184). Diese Faktoren finden sich auch in psychologischen Altersdefinitionen und in dem Konzept der WHO für das gesunde Altern wieder und verdeutlichen ihre Bedeutung für ein umfassendes Verständnis des Alterns.

Für die Soziale Arbeit ist dieses Modell besonders relevant. Es liefert Erklärungen dafür, warum Motivation fehlt oder bestimmte Verhaltensweisen auftreten können, und zeigt Wege auf, gezielt Ressourcen zu fördern. Damit lassen sich Selbsthilfe, Selbstbestimmung und gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen stärken (Bühner, 2013, S.232).

3.4 Soziale Auswirkungen der Lebensphase Alter

Aus der Lebenslaufperspektive stellen die Übergänge zwischen Lebensphasen ein kritisches Lebensereignis dar, weil sie bestehende Lebensroutinen, Rollen und Ressourcen in Frage stellen und neue Bewältigungsanforderungen schaffen. Diese werden als kritisch betrachtet, da die Person in dieser Phase auf vorhandene Ressourcen zurückgreifen muss, um einen Übergang positiv zu meistern. Menschen werden dann besonders vulnerabel, wenn es ihnen an notwendigen Mitteln fehlt, um Belastungen eigenständig und selbstwirksam zu bewältigen (Gesundheitsförderung Schweiz, 2025, S. 1-2). Die Gesundheitsförderung Schweiz spricht von mehreren Ebenen von Vulnerabilitäten, welche sich gegenseitig bedingen und somit ein mehrdimensionales Verständnis aufzeigen.

Multidimensionale Vulnerabilität



Abbildung 07: Vulnerabilität unterschiedlicher Lebensphasen (Gesundheitsförderung Schweiz, 2025, Faktenblatt 113, S. 3)

Diese Ebenen werden im Modell der Multidimensionalen Vulnerabilität (Abbildung 07) in einem schalenförmigen Modell von aussen nach innen aufgezeigt:

- **Strukturelle- und Systemebene:** Gesellschaftliche Normen und Kontexte, wie die soziale Teilhabe oder Chancen auf Bildung und Arbeit.
- **Setting:** Die individuellen Lebenswelten, Wohlbefinden und sozialen Interaktionen.
- **soziale und interpersonale Ebene:** Zwischenmenschliche und soziale Faktoren, welche unmittelbar mit der Person in Verbindung stehen (Familie, Freunde, Peers).
- **Kritische Lebensereignisse:** Belastende Ereignisse, wie Tod einer nahe stehenden Person, Trennung oder Krankheit, sowie die Übergänge der verschiedenen Lebensphasen.

- **Individuelle Vulnerabilität:** Aufgrund von persönlichen, körperlichen und psychischen Faktoren und das individuelle gesundheitliche Risikoverhalten (Suchtmittel, digitale Medien oder Bewegungsarmut) (Gesundheitsförderung Schweiz, 2025, S. 3).

Welche Belastungen auf eine Person einwirken, hängt stark von ihrer aktuellen Lebensphase und den darin typischen kritischen Lebensereignissen ab. Ebenso unterschiedlich sind somit die Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten, die einem Individuum zur Verfügung stehen, um mit diesen Herausforderungen umzugehen. Die Übergänge erfordern Anpassungsprozesse in sozialen, psychischen oder finanziellen Bereichen und bergen daher ein erhöhtes Risiko für eine psychische oder körperliche Erkrankung. Der Eintritt in den Ruhestand ist ein klassisches Beispiel für ein solches Ereignis, da damit nicht nur finanzielle Veränderungen einhergehen, sondern oft auch Identität und soziale Netzwerke neu definiert werden müssen. Auch der Verlust des Partners oder der Wechsel von einem eigenständigen Leben zu mehr Pflegebedürftigkeit sind kritische Ereignisse der Lebensphase des Alterns (Gesundheitsförderung Schweiz, 2025, S. 5).

Wenn einem Menschen die Bewältigungsstrategien fehlen, um eine solche Herausforderung zu meistern, entsteht Stress, der sowohl das psychische als auch das körperliche Wohlbefinden erheblich beeinträchtigen kann. Die Wahrnehmung und Verarbeitung von Stress ist dabei höchst subjektiv und wird individuell bewältigt. Nach jeder erfolgreich gemeisterten Belastung wird die angewandte Strategie als positiv abgespeichert und in zukünftigen Stresssituationen erneut genutzt (Boeger & Lüdmann, 2022, S. 255-257). Fehlt aufgrund sozialer oder gesundheitlicher Ungleichheit der Zugang zu positiven Bewältigungsstrategien und unterstützenden Angeboten, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die betroffene Person auf problematische Formen der Stressbewältigung zurückgreift, wie zum Beispiel den Konsum von Suchtmitteln, und dadurch ein Abhängigkeitsverhalten entwickelt (Bachmann & Brand, 2024, S. 22). Auf den Zusammenhang von Sucht und Alter wird im nächsten Kapitel detaillierter eingegangen.

3.4.1 Einsamkeit

Neben diesen Aspekten stellt auch Einsamkeit einen wesentlichen Risikofaktor im höheren Lebensalter dar. Deshalb soll im Folgenden Einsamkeit als eigenständiges Thema betrachtet werden, um ihre Zusammenhänge mit Suchtverhalten und gesundheitlicher Ungleichheit vertieft zu analysieren.

Laut dem Schweizer Altersmonitor, durchgeführt im Jahr 2022 von der Pro Senectute, leidet in der Schweiz jede vierte Person im Alter über 55 Jahren unter Einsamkeit. Es werden Unterschiede aufgezeigt zwischen Frauen, die häufiger einsam sind als Männer und dem Zivilstand, wo Alleinstehende öfters einsam sind als Verheiratete. Besonders für diese Arbeit interessant ist die Tatsache, dass Menschen aus tieferem Bildungsniveau, ausländischer Staatsangehörigkeit und mit finanziellen Schwierigkeiten sich vermehrt einsam fühlen. Einsamkeit wird als Gesundheitsrisiko für die ältere Personengruppe genannt und tritt oft bei grossen Veränderungen im Leben, wie Pensionierung, gesundheitlichen Beschwerden, Tod des Partners oder Partnerin und durch das kleiner werdende soziale Netzwerk, ein. Die Folgen zeigen sich durch kürzere Lebenserwartungen, physisch und psychische Erkrankungen, welche zu weniger Bewegung führen und dadurch den Stresslevel erhöhen können (Pro Senectute, o.J.). Diese Zahlen zeigen deutlich auf, dass Einsamkeit das psychosoziale Wohlbefinden sowie die gesundheitliche Stabilität älterer Menschen erheblich beeinträchtigen kann.

Einsamkeit ist ein Begriff, der in der Alltagssprache oft verwendet wird, jedoch eher stereotypisch und nicht hinterfragend. Um den Begriff in seiner Mehrdimensionalität im wissenschaftlichen Kontext einordnen zu können, ist es für die Soziale Arbeit wichtig, die unterschiedlichen Perspektiven einnehmen zu können. Ernst (2024) beschreibt Einsamkeit in Anlehnung an das Diskrepanz Modell von Perman und Peplau als «ein unangenehmes Gefühl. Es entsteht in Situationen, in denen die soziale Beziehungen einer Person in irgendeiner wichtigen Weise unzureichend sind, entweder quantitativ oder qualitativ» (Perman & Peplau, 1981, zit. in, Ernst, 2024, S. 12). Einsamkeit ist ein emotionaler Zustand, der negativ und stressbelastend auf den Menschen einwirken kann, da eine Diskrepanz zwischen dem gewünschten und der tatsächlich erlebten sozialen Teilhabe besteht. Somit ist es ein subjektiver Zustand, der mit Unwohlsein bis hin zu einem deutlichen Leidensdruck einhergehen kann (Cihlar et al., 2023, S. 55). Das Diskrepanz Modell nennt die prädisponierende Faktoren: die eigenen Biographie, persönliche Eigenschaften und die kulturell-sozialen Eingebundenheit einer Person für die Erfüllung der individuellen Bedürfnisse. Stösst nun ein kritisches oder lebensveränderndes Ereignis dazu und nimmt der Mensch dies subjektiv als Diskrepanz zwischen den gewünschten und den tatsächlichen sozialen Beziehungen wahr, führt dies zu Einsamkeit (Perlman und Peplau, 1981, zit.in Ernst, 2024, S. 13).

Obwohl Menschen ein soziales Wesen sind und der Wunsch nach Zugehörigkeit und soziale Bedürfnisse als ein Grundbedürfnis betrachtet wird, ist es auch hier wichtig, von einer jeweils individuellen Beurteilung und Wahrnehmung auszugehen. Gerade in der Arbeit mit älteren Menschen ist es daher unverzichtbar, dass die Soziale Arbeit die Perspektive des Individuums einnimmt und sensibel unterscheidet. Cihlar et al. (2023) beschreiben, dass Alleinsein, beziehungsweise die soziale Isolation, ein selbstgewählter Zustand sein kann, der von den Betroffenen positiv erlebt wird und sich sogar förderlich auf ihr Wohlbefinden auswirken kann. Einsamkeit hingegen ist ein subjektiver Zustand, der mit Unwohlsein bis hin zu einem deutlichen Leidensdruck einhergehen kann (S. 55-56). Eine wichtige Unterscheidung im Kontext der gesundheitlichen Ungleichheit ist zwischen der sozialen Isolation und Einsamkeit. Einsamkeit ist eine subjektive Wahrnehmung, die aus der individuellen Perspektive kommt, hingegen ist die soziale Isolation eine von aussen wirkende, objektive Situation. Sozial isolierte Menschen können sich einsam fühlen, jedoch sind einsame Menschen nicht per se sozial isoliert. So kann ein Mensch von vielen Menschen umgeben sein, viele soziale Kontakte haben, aber diese erfüllen nicht das gewünschte Bedürfnis, weil zum Beispiel ein erfüllender Austausch fehlt. Für die Soziale Arbeit bedeutet dies, dass Menschen, welche sowohl sozial isoliert sind und dies auch als einsam empfinden, ein erhöhtes Risiko für Vereinsamung haben (Ernst, 2024, S.18).

Gerade in der Übergangsphase in den Ruhestand sind Menschen einem erhöhten Risiko der Vereinsamung ausgesetzt. Neben den bereits genannten Faktoren der individuellen Lebenssituation, sollte auch die Bedeutung der Arbeit in der Gesellschaft angeschaut werden. Nach Mikl-Horke (2007) ist Arbeit in der Gesellschaft auf drei Dimensionen wichtig. Zum einen auf der naturalen Dimension, welche die Existenz sichert und somit auch die Vorsorge. Zweitens, die soziale Dimension, denn Arbeit besteht aus sozialen Wechselwirkungen in der Zusammenarbeit und in Bezug auf andere Personen. Drittens nennt sie die personale Dimension, welche der Arbeit eine grosse Bedeutung für die Person als Möglichkeit für die Entwicklung von Fähigkeiten zugesteht, und zur Sinn- und Identitätsfindung beiträgt (S. 11). Diese drei Dimensionen verändern sich durch das Wegfallen der Arbeitsstelle, und führen somit zu einem Ausschluss aus einem Lebensbereich, der über einen längeren Zeitraum einen grossen Raum im Lebenslauf einer Person eingenommen hat. Um mit dieser möglichen Stresssituation umzugehen, werden bereits bekannte Bewältigungsstrategien angewandt, welche sich sowohl positiv als auch negativ auf die Gesundheit auswirken können.

3.4.2 Altersarmut

Ein weiteres Risiko für ältere Menschen ist die Altersarmut, welche einschneidende Einschränkungen für ein selbstbestimmtes Leben mit sich bringt und Zusammenhänge zwischen dem sozioökonomischen Status und Gesundheit weiter aufzeigt (Bleck & van Riessen, 2022, S. 80). Laut Pro Senectute leben in der Schweiz 200'000 ältere Menschen unterhalb und 100'000 knapp über der Armutsgrenze. Als Grund wird das Zusammenspiel von verschiedenen Ereignissen während dem Lebenslauf genannt. Dies sind einerseits Erwerbslücken, die durch Krankheit, Teilzeitarbeit, Arbeitslosigkeit oder tiefen Einkommen entstanden sind. Darüber hinaus sind es finanzielle Verpflichtungen während der Erwerbszeit, die durch hohe Krankheitskosten, Scheidung, Alleinerziehung von Kindern, Schenkungen oder Unterstützungsbeiträge an nahstehenden Personen entstanden sind. Ein weiterer Faktor ist die Verwendung von Pensionskassengelder für andere Zwecke. Ein fehlendes privates Netzwerk führt dazu, dass viele Leute gezwungen sind, kostenpflichtige externe Hilfe in Anspruch zu nehmen, zum Beispiel um weiterhin selbständig wohnen zu können. Wie bereits beim Thema der Einsamkeit aufgeführt, sind auch hier die grössten Risikofaktoren für Armut eine tiefe Bildung, welche zu einem tieferen Einkommen führt und dadurch schlechtere Voraussetzungen bestehen, um in die berufliche und private Vorsorge zu investieren. Bei migrantisierten Personen oder ausländischen Staatsangehörigen besteht ein erhöhtes Risiko, weil sie unter anderem erst nach dem Zuzug in die Schweiz in die AHV einzahlen können und das zu Beitragslücken führen kann. Frauen sind vielfach aufgrund von alten Geschlechterrollen betroffen, da sie wenig oder keine Einzahlung in die Berufliche Vorsorge machen konnten. Geschiedene, verwitwete und ledige ältere Menschen sind auch erhöht betroffen, da finanzielle Vorteile gegenüber von Partner- und Wohngemeinschaften, wie die geteilten Miet- und Fixkosten, wegfallen. Weitere Auswirkungen auf die Gesundheit können entstehen bei der Ausführung von langjährigen körperlich belastenden Berufen, wie das Bau- oder Gastgewerbe, die vielfach im Niederlohn Segment zu finden sind. Einen gesunden Lebensstil zu führen (Ernährung, sportliche und geistige Aktivitäten, pflege von sozialen Netzwerken) ist teuer und ist demzufolge nur möglich, wenn eine solide finanzielle Grundlage besteht (Pro Senectute, o.J.).

Altersarmut führt zu einem erhöhten Gesundheitsrisiko, sozialer Isolation und Einsamkeit und senkt die allgemeine Lebenszufriedenheit. Bleck und van Riessen (2022) nennen dies eine ökonomische Exklusion, die im Alter erschwert bis nicht mehr veränderbar ist (S. 81).

3.5 Gesundheitliche Ungleichheit und Alter

Wie Lampert und Hoebel (2023) erwähnen, wird der Zusammenhang von gesundheitlicher Ungleichheit und Alter bislang wenig untersucht. Befunde aus Deutschland legen jedoch nahe, dass gesundheitliche Ungleichheiten auch im höheren Lebensalter bei sozioökonomisch benachteiligten Gruppen bestehen bleiben (S. 164).

Im Zusammenhang mit der Lebensphasen des Alterns, schreiben Boeger und Lüdmann (2022), dass das ganze Leben als eine Vorbereitung auf das Alter gesehen werden kann (S. 45). Gerade im höheren Alter kann ein verstärkter Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status, Gesundheit und Teilhabechancen festgestellt werden (Bleck & van Riessen, 2022, S. 83). Können diese Faktoren positiv erfüllt und gelebt werden, besteht ein kleineres Risiko für Einsamkeit im Alter.

Wie Kümpers und Alisch (2024) betonen, ist Gesundheit eine zentrale Voraussetzung für soziale Teilhabe, während umgekehrt soziale Teilhabe die Gesundheit positiv beeinflusst (S. 613). Dieser wechselseitige Zusammenhang zeigt sich im Alter besonders deutlich, da die Lebensphase durch spezifische Risiken für Ausgrenzung und gesundheitliche Benachteiligung geprägt ist. Die ökonomische Ausgrenzung zeigt sich im Alter häufig durch finanzielle Einschränkungen, etwa infolge niedriger Renten oder Altersarmut, die Teilhabechancen und gesundheitsförderliche Lebensweisen begrenzen. Institutionelle Ausgrenzung kann entstehen, wenn ältere Menschen erschwerten Zugang zu öffentlichen Einrichtungen, Gesundheits- oder Pflegeleistungen haben, sei es durch strukturelle Barrieren oder fehlende Anpassung an ihre Bedürfnisse. Unter kultureller Ausgrenzung sind stereotype Altersbilder zu verstehen, die ältere Menschen auf Defizite reduzieren und ihre gesellschaftliche Anerkennung mindern. Soziale Ausgrenzung im engeren Sinn betrifft mangelnde soziale Integration, etwa durch den Verlust von Partner:innen, Freundschaften oder den Rückzug aus dem Erwerbsleben, wodurch Partizipationsmöglichkeiten stark eingeschränkt werden können. Schliesslich verweist die räumliche Ausgrenzung auf Segregationsprozesse, etwa wenn ältere Menschen in benachteiligten Quartieren mit schlechter Infrastruktur oder mangelhafter Anbindung leben (Kümpers und Alisch, 2024, S. 614-615). Zusammengenommen wird deutlich, dass soziale Ausgrenzung im Alter multidimensional ist und sowohl die gesundheitliche Situation als auch die Teilhabechancen älterer Menschen wesentlich beeinflusst.

Daraus lässt sich schliessen, dass insbesondere Menschen mit einer Mehrfachbelastung, wie etwa ältere suchtbetroffene Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status, durch die Überlagerung verschiedener Risikofaktoren im Sinne der Intersektionalität eine erhöhte Vulnerabilität aufweisen und somit einem deutlich höheren Risiko gesundheitlicher Ungleichheit ausgesetzt sind.

4 Sucht und Alter

«Sucht kennt kein Alter»

Bachmann & Brand, 2024

Sucht kennt viele Gesichter und Geschichten. Dass ältere Menschen besonders suchtgefährdet sind, wurde in diversen Studien und Statistiken sowohl in der Schweiz als auch in anderen Ländern mehrfach belegt. Infodrog, die schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht im Auftrag des BAGs, hat in Kooperation mit Suchtfachstellen ein Projekt lanciert in der Form der nationalen Wissensplattform www.alterundsucht.ch. Diese Plattform soll speziell Angehörige und Berufsgruppen informieren, welche ältere Menschen in ihrem Arbeitsalltag begleiten und betreuen (Alter und Sucht, o.J.).

«Aus Gewohnheit wird oft schleichend Gewöhnung» (Infodrog, 2024, S. 12). Wenn das gelegentliche Glas Wein oder Bier mehr als ein Genussmittel oder das Medikament zum Dauerbegleiter zur Entspannung oder zum Einschlafen wird. Um ein umfassendes Verständnis zu erlangen, wird unten genauer auf diese Themen eingegangen, sowie die Risiko- und Schutzfaktoren für Menschen ab dem Rentenalter näher erläutert.

4.1 Sucht

In diesem Kapitel werden der Konsum psychoaktiver Substanzen sowie suchtbetogene Verhaltensweisen thematisiert. Unter dem Konsum von Suchtmitteln wird die Einnahme von Substanzen verstanden, wozu neben Alkohol auch Medikamente, illegale Drogen sowie Tabakwaren zählen. Dagegen sind Verhaltenssüchte nicht substanzgebunden, sondern zeichnen sich durch den Verlust der Kontrolle über bestimmte Handlungen oder Aktivitäten aus. Zu den häufigsten Formen zählen Glücksspielsucht, exzessives Kaufverhalten, übermässiges Spielen von Videospielen, zwanghafte Internetnutzung oder hypersexuelles Verhalten (BAG, o. J.). In der International Classification of Diseases 11 (ICD-11) sind aktuell zwei Verhaltenssüchte als

eigenständige Störungen aufgeführt: das pathologische Glücksspiel (Gambling Disorder) und die Computerspielerkrankung (Gaming Disorder) (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, o.J.). Aufgrund der thematischen Fokussierung dieser Arbeit liegt der Schwerpunkt auf legal verfügbaren psychoaktiven Substanzen, insbesondere Alkohol sowie Schlaf- und Beruhigungsmitteln.

Die kantonale Fachstelle für Prävention und Suchttherapie Luzern, Akzent (2023), unterscheidet in diesem Zusammenhang folgende zentrale Begriffe:

- **Gebrauch:** Der Konsum einer Substanz oder die Ausübung eines bestimmten Verhaltens, beispielsweise der Genuss von Alkohol an einem gesellschaftlichen Anlass.
- **Missbrauch:** Ein Konsum- oder Verhaltensmuster, das gezielt zur Bewältigung negativer Gefühle, etwa Stress, Schmerz oder innerer Leere, eingesetzt wird, um kurzfristige Linderung zu erzielen. Darauf folgt häufig ein negativer Zustand wie Kopfschmerzen, Scham oder Schuldgefühle.
- **Gewöhnung:** Eine Verfestigung des missbräuchlichen Konsums, bei der das Verhalten habitualisiert wird, etwa das tägliche Feierabendbier, die Zigarette zum Kaffee oder die regelmässige Einnahme eines Schlafmittels.
- **Sucht:** Der Verlust der Kontrolle über den Konsum oder das Verhalten, verbunden mit einer Zunahme des Konsums und negativen Auswirkungen auf zentrale Lebensbereiche wie Familie, Freizeit oder Gesundheit. In dieser Phase gelten die Diagnosekriterien der ICD-11; der Begriff Abhängigkeit wird synonym verwendet (S. 5–6).

Die Nationale Strategie «Sucht» des Bundesamtes für Gesundheit (BAG, 2015) differenziert Substanzkonsum und Verhaltenssuchte anhand der Konsummuster und des damit verbundenen Gefährdungspotenzials:

- **Risikoarmes Verhalten:** Gelegentlicher oder gering dosierter Konsum mit geringer Wahrscheinlichkeit einer Selbst- oder Fremdschädigung, der häufig als Teil sozialer Interaktion akzeptiert ist.
- **Risikoverhalten:** Konsum- oder Verhaltensweisen, die körperliche, psychische oder soziale Beeinträchtigungen für die betroffene Person oder ihr Umfeld verursachen können. Dabei werden drei Unterformen unterschieden:

- **Exzessives Verhalten:** Übermässiger, wiederholter Konsum oder Aktivität innerhalb kurzer Zeiträume mit potenziell schädigender Wirkung.
- **Chronisches Verhalten:** Regelmässiger, über längere Zeit erhöhter Konsum oder wiederholte Tätigkeit.
- **Situationsunangepasstes Verhalten:** Konsum oder Verhalten in unangemessenen Situationen, die Selbst- oder Fremdschaden verursachen können, beispielsweise Autofahren unter Alkoholeinfluss oder Glücksspiel trotz bestehender Schulden (S. 12–13).

Die Grenze zwischen risikoarmem und risikoreichem Konsum ist fließend. Art und Ausmass möglicher Schädigungen hängen stark von individuellen Einflussfaktoren wie Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand und Konsummotiv ab (Infodrog, o. J.).

In der medizinischen Fachsprache wird Sucht gemäss ICD-11 als Verhaltensstörung verstanden. Es handelt sich dabei um ein komplexes Störungsbild, das durch den Verlust der Kontrolle über den Substanzgebrauch gekennzeichnet ist. In der ICD-10 wurde die Abhängigkeit anhand von sechs Kriterien beschrieben, von denen mindestens drei innerhalb des letzten Jahres erfüllt sein müssen:

- Starkes Verlangen oder Zwang zum Konsum der Substanz
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Menge oder Beendigung des Konsums
- Auftreten körperlicher Entzugssymptome
- Entwicklung einer Toleranz (Wirkungsverlust) mit entsprechender Dosissteigerung
- Erhöhter Zeitaufwand für Beschaffung und Konsum der Substanz sowie Vernachlässigung anderer Interessen
- Fortgesetzter Konsum trotz nachweislicher Folgeschäden

In der ICD-11 werden diese sechs Kriterien zu drei Paaren zusammengefasst. Wird jeweils ein Kriterium pro Paar erfüllt und sind zwei der drei Paare positiv, gilt die Diagnose Abhängigkeit als gestellt:

- Toleranzentwicklung und Entzugssymptome
- Suchtverlangen (Craving) und Kontrollverlust
- Vernachlässigung von Verpflichtungen oder Aktivitäten zugunsten des Substanzkonsums und fortgesetzter Konsum trotz schädlicher Folgen (Heinz et al., 2022, S. 51–53).

Während im medizinisch-therapeutischen Kontext Sucht primär im Sinne eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells verstanden wird, richtet die Soziale Arbeit ihren Fokus auf die psychosozialen Zusammenhänge des Suchtgeschehens. Aus dieser Perspektive kann Sucht auch als Form der Lebensbewältigung verstanden werden, die Ausdruck individueller und sozialer Anpassungsstrategien an belastende Lebensbedingungen ist (Avenir Social, Fachverband Sucht, FHNW & SAGES, 2024, S.8). Aus Sicht der Sozialen Arbeit wird Sucht also nicht monokausal, sondern als multifaktorielles Geschehen verstanden. Diese Perspektive betont die Vielschichtigkeit von Suchtverläufen und berücksichtigt das Zusammenspiel individueller, sozialer und struktureller Einflussfaktoren. Zur Veranschaulichung dieses bio-psycho-sozialen Verständnisses findet das Modell der Sucht-Trias (Abbildung 07) in Theorie und Praxis weiterhin breite Anwendung.

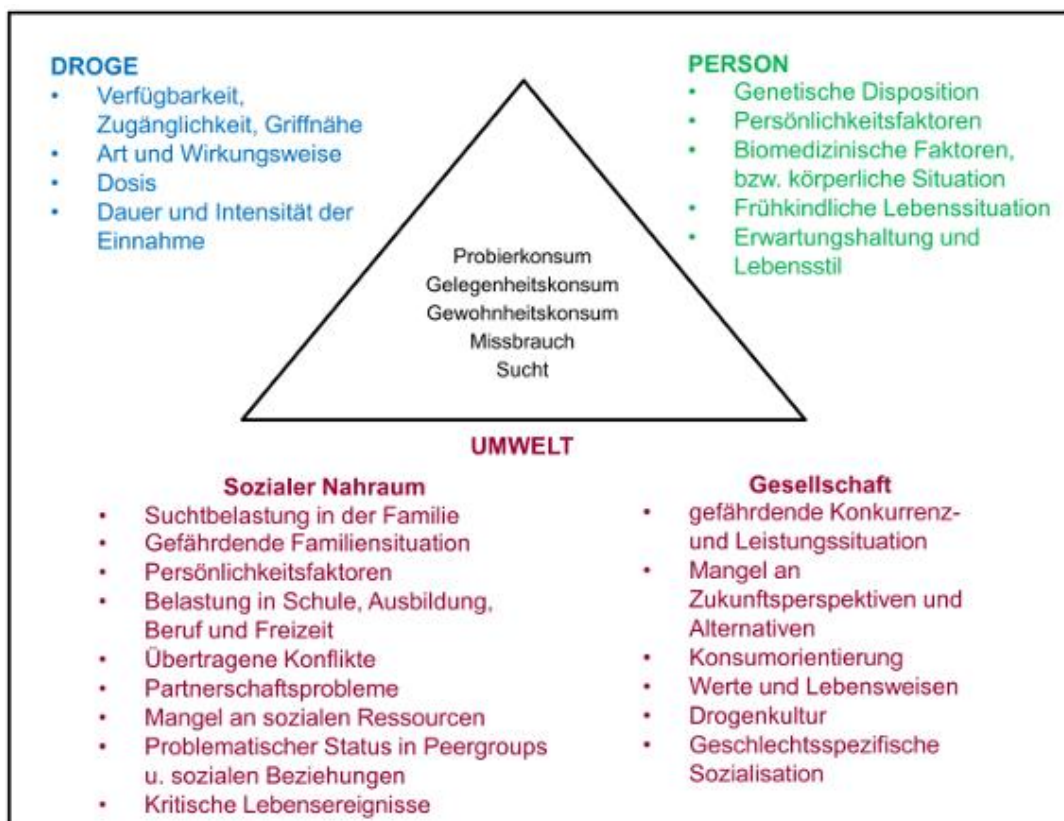


Abbildung 07 Modell der Sucht-Trias (Sting und Blum, 2003, S. 35)

Das Modell beschreibt Sucht als Ergebnis eines dynamischen Wechselspiels zwischen biologischen, psychischen und sozialen Dimensionen. Das Modell verdeutlicht, dass eine Suchterkrankung weder ausschliesslich auf biologische oder psychologische Ursachen zurückzuführen ist noch losgelöst von den sozialen Lebensbedingungen sowie der Wirkung und Verfügbarkeit

der konsumierten Substanz betrachtet werden kann. Die biologische Dimension umfasst genetische und neurophysiologische Dispositionen, die die individuelle Anfälligkeit für Sucht beeinflussen. Die psychische Dimension bezieht sich auf emotionale Regulation, Persönlichkeitsmerkmale, Motivation und erlernte Bewältigungsstrategien. Die soziale Dimension wiederum umfasst die Lebensbedingungen, gesellschaftliche Strukturen, soziale Netzwerke und kulturelle Normen, die den Umgang mit Suchtmitteln prägen (Tielking und Rabes, 2024, S.54-55).

Das Modell der Sucht-Trias hilft, die Komplexität der Suchtentstehung sowohl visuell als auch inhaltlich nachvollziehbar darzustellen. Es unterstützt Fachpersonen der Sozialen Arbeit dabei, Suchtprozesse ganzheitlich zu verstehen und ressourcenorientiert mit Betroffenen zu arbeiten. In der Praxis dient es somit als theoretischer Bezugsrahmen für eine differenzierte Fallanalyse und für die Entwicklung individueller Unterstützungsstrategien, die sowohl persönliche als auch soziale Faktoren einbeziehen. Aus sozialarbeiterischer Perspektive lässt sich daraus schliessen, dass nicht jeder Konsum zwangsläufig zu einer Sucht führt, Sucht jedoch grundsätzlich in jeder Lebensphase und in allen Bevölkerungsgruppen auftreten kann. Um eine normative Haltung zu vermeiden und fachlich fundiert zu handeln, ist es für die Soziale Arbeit zentral, eine differenzierte Sichtweise einzunehmen. Diese unterscheidet zwischen risikoarmen und risikoreichem Verhalten und ermöglicht eine Einschätzung, die sowohl die Lebenslage als auch die individuellen Ressourcen und Belastungen der betroffenen Person berücksichtigt.

Auf dieser Grundlage kann ein gemeinsames Verständnis von Sucht entwickelt werden, dass die Komplexität des Phänomens anerkennt und eine reflektierte, lebensweltorientierte und ethisch begründete Praxis der Sozialen Arbeit unterstützt.

4.2 Sucht im Alter

Wie im Kapitel 3 beschrieben, ist der Alterungsprozess mit vielfältigen Herausforderungen auf biologischer, psychischer und sozialer Ebene verbunden. Alterstypische Veränderungen wie körperlicher Abbau, der Verlust nahestehender Personen, soziale Isolation sowie finanzielle Belastungen und existenzielle Ängste können das individuelle Wohlbefinden erheblich beeinträchtigen. Diese Faktoren stellen potenzielle Risikodimensionen für die Entwicklung einer Substanzabhängigkeit dar, sowohl in Bezug auf Alkoholkonsum als auch auf die

missbräuchliche Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln. Der Gebrauch solcher Substanzen dient dabei häufig als kurzfristige Bewältigungsstrategie, um emotionale oder körperliche Beschwerden zu lindern (Gärtner & Nartschenko, 2016, S. 316).

Alkoholkonsum ist in der Schweiz tief in gesellschaftlichen Traditionen verankert und wird oft als selbstverständlicher Bestandteil sozialer Interaktionen betrachtet. Bei Medikamenten, insbesondere Schlaf- und Beruhigungsmitteln, überwiegt hingegen häufig die Vorstellung einer legitimen ärztlichen Behandlung. Dadurch bleibt das Risiko einer schleichenden Abhängigkeitsentwicklung vielfach unerkannt, was die Früherkennung und Prävention erschwert. Im höheren Lebensalter kann dies dazu führen, dass ein regelmässiger Konsum verharmlost oder nicht als problematisch wahrgenommen wird (König, 2025, S. 2–3).

Gärtner und Nartschenko (2016) betonen zudem, dass sowohl Angehörige und Freundeskreise als auch Fachpersonen aus Medizin und Sozialer Arbeit oftmals Hemmungen haben, das Thema offen anzusprechen und Betroffene auf Beratungs- und Unterstützungsangebote hinzuweisen. Diese Zurückhaltung stellt ein zentrales Hindernis dar, um die bestehende Schwellenangst vor der Inanspruchnahme von Hilfe zu überwinden. Hinzu kommt, dass viele ältere Menschen bei substanzbedingten Problemen nur eine geringe Bereitschaft zeigen, Beratung oder Behandlung in Anspruch zu nehmen, da das Eingeständnis einer Abhängigkeit häufig als beschämend oder entwürdigend erlebt wird (S. 316).

Wie bereits im Kapitel 4.1 zur Sucht-Trias dargelegt, entsteht Sucht nicht monokausal, sondern im komplexen Zusammenspiel biologischer, psychischer und sozialer Faktoren. Für ältere Menschen lassen sich dabei spezifische Risikodimensionen identifizieren, die einen problematischen Konsum oder eine Abhängigkeit begünstigen können. Neben physiologischen Veränderungen, die mit dem Alterungsprozess einhergehen, spielen insbesondere individuelle Bewältigungsstrategien eine zentrale Rolle.

Kritische Lebensereignisse wie der Übergang in den Ruhestand können zusätzlich zur Entstehung suchtbezogener Verhaltensweisen beitragen. Die Pensionierung ist häufig mit dem Verlust von sozialen Rollen, Alltagsstrukturen und externer sozialer Kontrolle verbunden, was die Wahrscheinlichkeit problematischer Bewältigungsmechanismen erhöht (Infodrog, 2024, S. 11). Ein Mangel an Zukunftsperspektiven und sinnstiftenden Tätigkeiten kann das Bedürfnis nach kurzfristiger Entlastung durch Substanzkonsum zusätzlich verstärken. Auch

gesundheitliche Einschränkungen und chronische Erkrankungen wirken sich belastend aus, insbesondere dann, wenn soziale Unterstützungssysteme fehlen.

Besonders hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang die Einsamkeit, die von Pro Senectute (2025) als eines der zentralen Gesundheitsrisiken im Alter bezeichnet wird. Einsamkeit beeinträchtigt nicht nur das psychosoziale Wohlbefinden, sondern kann auch den Rückgriff auf Suchtmittel als vermeintlich bewährte Bewältigungsstrategie fördern. Zusammengenommen verdeutlicht dies, dass Sucht im Alter stets im Kontext eines komplexen Geflechts von Lebensbedingungen, individuellen Ressourcen und strukturellen Rahmenbedingungen betrachtet werden muss. Ein Befund, der die Bedeutung interdisziplinärer Unterstützungsangebote unterstreicht. Schmidt (2020) verweist in diesem Zusammenhang auf Ergebnisse der Schweizer Stressstudie (2010) und beschreibt, dass der Gebrauch leistungssteigernder Substanzen zur Stressbewältigung sowie der Konsum von Alkohol oder Medikamenten zur Entspannung weit verbreitet ist. Diese Strategien kompensatorischen Substanzgebrauchs können sich beim Übergang in den Ruhestand noch verstärken. Zudem weist Schmidt darauf hin, dass mit dem Renteneintritt in der Schweiz auch das Risiko von Armut zunimmt, was wiederum die Wahrscheinlichkeit für nichtübertragbare Krankheiten, darunter Suchterkrankungen, erhöht (S. 18–19).

Im Kontext der Sucht im Alter wird zwischen „Early-Onset“- und „Late-Onset“-Abhängigkeit unterschieden. Erstere bezeichnet Suchterkrankungen, die bereits in früheren Lebensphasen entstanden sind und bis ins höhere Alter fortbestehen, während sich bei der zweiten Form eine Abhängigkeit erst im späteren Lebensabschnitt entwickelt (Niekrens, 2012, S. 44).

Die Auswirkungen einer Suchterkrankung im Alter sind komplex und betreffen unterschiedliche Lebensbereiche. Sie hängen wesentlich von der Art und Dauer des Konsums sowie von individuellen körperlichen und psychosozialen Voraussetzungen ab. Die Folgen zeigen sich auf physischer, psychischer und sozialer Ebene und können das Wohlbefinden, die Lebensqualität und die Selbstständigkeit älterer Menschen erheblich beeinträchtigen. Mit zunehmendem Alter verändern sich Stoffwechsel und Organfunktionen, wodurch die Wirkung psychoaktiver Substanzen verstärkt und ihr Abbau verlangsamt wird. Dies erhöht die Anfälligkeit für gesundheitliche Beeinträchtigungen.

Hinzu kommt, dass die Erkennung einer Suchterkrankung im Alter häufig erschwert ist, da Symptome oftmals als altersbedingt interpretiert oder sozial bagatellisiert werden.

Suchtprobleme im Alter beeinflussen nicht nur die individuelle Lebenssituation, sondern belasten auch das soziale Umfeld und führen zu erhöhtem Pflege- und Unterstützungsbedarf (Zürcher Fachstelle für Prävention, 2007, S. 4).

Aus sozialarbeiterischer Perspektive ist die Unterscheidung zwischen „Early-“ und „Late-Onset“-Abhängigkeit besonders bedeutsam, da sie auf unterschiedliche biografische Hintergründe, Ressourcen und Unterstützungsbedarfe verweist. Während bei einer früh beginnenden Abhängigkeit häufig bereits langfristige körperliche und psychische Folgeschäden bestehen, stehen bei einer später entwickelten Abhängigkeit meist akute Krisensituationen und plötzliche Lebensveränderungen im Vordergrund. Für die Soziale Arbeit bedeutet dies, dass Interventionen und Unterstützungsangebote individuell und ressourcenorientiert gestaltet werden müssen, um sowohl biografische Erfahrungen als auch aktuelle Lebensumstände angemessen zu berücksichtigen.

5 Gesundheitliche Ungleichheit und suchtbetroffene ältere Menschen

Im Folgenden wird aufgrund der vorhergehenden Kapiteln die Schlussfolgerung für Gesundheitliche Ungleichheit bei suchtbetroffenen älteren Menschen dargelegt.

Gesundheitliche Ungleichheit zeigt sich bei suchtbetroffenen älteren Menschen in vielfältiger und komplexer Weise. Wie es in den vorangegangenen Kapiteln dargestellt wurde, stellt der sozioökonomische Status den zentralen Faktor dar, der bestimmt, in welchem Ausmass eine Suchterkrankung im Alter mit gesundheitlicher Ungleichheit einhergeht. Ein niedriger sozioökonomischer Status bedeutet nicht nur eingeschränkte materielle Ressourcen, sondern auch geringere und erschwerte Chancen auf Zugang zu Prävention, Therapie und gesundheitlicher Versorgung. Dadurch steigt das Risiko, von gesundheitlicher Ungleichheit stärker betroffen zu sein als ältere Menschen ohne Suchterkrankung oder mit einem höheren sozioökonomischen Status.

Aus einer lebenslauforientierten Perspektive wird deutlich, dass die Dauer sozialer Belastungen eine zentrale Rolle spielt. Menschen, die über viele Jahre in Armut, prekären Wohn- und Arbeitsverhältnissen oder mit eingeschränkter gesellschaftlicher Teilhabe gelebt haben, weisen im Alter eine deutlich erhöhte Vulnerabilität auf. Dadurch steigt das Risiko, eine

Suchterkrankung zu entwickeln. Kommt eine Suchterkrankung hinzu, verstärkt sich diese Ungleichheit, da physische, psychische und soziale Ressourcen zusätzlich belastend wirken. Heusinger (2016) betont in Anlehnung an Havighurst, dass die Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie und deren Integration eine wesentliche Entwicklungsaufgabe des höheren Alters darstellt. Diese gelingt jedoch nur, wenn ausreichende Ressourcen und positive Bewältigungserfahrungen vorhanden sind. Armut, Krankheit und fehlende materielle Sicherheit erschweren diesen Prozess und wirken sich unmittelbar auf die gesundheitliche Stabilität aus (S. 27).

Die Pensionierung stellt in diesem Zusammenhang einen besonders kritischen Übergang dar. Für suchtgefährdete Menschen mit geringem sozioökonomischem Status bedeutet sie nicht nur den Teilverlust des Einkommens, sondern häufig auch den Wegfall von Alltagsstrukturen, gesellschaftlicher Anerkennung und Sinnstiftung. Diese Veränderungen können bestehende Ungleichheiten weiter verstärken und das Risiko einer Verschlechterung des psychischen und physischen Gesundheitszustands erhöhen.

Das Zusammenspiel von Sucht, Alter und sozioökonomischem Status führt folglich zu einer Mehrfachbelastung, die gesundheitliche Ungleichheiten potenziert. Vertikale Faktoren wie Einkommen, Bildung und berufliche Stellung bestimmen die strukturellen Rahmenbedingungen, während horizontale Merkmale wie Alter, Geschlecht oder Migrationshintergrund als zusätzliche Belastungsdimensionen wirken. Treffen diese Faktoren zusammen, entstehen intersektionale Effekte, die den Zugang zu Gesundheitschancen massiv einschränken. Besonders deutlich zeigt sich dies auf biopsychosozialer Ebene: Der Verlust von Autonomie, zunehmende Pflegebedürftigkeit, Einsamkeit und finanzielle Einschränkungen wirken sich bei suchtbetroffenen älteren Menschen stärker aus als bei nicht-suchtbelasteten Gleichaltrigen. So führen soziale Isolation und materielle Armut häufig zu einer Verschlechterung der Lebensqualität und einer eingeschränkten gesellschaftlichen Teilhabe.

Die zentrale Erkenntnis dieses Kapitels lautet daher: Eine bestehende Suchterkrankung im Alter bedingt nicht automatisch eine erhöhte gesundheitliche Ungleichheit, ausschlaggebend sind der sozioökonomische Status und die damit verbundenen strukturellen Lebensbedingungen.

- **Niedriger sozioökonomischer Status + Sucht + Alter** → hohes Risiko von gesundheitlicher Ungleichheit
- **Hoher sozioökonomischer Status + Sucht + Alter** → kein zwingend erhöhtes Risiko von gesundheitlicher Ungleichheit

Das Risiko gesundheitlicher Ungleichheit im Alter entsteht somit aus der Wechselwirkung zwischen Sucht, sozialen Lebensbedingungen und strukturellen Benachteiligungen. Je stärker Faktoren wie Armut, eingeschränkte Teilhabe am sozialen Leben, eingeschränkte Autonomie oder mangelnder Zugang zu Unterstützung zusammentreffen, desto gravierender sind die gesundheitlichen Folgen.

Ebenso zeigen die bisherigen Ausführungen, dass *der* suchtbetroffene ältere Mensch in einer einheitlichen Form nicht existiert. Die Zielgruppe ist äusserst heterogen und lässt sich weder sozial noch gesundheitlich eindeutig beschreiben. Ihre Lebenslagen werden durch eine Vielzahl biografischer, sozialer und struktureller Einflüsse geprägt, darunter Unterschiede im Bildungsniveau, in der Erwerbsbiografie, in der familiären Situation, im Gesundheitszustand sowie in der sozialen Einbindung. Diese Vielfalt führt dazu, dass gesundheitliche Ungleichheit innerhalb der Gruppe suchtbetroffener älterer Menschen in sehr unterschiedlicher Weise sichtbar wird.

Während einige über stabile soziale Netzwerke, ausreichende finanzielle Mittel und resiliente Bewältigungsstrategien verfügen, sind andere von kumulativen Benachteiligungen betroffen, die ihre Vulnerabilität deutlich erhöhen. Frühere Erfahrungen von Armut, Diskriminierung oder gesundheitlichen Belastungen wirken häufig bis ins hohe Alter fort und beeinflussen, wie Betroffene mit den Herausforderungen von Krankheit, Sucht und sozialer Isolation umgehen können.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass ältere suchtbetroffene Menschen keine homogene Gruppe darstellen, sondern ein breites Spektrum individueller Lebensrealitäten abbilden. Gesundheitliche Ungleichheit zeigt sich daher in unterschiedlichen Erscheinungsformen. Die

aufgezeigten Zusammenhänge verdeutlichen, dass gesundheitliche Ungleichheit im Alter nicht als rein medizinisches oder individuelles Phänomen verstanden werden kann. Vielmehr entsteht sie aus dem komplexen Zusammenspiel sozialer, struktureller und biografischer Faktoren, die insbesondere bei suchtbetroffenen älteren Menschen zu einer erhöhten Vulnerabilität führen kann. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, diese Wechselwirkungen ganzheitlich zu betrachten und die Betroffenen in ihrer Lebenswelt differenziert zu verstehen.

Für die Profession der Sozialen Arbeit leitet sich somit ein zentraler Auftrag ab. Gemäss dem Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz verpflichtet sich die Soziale Arbeit zur Förderung sozialer Gerechtigkeit, zur Achtung der Menschenwürde und zur Teilhabe aller Menschen am gesellschaftlichen Leben (AvenirSocial, 2010, S. 9- 11). Gesundheitliche Ungleichheit ist aus dieser Perspektive Ausdruck struktureller Benachteiligung und sozialer Exklusion: Phänomene, denen die Soziale Arbeit aktiv entgegenzuwirken hat.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass die Soziale Arbeit einen entscheidenden Beitrag zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit bei suchtbetroffenen älteren Menschen leisten kann. Im folgenden Kapitel wird daher untersucht, welche sozialarbeiterischen Handlungsansätze und Interventionsformen geeignet sind, um dieser Zielgruppe ressourcenorientiert, präventiv und partizipativ zu begegnen, um ihre Lebensqualität im Alter nachhaltig zu verbessern.

6 Sozialarbeiterischer Handlungsansatz

“Why treat people and send them back to the conditions that made them sick?”

Prof Sir Michael Marmot, 2015

Mielck und Wild (2021) verdeutlichen, dass die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten eine komplexe Aufgabe ist, für die es keine einfachen Lösungswege gibt. Einigkeit besteht jedoch darin, dass Massnahmen erforderlich sind, welche die gesundheitlichen Ressourcen stärken, und bestehende Belastungen mindern (S. 279–280). Im Umgang mit dieser Thematik zeigt sich, dass es nicht ausreicht, lediglich die Auswirkungen sozial bedingter Gesundheitsunterschiede zu erfassen. Ebenso entscheidend ist die Untersuchung ihrer Ursachen und Risikofaktoren. Erst durch die Verknüpfung von Ursachen- und Folgenanalyse lässt sich eine professionelle Praxis im Sinne des Berufskodex der Sozialen Arbeit gewährleisten. Dieser verpflichtet

Fachpersonen, die Menschenwürde zu achten, soziale Gerechtigkeit zu fördern und strukturelle Benachteiligungen aktiv abzubauen (AvenirSocial, 2010, S. 9–11).

Symptomorientierte Strategien greifen daher zu kurz. Der Berufskodex betont die Verantwortung der Sozialen Arbeit, präventiv und ressourcenorientiert zu handeln sowie Selbstbestimmung und Teilhabe zu fördern (AvenirSocial, 2010, S. 9–10). Es genügt folglich nicht, erst auf bestehende Folgen gesundheitlicher Ungleichheit zu reagieren. Vielmehr ist die Soziale Arbeit gefordert, bereits auf die Entstehungsbedingungen und Risikofaktoren einzuwirken, um langfristig Chancengleichheit im Gesundheitsbereich zu sichern. Ihr Auftrag umfasst somit nicht nur die Kompensation eingetretener Nachteile, sondern auch die frühzeitige Reduktion struktureller Risiken. Durch ein solches präventives und ressourcenorientiertes Vorgehen können mittel- und langfristig Belastungen verringert und gerechtere Gesundheitschancen geschaffen werden. Vor diesem Hintergrund wird im weiteren Verlauf der Arbeit der Handlungsauftrag der Sozialen Arbeit näher beleuchtet.

6.1 Zielgruppe und Ziel des sozialarbeiterischen Handlungsansatzes

Gesundheitliche Ungleichheit bei suchtbetroffenen älteren Menschen wird nicht allein durch die Suchterkrankung bestimmt. Vielmehr wirken horizontale und vertikale Faktoren zusammen und verstärken das Risiko für gesundheitliche Ungleichheit. Für die Soziale Arbeit ergibt sich daraus die Aufgabe, Präventions- und Interventionsstrategien an unterschiedliche Lebenslagen anzupassen. Auf diese Weise können Unterstützungsangebote gezielt entwickelt werden, welche die Zielgruppe tatsächlich erreichen. Im Vordergrund steht dabei nicht nur die Bewältigung bereits eingetretener Folgen, sondern ebenso die frühzeitige Reduktion von Risikofaktoren. Franzkowiak (2008) betont, dass nicht alle Risiken vermeidbar sind, jedoch kann durch gezielte Planung und Auswahl geeigneter Massnahmen darauf Einfluss genommen werden. Welche Risiken dabei als relevant gelten, zeigt zugleich, wie gesellschaftliche Interessen, kulturelle Deutungen und fachliche Machtpositionen den Diskurs über Gesundheit und Krankheit prägen (S. 195).

Für die Soziale Arbeit ergibt sich daraus ein doppelter Auftrag: Einerseits gilt es, individuelle Ressourcen zu stärken und konkrete Unterstützung zu leisten, andererseits strukturelle Benachteiligungen wie Armut oder eingeschränkten Zugang zu Angeboten abzubauen. Nur durch

ein kombiniertes Vorgehen lassen sich gesundheitliche Ungleichheiten nachhaltig verringern und Teilhabechancen im Alter sichern. Dies setzt eine enge Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsförderung und Sozialer Arbeit voraus, die bei der Prävention als verbindendes Element fungiert (Homfeldt, 2012, S. 496). Damit Präventionsangebote wirksam sind, ist entscheidend, dass sie die Zielgruppe erreichen. Dies erfordert eine präzise Erfassung der Adressat:innen und ihrer Bedürfnisse. Wie Weber (2020) hervorhebt, stellt gerade diese Bestimmung eine besondere Herausforderung dar (S. 52). Ältere suchtbetroffene Menschen bilden eine äusserst heterogene Gruppe, deren Lebenslagen, Erreichbarkeit und Unterstützungsbedürfnisse stark variieren. Die Erkennung einer Zielgruppe erfordert daher eine systematische Analyse sozialer, ökonomischer und gesundheitlicher Merkmale sowie deren Wechselwirkungen. Aus sozialarbeiterischer Perspektive beginnt die Zielgruppenerfassung mit einer differenzierten Betrachtung der jeweiligen Lebenslage. Dazu gehören Informationen über den sozioökonomischen Status, die Wohnsituation, die soziale Einbindung sowie der gesundheitlichen Einschränkungen. Ergänzend in der Arbeit mit direkt Betroffenen ist die biografische Perspektive von Bedeutung: Lebensverläufe, kritische Übergänge und bisherige Bewältigungsstrategien geben Aufschluss über vorhandene Ressourcen und Belastungen. Insbesondere bei älteren Menschen mit einer Suchterkrankung kann die Analyse dieser Faktoren Hinweise darauf liefern, welche Zugänge und Unterstützungsformen geeignet sind, um sie zu erreichen.

Darüber hinaus ist ein intersektionales Verständnis zentral. Vertikale Merkmale müssen stets in Zusammenhang mit horizontalen Merkmalen betrachtet werden. Erst das Zusammenwirken dieser Dimensionen macht sichtbar, wo sich Benachteiligungen und Ausschlussrisiken häufen. Dieser analytische Zugang verhindert, dass Gruppen, wie Weber (2020) warnt, homogenisiert werden (S.53), und ermöglicht es, Teilgruppen, die unterschiedliche Voraussetzungen und Bedürfnisse aufweisen, innerhalb der Zielgruppe zu identifizieren. Die Bestimmung der Zielgruppe sollte nicht ausschliesslich auf statistischen oder institutionellen Daten beruhen, sondern muss durch Interviews, Beobachtungen oder partizipative Methoden ergänzt werden. Die Einbeziehung der Betroffenen selbst ermöglicht es, subjektive Wahrnehmungen von Gesundheit, Krankheit und Sucht zu erfassen und einen bislang unsichtbaren Bedarf sichtbar zu machen. Dadurch entsteht ein umfassendes Verständnis der Zielgruppe, das sowohl objektive Lebensbedingungen als auch individuelle Wahrnehmungen einschliesst. Die präzise Erfassung der Zielgruppe ist ein fortlaufender und reflexiver Prozess. Sie verlangt eine kontinuierliche

Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Entwicklungen, politischen Rahmenbedingungen und institutionellen Zugangsbarrieren. Für die Soziale Arbeit bedeutet dies, die Heterogenität von gesundheitlicher Ungleichheit und suchtbetroffener älterer Menschen als Ausgangspunkt professionellen Handelns zu verstehen und die eigene Wahrnehmung regelmässig kritisch zu hinterfragen. Nur so kann gewährleistet werden, dass Präventions- und Unterstützungsangebote diejenigen erreichen, für die sie bestimmt sind. Dadurch kann ein wirksamer Beitrag zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit geleistet werden.

6.2 Soziale Arbeit und Prävention

Prävention stellt ein zentrales Handlungsfeld der Sozialen Arbeit dar, um gesundheitliche Ungleichheiten frühzeitig zu verringern und soziale Teilhabe zu fördern. Nach Franzkowiak (2025) zielt Prävention darauf ab, das Auftreten unerwünschter Ereignisse, Zustände oder Entwicklungen durch gezielte und frühzeitige Massnahmen zu verhindern oder zu mindern. Sie kann auf individueller, gruppenbezogener oder institutioneller Ebene erfolgen und umfasst unterschiedliche professionelle und soziale Handlungsformen. Ziel ist es, gesundheitliche und soziale Beeinträchtigungen durch koordinierte Interventionen langfristig zu reduzieren.

Da gesundheitliche Risiken und Schutzfaktoren in einem engen Zusammenhang mit den individuellen Lebensbedingungen und dem sozialen Umfeld stehen, ist eine differenzierte Betrachtung von Präventionsansätzen erforderlich. Für die Soziale Arbeit bedeutet dies, Prävention als vielschichtigen Prozess zu verstehen, der sowohl individuelles Verhalten als auch strukturelle Rahmenbedingungen berücksichtigt. Eine theoretische Systematisierung bildet dabei die Grundlage, um relevante Handlungsfelder zu identifizieren und praxisorientierte Strategien zu entwickeln. Weber (2020) betont, dass Präventionsmassnahmen besonders wirksam sind, wenn sie nach Zielrichtung, Reichweite und Zeitpunkt differenziert werden. Auf diese Weise können die unterschiedlichen Bedürfnisse und Lebenslagen der Zielgruppen berücksichtigt und Massnahmen bedarfsgerecht gestaltet werden (S.92).

Insgesamt versteht die Soziale Arbeit unter Prävention ein integraler Bestandteil ihres professionellen Handelns. Durch frühzeitige, ressourcenorientierte und partizipative Ansätze können Risiken reduziert, Schutzfaktoren gestärkt und langfristig die Voraussetzungen für ein gesundes und selbstbestimmtes Leben verbessert werden.

6.2.1 Prävention

Prävention lässt sich grundsätzlich in zwei Ansätze unterteilen: den Verhaltens- und den Verhältnisansatz. Menschliches Verhalten und die jeweiligen Lebensumstände stehen dabei in einer engen Wechselwirkung und beeinflussen sich gegenseitig. Der verhaltensorientierte Ansatz setzt direkt beim Individuum an, indem er gesundheitsbezogene Kompetenzen, Einstellungen und Lebensstile stärkt. Ziel ist es, Menschen zu befähigen, ihre Gesundheit eigenverantwortlich zu fördern. Der verhältnisorientierte Ansatz hingegen zielt auf strukturelle Veränderungen ab. Durch die Verbesserung ökologischer, ökonomischer, sozialer, kultureller oder materieller Rahmenbedingungen soll Gesundheit indirekt gestärkt und Erkrankungen vorgebeugt werden (Weber et al., 2016, S. 127).

Darüber hinaus lässt sich Prävention im triadischen Strukturmodell nach Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterteilen. Dieses orientiert sich an biomedizinischen, psychiatrischen und gesundheitspolitischen Ansätzen und geht von einem Krankheitsbild und dessen Verlauf aus. Ziele und Massnahmen beziehen sich auf Risikogruppen, bei denen eindeutige, erkennbare oder bereits eingetretene Krankheitsanzeichen vorliegen und nach Zeitpunkt. Primärprävention bedeutet eine Krankheitsverhütung durch Risikosenkung- und Eliminierung. Sekundärprävention als Krankheitsfrüherkennung erfolgt durch Vorsorgeuntersuchungen oder Gesundheitschecks. Tertiärprävention geschieht zur Verhinderung einer Verschlechterung der Krankheit durch Behandlungen, um Folgeschäden, Chronifizierungen und Rückfälle zu vermeiden. Ergänzend wird im Spezifitätsmodell nach der Zielgruppe und dem jeweiligen Gefährdungsgrad differenziert. Unterschieden werden dabei drei Formen: die universale, selektive und indizierte Prävention. Die universale Prävention richtet sich an die Gesamtbevölkerung oder grosse Bevölkerungsgruppen und verfolgt das Ziel, die allgemeine Gesundheit zu fördern. Beispiele sind Impfeempfehlungen für Säuglinge oder die gesetzliche Pflicht zum Anschnallen im Strassenverkehr. Die selektive Prävention, zum Beispiel durch Vorsorgeuntersuchungen, Früherkennungsprogramme oder spezifische Unterstützungsangebote für armutsbetroffene Personen, konzentriert sich auf Gruppen mit einem erhöhten oder vermuteten Risiko. Die indizierte Prävention richtet sich schliesslich an Personen oder Gruppen, bei denen bereits Risikofaktoren oder erste Anzeichen gesundheitlicher Beeinträchtigungen vorliegen. Durch frühzeitige und schadensmindernde Interventionen, wie Selbsthilfegruppen, Mentorenprogramme oder Screeningverfahren, sollen negative Entwicklungen möglichst verhindert

werden. Die beiden Modelle stehen nicht im Widerspruch zueinander, sondern bieten vielmehr eine Erweiterung in der Orientierung bei den Zielgruppen. Die Strategien der Spezifität präzisieren insbesondere die Voraussetzungen für die Ansprache, die Wahl des Zugangs sowie die Umsetzung von präventiven Zielsetzungen (Franzkowiak, 2008, S. 199-200).

Für die Soziale Arbeit bedeutet dies, dass Präventionsstrategien nicht ausschliesslich entlang medizinischer Krankheitsstufen konzipiert werden können. Vielmehr müssen sie sich an den spezifischen Lebenslagen und Bedürfnissen der jeweiligen Zielgruppen orientieren. Während universelle Ansätze beispielsweise breit angelegte Aufklärungskampagnen umfassen, richten sich selektive Massnahmen gezielt an Risikogruppen wie ältere Menschen vor der Pensionierung oder in sozialer Isolation. Indizierte Prävention setzt schliesslich dort an, wo bereits Belastungen, Suchtentwicklungen oder gesundheitliche Ungleichheit bestehen. Auf diese Weise eröffnen sich für die Soziale Arbeit praxisnahe Handlungsmöglichkeiten, um präventive Interventionen bedarfsgerecht zu gestalten, Betroffene effektiv zu erreichen und bestehende Versorgungslücken zu schliessen.

6.2.2 Verhältnisprävention

Die Verhältnisprävention nimmt eine zentrale Rolle in der Diskussion um gesundheitliche Ungleichheit ein. Im Gegensatz zur Verhaltensprävention, die direkt bei den Individuen ansetzt und deren Fähigkeiten, Einstellungen und Lebensstile zu fördern versucht, konzentriert sich die Verhältnisprävention auf die gesellschaftlichen, ökonomischen und umweltbezogenen Rahmenbedingungen. Diese bestimmen massgeblich die Gesundheitschancen von Menschen und sind gleichzeitig verantwortlich für die Entstehung und Reproduktion gesundheitlicher Ungerechtigkeiten.

Das Modell der sozialen Determinanten von Dahlgren und Whitehead (Kapitel 2.3) verdeutlicht, dass Gesundheit nicht allein das Ergebnis individueller Entscheidungen ist, sondern wesentlich durch strukturelle Faktoren beeinflusst wird. Zu diesen zählen unter anderem Bildung, Erwerbsstatus, Wohnbedingungen, Einkommensverhältnisse, gesellschaftliche Teilhabe sowie kulturelle und politische Rahmenbedingungen. Werden diese Ausgangsbedingungen gezielt verbessert, eröffnen sich nicht nur neue Chancen für gesellschaftliche Teilhabe, sondern auch die Handlungskompetenzen einzelner Menschen werden gestärkt. Dadurch steigt die Wahrscheinlichkeit, dass individuelle Verhaltensänderungen erfolgreich umgesetzt werden können.

Für suchtbetroffene ältere Menschen bedeutet dies, dass Präventionsarbeit nicht bei den Symptomen der gesundheitlichen Ungleichheit stehen bleiben darf. Vielmehr gilt es, die strukturellen Ursachen in den Blick zu nehmen, die zur Entstehung von gesundheitlicher Ungleichheit beitragen oder deren Bewältigung erschweren. Dazu gehören Altersarmut, Sucht, soziale Isolation, diskriminierende Altersbilder oder der eingeschränkte Zugang zu Beratungs- und Unterstützungsangeboten. Die Soziale Arbeit steht hier vor der Aufgabe, diese Rahmenbedingungen sichtbar zu machen, deren Veränderung einzufordern und damit zu einer gerechteren Verteilung gesundheitlicher Chancen beizutragen.

Verhältnisprävention verfolgt damit ein übergeordnetes Ziel: Sie soll gesundheitliche Ungleichheit langfristig und über den gesamten Lebensverlauf hinweg verringern. Gerade für ältere Menschen mit Suchterkrankungen ist dieser Ansatz entscheidend, da ihre Lebenslage häufig durch kumulative Benachteiligungen geprägt ist. Eine frühzeitige und lebenslaufforientierte Verhältnisprävention kann verhindern, dass sich diese Ungleichheiten im Alter weiter verschärfen.

6.2.3 Verhaltensprävention

Die Verhaltensprävention zielt in erster Linie auf die Förderung individueller Fähigkeiten, Einstellungen und Kompetenzen, die es Menschen ermöglichen, ihre Gesundheit aktiv zu erhalten oder Risiken zu minimieren. Im Unterschied zur Verhältnisprävention, die auf strukturelle Rahmenbedingungen fokussiert, setzt die Verhaltensprävention direkt am Individuum an und versucht, gesundheitsförderliches Verhalten zu stärken sowie riskantes Verhalten zu reduzieren (Weber et al., 2016, S. 127).

Gerade im Kontext suchtbetroffener älterer Menschen erweist sich ein selektiver und indizierter Ansatz als besonders wichtig. Selektive Prävention richtet sich an Bevölkerungsgruppen, die ein erhöhtes Risiko für gesundheitliche Probleme aufweisen, etwa Menschen mit niedriger Bildung, geringer ökonomischer Sicherheit oder sozialer Isolation. Indizierte Prävention hingegen setzt bei Personen an, bei denen bereits konkrete Risikofaktoren oder erste gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen, beispielsweise bei einer beginnenden Alkoholproblematik im Zuge der Pensionierung oder beim Verlust nahestehender Personen. Durch frühzeitige Massnahmen lassen sich nicht nur Suchtrisiken verringern, sondern auch die langfristigen Folgen sozioökonomischer Benachteiligungen im Alter abfedern.

Der Auftrag der Sozialen Arbeit in diesem Bereich umfasst die systematische Analyse potenziell gefährdeter Zielgruppen sowie die frühzeitige Erfassung von Risikokonstellationen. Dabei ist die Berücksichtigung intersektionaler Faktoren unerlässlich. So können sich Merkmale wie Geschlecht, Alter, Migrationserfahrungen oder Armut wechselseitig verstärken und die Vulnerabilität für Sucht und gesundheitliche Ungleichheit erheblich erhöhen. Die Soziale Arbeit muss diese Überschneidungen erkennen und in ihre Präventionskonzepte integrieren, um Betroffene wirksam zu erreichen.

Konkret bedeutet Verhaltensprävention, dass ältere Menschen befähigt werden, ihre gesundheitliche Situation aktiv mitzugestalten. Dies kann durch die Vermittlung von Bewältigungsstrategien im Umgang mit Stress, durch die Förderung gesundheitsförderlicher Lebensstile oder durch das Anbieten von alternativen Alltagsstrukturen nach der Pensionierung erfolgen. Besonders bei der sogenannten Late-Onset-Abhängigkeit ist es entscheidend, Risikofaktoren wie Einsamkeit oder den Verlust sozialer Rollen frühzeitig zu adressieren. Hier trägt die Soziale Arbeit dazu bei, Ressourcen zu stärken und Belastungen zu reduzieren, bevor eine Abhängigkeit manifest wird. Dies kann im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements und mittels aufsuchender Workshops direkt an der Arbeitsstelle während des Erwerbslebens umgesetzt werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Verhaltensprävention ein wesentlicher Baustein im Kampf gegen gesundheitliche Ungleichheiten darstellt. Sie erfordert von der Sozialen Arbeit, Zielgruppen differenziert zu erfassen, intersektionale Risiken zu berücksichtigen und frühzeitig Ressourcen zu stärken. Auf diese Weise kann sie nicht nur Suchterkrankungen vorbeugen, sondern auch die Handlungskompetenz älterer Menschen fördern, gesundheitliche Ungleichheit reduzieren und ihre gesellschaftliche Teilhabe langfristig sichern.

6.3 Soziale Arbeit im gesellschaftlichen und sozialpolitischen Kontext

Die Soziale Arbeit übernimmt eine zentrale Rolle an der Schnittstelle zwischen Individuum und Gesellschaft. Ihre Aufgaben reichen dabei über die direkte Unterstützung einzelner Personen hinaus und umfassen auch die Auseinandersetzung mit den sozialen, strukturellen und politischen Bedingungen, die die Lebenslagen prägen. Gesundheitliche und soziale Ungleichheiten entstehen nicht zufällig, sondern sind ein Zusammenspiel verschiedener gesellschaftlicher Faktoren. Entsprechend ist die Soziale Arbeit gefordert, sowohl auf individueller Ebene zu

entlasten als auch auf struktureller Ebene zu gestalten. Ihr Auftrag besteht darin, durch Empowerment, Ressourcenförderung und Chancengerechtigkeit die Entstehung von Vulnerabilität möglichst zu verhindern und soziale Teilhabe zu ermöglichen.

6.3.1 Soziale Arbeit im gesellschaftlichen Kontext

Mielck (2010) betont, dass gesundheitliche Ungleichheit einer ethischen Reflexion bedarf, in der gesellschaftliche Normen und Konflikte offen diskutiert werden (S. 90). Mielck und Wild (2021) unterstreichen zudem, dass bereits die gesellschaftliche Auseinandersetzung darüber, welche gesundheitlichen Unterschiede als gerecht oder ungerecht einzustufen sind, eine erhebliche Herausforderung darstellt. Während sich Fragen der Gesundheitsversorgung relativ einfach bewerten lassen, erweist sich die Einschätzung vom Gesundheitszustand, der aus sozialen Benachteiligungen resultiert, als deutlich komplexer (S. 229).

Die grundsätzliche Frage, welchen Stellenwert gesundheitliche Chancengleichheit in einer Gesellschaft haben soll, erfordert daher eine breite öffentliche Diskussion. Wie Mielck und Wild (2021) ausführen, ist diese Debatte stark vom sozioökonomischen Status der beteiligten Personen geprägt. Ältere und sozial benachteiligte Menschen vertreten besonders häufig das strikte Gleichheitsprinzip. Dieses Prinzip fordert, dass Staat und Gesellschaft zugunsten einkommensschwacher und benachteiligter Gruppen eingreifen sollen. Ziel ist es, ihnen eine Gesundheitsversorgung zu ermöglichen, die derjenigen privilegierter Gruppen entspricht. Menschen mit geringem Einkommen oder mehreren Belastungen unterstützen diesen Ansatz besonders, da sie oft einen hohen Bedarf an medizinischer Versorgung haben. Demgegenüber befürworten gesundheitsbewusste und höher gebildete Bevölkerungsgruppen eher eine individualistische Position, nach der jede Person selbst für ihre Versorgung verantwortlich ist und der Zugang weitgehend über den freien Markt geregelt werden soll. Diese Haltung spiegelt sich auch darin wider, dass sie aufgrund eines insgesamt geringeren Bedarfs an Gesundheitsleistungen weniger auf staatliche Unterstützung angewiesen ist (S. 230–231).

Die Soziale Arbeit hat in diesem Zusammenhang die Aufgabe, die gesellschaftliche Diskussion anzustossen, zu fördern und sich zu positionieren. Dabei geht es um die grundlegende Frage, welchen Wert eine gesunde Gesellschaft hat und wie sie mit benachteiligten Gruppen, wie suchtbetroffenen älteren Menschen, umgeht. Ihr Auftrag besteht darin, sichtbar zu machen, dass gesundheitliche Ungleichheiten nicht allein individuelle Probleme darstellen, sondern

Ausdruck struktureller Benachteiligungen sind. Durch Sensibilisierung und fachliche Expertise kann die Soziale Arbeit dazu beitragen, dass die Gesellschaft Wege findet, die Vulnerabilität dieser Gruppen zu reduzieren und ihnen bessere Teilhabe- und Gesundheitschancen zu ermöglichen.

Darüber hinaus kommt der Sozialen Arbeit eine zentrale Rolle in der Entstigmatisierung von Sucht und Alter zu. Sucht im Alter ist in vielen gesellschaftlichen Kontexten noch tabuisiert, wodurch Betroffene häufig keinen Zugang zu Hilfsangeboten finden. Verhaltenspräventive Ansätze müssen deshalb mit Aufklärungs- und Sensibilisierungsarbeit verbunden werden, um Barrieren abzubauen und die Teilhabechancen suchtbetroffener älterer Menschen zu sichern.

6.3.2 Soziale Arbeit im sozialpolitischen Kontext

Die Verhältnisprävention ist untrennbar mit sozialpolitischen Fragen verbunden. Gesundheitliche Chancengleichheit kann nicht allein auf der Ebene individueller Massnahmen hergestellt werden, sondern erfordert strukturelle Veränderungen, die durch Politik, Gesellschaft und Institutionen gemeinsam getragen werden müssen. Weber (2020) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass gesundheitliche Gerechtigkeit nur dann erreicht werden kann, wenn Reformen in sämtlichen Bereichen, wie Arbeitsmarkt-, Bildungs-, Sozial-, Migrations- und Gesundheitspolitik, erfolgen (S. 59).

Dabei spielt Governance, verstanden als Zusammenspiel von Politik, Wirtschaft und Zivilgesellschaft, eine entscheidende Rolle: Sie definiert die Rahmenbedingungen, die es Menschen ermöglichen oder erschweren, ein gesundes Leben zu führen. Die Herstellung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit bedeutet also, diese Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass Ungleichheiten systematisch abgebaut und Teilhabechancen erweitert werden (Weber, 2020, S. 34).

Für die Soziale Arbeit ergibt sich daraus ein klarer sozialpolitischer Auftrag:

- **Ungleichheiten sichtbar machen:** Die Profession muss strukturelle Ursachen sozialer Ungerechtigkeit benennen und in die öffentliche Debatte einbringen. Dazu gehört es, Altersarmut, Diskriminierung oder die fehlende Sichtbarkeit von Sucht im Alter gesellschaftlich zu thematisieren.
- **Lobbyarbeit leisten:** Die Soziale Arbeit ist gefordert, die Interessen benachteiligter Gruppen, wie suchtbetroffener älterer Menschen, in politischen

Entscheidungsprozessen zu vertreten. Das bedeutet, dass sich die Soziale Arbeit sowohl auf individueller Ebene als auch durch die Berufsverbände Social Avenir verstärkt in Fachgremien und in die politische Arbeit einbringen sollte.

- **Ressourcen gerechter verteilen:** Ein weiterer Auftrag besteht darin, sich aktiv für die gerechte Verteilung materieller und immaterieller Ressourcen einzusetzen. Der Berufskodex (AvenirSocial, 2010) verpflichtet Fachpersonen ausdrücklich, soziale Gerechtigkeit zu fördern und gesellschaftliche Verbesserungen einzufordern (S.10-11).

Die sozialpolitische Dimension der Verhältnisprävention zeigt sich insbesondere in der Forderung nach tiefgreifenden Anpassungen auf allen Ebenen: von sozialpolitischen Strategien gegen Altersarmut über den Ausbau von niederschweligen Beratungsangeboten bis hin zur Bekämpfung von Diskriminierung und Stigmatisierung. Wie von dem Knesebeck und Schäfer (2009) mit Bezug auf die Kontinuitätstheorie betont wird, wirkt sich der im Erwerbsleben erreichte soziale Status massgeblich auf die Lebensqualität im Alter aus (S. 255). Einkommen, Bildung und berufliche Stellung prägen nicht nur die Möglichkeiten während der aktiven Berufsjahre, sondern setzen sich auch in die nachberufliche Lebensphase fort. Wer bereits während der Erwerbsphase mit sozialen Benachteiligungen konfrontiert ist, trägt diese oftmals im Alter weiter. Daraus folgt, dass präventive Massnahmen nicht erst im hohen Alter einsetzen dürfen, sondern bereits während des gesamten Erwerbsverlaufs greifen müssen. Nur so lässt sich verhindern, dass bestehende Unterschiede kumulativ wirken und im Alter weiter verstärkt werden. Eine lebenslauforientierte Verhältnisprävention, die sowohl vertikale Faktoren wie sozioökonomische Lage und Bildung als auch horizontale Faktoren wie Geschlecht, Migrationshintergrund oder regionale Wohnlage berücksichtigt, ist daher unverzichtbar, um gesundheitliche Ungleichheiten nachhaltig zu reduzieren.

Die Soziale Arbeit übernimmt damit nicht nur eine begleitende, sondern auch eine gestaltende Rolle. Sie ist Brückenbauerin zwischen Betroffenen, Fachpraxis und Politik. Ihre Aufgabe ist es, gesellschaftliche Sensibilisierung voranzutreiben und durch interdisziplinäre sowie multisektorale Zusammenarbeit nachhaltige Lösungen mitzugestalten. In diesem Sinne ist Verhältnisprävention nicht nur ein fachlicher Ansatz, sondern auch ein politisches Handlungsfeld, in dem die Soziale Arbeit als Anwältin für benachteiligte Gruppen auftritt und aktiv auf eine gerechtere Gesellschaft hinwirkt.

6.4 Soziale Arbeit in verschiedenen Arbeitsfelder

Gesundheitliche Ungleichheit zeigt sich besonders deutlich im Zusammenspiel von sozialen, psychischen und körperlichen Belastungen. Diese Ungleichheit kann durch soziale Benachteiligung, fehlende Ressourcen oder eingeschränkten Zugang zu Unterstützungssystemen weiter verstärkt werden. Die Soziale Arbeit nimmt in diesem Zusammenhang eine zentrale Rolle ein, da sie an der Schnittstelle zwischen Individuum, Gesellschaft und Institution agiert. Sie trägt dazu bei, soziale Teilhabe zu fördern, Belastungen zu verringern und gesundheitliche Chancengleichheit zu stärken.

Gesundheit wird im Verständnis der Sozialen Arbeit nicht als statischer Zustand, sondern als fortlaufender Prozess verstanden, der durch individuelle Lebensbedingungen, soziale Netzwerke und gesellschaftliche Strukturen beeinflusst wird. Besonders bei älteren suchtbetroffenen Menschen zeigt sich, dass gesundheitliche Risiken und psychosoziale Belastungen eng miteinander verknüpft sind. Hier kann die Soziale Arbeit durch ihre ganzheitliche Perspektive und ihren ressourcenorientierten Ansatz einen entscheidenden Beitrag leisten, um gesundheitliche Stabilität und Selbstbestimmung zu fördern.

Das Handlungsfeld Gesundheit und Sucht umfasst eine breite Palette von Arbeitsbereichen, in denen die Soziale Arbeit aktiv sein kann. Die nachfolgenden Unterkapitel geben einen Überblick über zentrale Tätigkeitsfelder und verdeutlichen, wie sozialarbeiterische Ansätze im Gesundheitswesen, in der Prävention und in der direkten Suchtarbeit zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit beitragen können.

6.4.1 Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

Gesundheit ist, wie im Kapitel 2 bereits beschrieben, ein dynamisches Zusammenspiel biologischer, psychischer und sozialer Faktoren. In vielen Institutionen des Gesundheitswesens dominiert jedoch nach wie vor das biomedizinische Modell, das den Fokus auf die Diagnose und Behandlung körperlicher Symptome legt. Dadurch geraten soziale Einflussfaktoren, individuelle Lebensverläufe und subjektive Erfahrungen in den Hintergrund. Insbesondere im Kontext von Alter und Sucht zeigt sich diese Reduktion als problematisch, da beide Themenfelder durch komplexe Wechselwirkungen zwischen biologischen, psychischen und sozialen Dimensionen gekennzeichnet sind. Eine ganzheitliche Betrachtung der Lebenssituation ist daher unabdingbar, um nachhaltige gesundheitliche Verbesserungen zu erzielen.

Das Leitbild von SAGES betont die Verpflichtung der Sozialen Arbeit, die sozialen Dimensionen von Gesundheit und Krankheit sichtbar zu machen, zu vertreten und aktiv positiv zu beeinflussen (AvenirSocial, 2018, S. 3). Daraus ergibt sich der Auftrag, das Verständnis für die Vielschichtigkeit des Gesundheits- und Suchtbegriffs zu fördern und soziale Ungleichheiten im Gesundheitsbereich kritisch zu reflektieren. Dieses Bewusstsein bildet die Grundlage, um gesundheitliche Ungleichheit zu erkennen, vorhandene Ressourcen gezielt zu stärken, Belastungen abzubauen und die Vulnerabilität der betroffenen Personen zu verringern.

Obwohl der Ansatz der Salutogenese nach Antonovsky ein bedeutendes Gegenmodell zum biomedizinischen Modell (Kapitel 2.1) darstellt, findet er in der Praxis medizinischer Einrichtungen bislang noch zu wenig Beachtung. Zeitliche, strukturelle und institutionelle Rahmenbedingungen führen dazu, dass symptomorientierte Behandlung dominiert, während die Förderung von Ressourcen und individueller Bewältigungskompetenzen oftmals vernachlässigt werden. Dies hat zur Folge, dass besonders bei suchtbetroffenen älteren Menschen zentrale Komponenten des Kohärenzgefühls (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit) beeinträchtigt sein können und so ihre Fähigkeiten zu einer konstruktiven Stress- und Belastungsbewältigung schwächt. Damit kann sowohl der Heilungsprozess als auch die gesundheitliche Stabilität negativ beeinflusst werden.

Vor diesem Hintergrund kommt der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen eine zentrale Brückenfunktion zu. Sie vermittelt zwischen den Disziplinen Medizin und Pflege, den betroffenen Individuen und deren sozialem Umfeld. Damit leistet sie einen wesentlichen Beitrag zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit. Die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit eröffnet die Möglichkeit, Menschen in Phasen gesundheitlicher Krisen oder im Kontakt mit medizinischen Institutionen gezielt zu erreichen. Während das biomedizinische Modell den Zugang zur medizinischen Versorgung legitimiert, kann durch die Integration des salutogenetischen Ansatzes das spezifische Fachwissen der Sozialen Arbeit wirksam eingebracht werden. Dies ermöglicht eine ressourcenorientierte Begleitung und Beratung dieser vulnerabler Personengruppen, beispielsweise im Rahmen einer Sozialberatung im Spital oder in einer hausärztlichen Praxis. Diese interdisziplinäre Zusammenarbeit stärkt die Gesundheitskompetenz der Betroffenen und die Nachhaltigkeit von Interventionen und kann so das Risiko der Gesundheitlicher Ungleichheit senken.

6.4.2 Soziale Arbeit und Suchtprävention

Um gesundheitliche Ungleichheit wirksam zu verringern, muss neben der Förderung des gesunden Alterns und der Verbesserung des sozioökonomischen Status, auch die Suchtproblematik berücksichtigt werden. Sucht stellt einen eigenständigen Risikofaktor für gesundheitliche Ungleichheit dar. Besonders bei der sogenannten Late-Onset-Abhängigkeit kann die Soziale Arbeit durch präventive Ansätze einen wesentlichen Beitrag leisten. Bei einer Early-Onset-Abhängigkeit steht dagegen die Schadensminderung im Vordergrund.

Ein bedeutender Risikofaktor für die Entstehung einer späten Abhängigkeit ist die Pensionierung als kritisches Lebensereignis. Sie bringt tiefgreifende Veränderungen, finanzielle Einschränkung und den Verlust sozialer Rollen und Alltagsstrukturen mit sich. Dadurch steigt die Gefahr, dass Suchtmittel als Bewältigungsstrategie eingesetzt werden. Durch frühzeitige Sensibilisierung und gezielte Begleitung in dieser Übergangsphase kann die Soziale Arbeit dazu beitragen, das Risiko einer Suchtentwicklung zu reduzieren. Wichtig ist die Sucht im Alter nicht nur als Erkrankung, sondern auch als individuelle Bewältigungsstrategie zu verstehen. Präventionsarbeit muss daher auf verschiedenen Ebenen ansetzen: Sie soll individuelle Strategien zur Stressbewältigung vermitteln, den Zugang zu präventiven Angeboten auch für sozioökonomisch benachteiligte Gruppen verbessern und gleichzeitig gesellschaftliche Risikofaktoren sichtbar machen. Dies kann durch gezielte Informationsveranstaltungen in einfacher Sprache oder Herkunftssprache oder durch den Einsatz des Multiplikator:innen Ansatzes in Form von Peer-to-Peer Projekten erfolgen (Weber & Hösli, 2020, S. 14).

Durch solche Massnahmen kann die Soziale Arbeit präventiv dazu beitragen, die Lebensqualität älterer Menschen zu sichern, deren Bewältigungskompetenzen zu stärken und soziale Isolation vorzubeugen. Prävention im Kontext von Alter und Sucht bedeutet somit nicht nur, den Konsum von Substanzen zu vermeiden, sondern die vorhandenen Ressourcen zu fördern und soziale Teilhabe zu ermöglichen.

6.4.3 Soziale Arbeit in der Suchtarbeit

Der Fachverband Sucht hat bereits 2016/17 auf die Herausforderungen in der Versorgung alternder suchtbetroffener Menschen hingewiesen. In einer interdisziplinären Arbeitsgruppe wurden sowohl professionelle als auch strukturelle Schwierigkeiten identifiziert. Deutlich

wurde, dass bestehende Angebote die Diversität der betroffenen älterer suchtbetroffener Menschen unzureichend berücksichtigen und es an fachspezifischem Wissen mangelt. Suchtfachkräfte sind oft wenig mit altersspezifischen Fragen vertraut, während Fachpersonen aus Medizin und Altersarbeit die Suchtproblematik in ihrer Beurteilung zu wenig miteinbeziehen. Diese Lücken erschweren eine umfassende Problemwahrnehmung sowie ein gegenseitiges Verständnis, wodurch auch konstruktive Lösungsansätze behindert werden (S. 1).

Bachmann und Brand (2024) betonen, dass es neben dem spezifischen Fachwissen in der Suchtarbeit einer vertieften Auseinandersetzung mit den Lebens- und Bewältigungsstrategien sowie mit der physischen und psychischen Gesundheit suchtbetroffener älterer Menschen bedarf (S. 22). Um die Versorgung dieser Statusgruppe zu verbessern, muss die Soziale Arbeit ihr Fachwissen aktiv einbringen, interdisziplinäre Kooperation fördern und Netzwerke stärken. So können Synergien genutzt und die vielfältigen Bedürfnisse der Betroffenen ganzheitlich berücksichtigt werden. In der direkten Arbeit ist eine partizipative und wertfreie Haltung zentral. Die Sucht darf nicht isoliert betrachtet werden, vielmehr sind Lebenslage, Verlusterfahrungen, Einsamkeit und Autonomieverlust einzubeziehen, da sie die Vulnerabilität erhöhen. Die Soziale Arbeit sollte für diese Zusammenhänge besonders sensibilisiert sein. Das Sucht-Trias (Kapitel 4.1) bietet hierbei einen geeigneten Leitfaden, um die Komplexität von Suchterkrankungen systematisch zu erfassen und Ressourcen gezielt zu aktivieren und fördern, was zu einer nachhaltigen Verringerung der Vulnerabilität der Betroffenen beiträgt. Der Fokus der Beratung darf daher nicht allein auf der Sucht liegen, sondern muss eine umfassende Betrachtung der vertikalen und horizontalen Risikofaktoren einschliessen.

Bachmann und Brand (2024) heben zudem hervor, dass die Soziale Arbeit ihre Angebote in Prävention und Unterstützung gezielt auf die betroffene Statusgruppe ausrichtet, da ältere Menschen oft skeptisch gegenüber Hilfs- und Präventionsangeboten sind. Nur so können diese Angebote die Zielgruppe tatsächlich erreichen und ihren spezifischen Bedürfnissen gerecht werden (S. 22). Voraussetzung dafür ist eine kontinuierliche und kritische Reflexion der eigenen Arbeit, um bestehende Strukturen und Vorgehensweisen den Anforderungen der Praxis anzupassen. Ebenso muss die Soziale Arbeit die Sucht verstärkt als Erkrankung - auch von älteren Personen in der Öffentlichkeit thematisieren, um Stigmatisierungen, Scham und Diskriminierungen abzubauen und den Zugang zu Unterstützung zu erleichtern.

6.5 Soziale Arbeit im Setting

Die Soziale Arbeit im Setting bedeutet, dass die Menschen in ihrer Lebenswelt erreicht werden. Der Setting Ansatz ist ein zentraler Punkt in der Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten, er setzt im jeweiligen Umfeld ein, in dem Menschen ihren Alltag gestalten. Er wird als ein klar umrissenes soziales und räumliches System verstanden, welches den Menschen prägt und die Gesundheit beeinflusst, zum Beispiel Schulen, Arbeitsplätze, Gemeinden, Quartiere oder Wohnort. Der Ansatz berücksichtigt das Zusammenspiel von sozialen, ökonomischen und kulturellen Bedingungen und individuellen Lebensbedingungen. Ziel ist es, die Lebenswelt so zu gestalten, dass die Gesundheit der Menschen langfristig gefördert und positiv beeinflusst werden kann (BAG, 2016, S. 29).

Die grosse Heterogenität suchtbetroffener älterer Menschen, die zusätzlich von gesundheitlicher Ungleichheit betroffen sind, macht es sehr anspruchsvoll, ein geeignetes Setting zu wählen. Eine allgemeingültige Antwort darauf ist nicht möglich. In dieser Auseinandersetzung erscheint es zentral, kulturelle und sprachliche Rahmenbedingungen zu berücksichtigen, da ein Migrationshintergrund nachweislich einen bedeutsamen Risikofaktor für gesundheitliche Ungleichheit darstellt. Daraus ergibt sich die Frage, wie Menschen mit Migrationshintergrund im Übergang ins Rentenalter angemessen erreicht werden können.

Ein möglicher Zugang bietet sich über die jeweiligen Diaspora-Gemeinschaften mithilfe des Multiplikatoren Ansatzes. Multiplikator:innen sind Personen oder Gruppen, die der Zielgruppe nahestehen und dadurch einen erleichterten Zugang zu ihr haben. Sie werden als Vermittler:innen von Gesundheitsbotschaften oder präventiven Massnahmen geschult, mit dem Ziel, die Reichweite und Wirksamkeit, insbesondere bei schwer erreichbaren oder vulnerablen Zielgruppen zu erhöhen. Durch diesen partizipativen Ansatz können die Zielgruppen nachhaltig erreicht, strukturelle Barrieren reduziert sowie Selbstwirksamkeit und Teilhabe gestärkt werden (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021, S.37-38).

Der Auftrag der Sozialen Arbeit besteht dabei darin, als Vermittlerin von Fachwissen, Vernetzungs- und Sensibilisierungsarbeit für Vereine, Hilfsorganisationen und Dienstleistende im Altersbereich innerhalb den sozialen Netzwerken von Migrant: innen zu wirken.

6.6 Soziale Arbeit mit Direktbetroffenen

Während die vorangegangenen Abschnitte die strukturellen und präventiven Handlungsfelder der Sozialen Arbeit im Kontext von Gesundheit und Sucht beleuchtet haben, richtet sich der Fokus im folgenden Kapitel auf die Mikroebene. Dabei steht die direkte Arbeit mit suchtbetroffenen älteren Menschen im Zentrum, bei der theoretische Grundlagen in konkrete sozialarbeiterische Handlungsprozesse übersetzt werden. Dadurch wird verdeutlicht, wie sich theoretische Modelle und Erkenntnisse der vorangegangenen Kapitel in konkrete sozialarbeiterische Handlungsprozesse übersetzen lassen.

Der in der NCD-Strategie (BAG, 2016) betonte Lebensphasenansatz ist in diesem Zusammenhang zentral, da er die gesamte Lebensspanne berücksichtigt. Obwohl die Statusgruppe in dem Modell der Lebensphase „Senior:innen 60+“ zugeordnet ist (S. 29), beginnt die Vorbereitung auf ein gesundes Altern bereits in der vorhergehenden Lebensphase. Die Soziale Arbeit sollte daher insbesondere den Übergang fokussieren, weil in dieser Phase zentrale Veränderungen in sozialer, emotionaler und ökonomischer Hinsicht stattfinden.

Die Auseinandersetzung mit gesundheitlicher Ungleichheit verdeutlicht, dass der Zugang zu medizinischen und pflegerischen Leistungen nicht für alle Menschen gleichermassen gewährleistet ist. Spiess und Schnyder-Walser (2018) zeigen in ihrem Bericht auf, dass finanzielle Einschränkungen, lange Transportwege und Sprachbarrieren, etwa durch fehlende Kostenübernahme von Dolmetscherdiensten sowie ein hoher Zeitaufwand, Gründe für den Verzicht auf Gesundheitsleistungen darstellen (S. 13). Besonders für vulnerable Personengruppen kann der eingeschränkte Zugang zu medizinischer Versorgung erhebliche Folgen für das körperliche und psychische Wohlbefinden haben. Ein exemplarisches Beispiel ist die Suchtberatung, die im Lebensphasenmodell der NCD-Strategie (BAG, 2016, S. 29) zwar im Erwachsenen Alter, aber nicht für die Lebensphase der Senior:innen aufgeführt wird. Dabei stellt die Suchtberatung ein niederschwelliges und kostenloses Angebot dar, das Betroffenen ermöglicht, sich mit ihrer Situation sowie ihrem Umgang mit Alkohol- und Medikamentenkonsum auseinanderzusetzen. Im Gegensatz dazu ist die Psychotherapie sowohl finanziell als auch hinsichtlich der Erreichbarkeit mit höheren Hürden verbunden. Einerseits bestehen zu wenig Therapieplätze und damit lange Wartezeiten, andererseits sind die Kosten nicht immer vollständig durch Versicherungen (Privat oder Staat) gedeckt.

Die erhöhte Vulnerabilität suchtbetroffener älterer Menschen stellt die Soziale Arbeit vor eine besonders anspruchsvolle Aufgabe. Die demographische Entwicklung, die steigende Lebenserwartung und die zunehmende Diversität im Alterungsprozess rücken die Frage nach einer gelingenden Gestaltung des Alterns zunehmend in den Fokus. Ziel ist es, durch unterstützende, ressourcenorientierte und partizipative Handlungsansätze die Selbstbestimmung, soziale Teilhabe und die Lebensqualität der Betroffenen zu fördern. In der Beratung und Begleitung gilt es im Sinne des bio-psycho-soziales Modell die jeweilige Lebensphase mit ihren spezifischen Merkmalen, individuellen Belastungsfaktoren, vorhandenen Ressourcen sowie das soziale Netz einzubeziehen. Weiter ist zu berücksichtigen, dass Altern keine homogene Lebensphase ist, sondern geprägt wird durch individuelle biografische Verläufe, sowie durch soziale und ökonomische gesundheitliche Unterschiede.

Das Leitbild für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen hebt hervor, dass professionelles Handeln auf einem strukturierten Vorgehen basieren sollte. Dazu gehören die Situationserfassung, Analyse, sozialdiagnostische Einschätzung, Bewertung, Problemstellung, Zielsetzung, Interventionsplanung, Durchführung und Evaluation (AvenirSociale, 2018, S. 2). Die von Weber in Kapitel 2.3 beschriebenen zentralen Effekte gesundheitlicher Ungleichheit sollten dabei systematisch berücksichtigt werden. Sie sind zunächst zu erfassen, analysieren und bewerten, um daraus eine präzise Problemstellung und realistische Zielsetzungen abzuleiten. Auf dieser Grundlage können Belastungseffekte reduziert und durch die Stärkung vorhandener Ressourcen abgefedert werden.

Die Interventionsplanung sollte partizipativ erfolgen, indem sie gemeinsam mit den Betroffenen entwickelt und deren Wahrnehmung und Prioritäten einbezieht. Damit wird zugleich das SOK-Modell (Kapitel 3.3) berücksichtigt, welches selbstbestimmte Entwicklungsverläufe unterstützt. Dieses strukturierte und beteiligungsorientierte Vorgehen ermöglicht eine fachlich fundierte Praxis, die planvoll umgesetzt und evaluiert werden kann. Das gewährleistet eine partizipative und auf Autonomie ausgerichtete Zusammenarbeit, die sowohl die Betroffenen selbst als auch ihr soziales Umfeld stärkt. Im Sinne des Salutogenese Modells kann dadurch der Kohärenzsinn der Betroffenen gestärkt werden, indem Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit im Umgang mit Belastungen gefördert werden. Zudem lassen sich vorhandene Ressourcen gezielt aktivieren und die Vulnerabilität verringern.

Die Auseinandersetzung im Rahmen dieser Bachelorarbeit verdeutlicht, dass Fachpersonen der Sozialen Arbeit im direkten Kontakt mit Betroffenen und ihren Angehörigen gefordert sind, individuelle Lebenslagen differenziert zu erfassen und angemessene Unterstützung zu bieten. Je nach Handlungsfeld kann dies durch aufsuchende Arbeit, kultursensible Beratung oder niedrigschwellige Gruppenangebote erfolgen. Entscheidend ist dabei eine ressourcenorientierte Haltung. Durch eine ganzheitliche und partizipative Vorgehensweise kann die Soziale Arbeit zugleich soziale Isolation verringern, gesundheitliche Ressourcen aktivieren und Selbstbestimmung im Alter fördern. Damit leistet sie einen wesentlichen Beitrag zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit und zur Förderung von Chancengerechtigkeit bei suchtbetroffenen älteren Menschen.

6.7 Auftrag und Rolle der Sozialen Arbeit

Die Auseinandersetzung mit gesundheitlicher Ungleichheit bei suchtbetroffenen älteren Menschen zeigt, dass die Soziale Arbeit nicht nur bei bereits eingetretenen Folgen ansetzen darf. Entscheidend ist, frühzeitig Risikofaktoren zu erkennen, Ressourcen zu stärken und präventiv tätig zu werden. Dabei braucht es eine Verbindung von individueller Unterstützung und strukturellem Engagement.

Für die Praxis bedeutet dies:

- **Individuell:** Ältere Menschen sollen befähigt werden, ihre Gesundheit aktiv mitzugestalten. Hierzu gehören Beratung, Vermittlung von Bewältigungsstrategien, Angebote zur Förderung sozialer Teilhabe sowie niedrigschwellige Zugänge zu Hilfen, etwa durch aufsuchende Arbeit oder kultursensible Ansätze.
- **Strukturell:** Soziale Arbeit trägt Verantwortung, auf gesellschaftliche Benachteiligungen hinzuweisen und aktiv am Abbau von Barrieren mitzuwirken. Dazu zählen die Bekämpfung von Altersdiskriminierung, die Verbesserung des Zugangs zu Angeboten für einkommensschwache Gruppen und die Enttabuisierung von Sucht im Alter.
- **Präventiv:** Besonders an Übergängen wie der Pensionierung gilt es, auf Risiken aufmerksam zu machen und Alternativen zu schaffen, um Late-Onset-Abhängigkeiten vorzubeugen. Prävention muss dabei sowohl verhaltensorientiert (Stärkung individueller Kompetenzen) als auch verhältnisorientiert (Veränderung der Lebensumstände) umgesetzt werden.

- **Kooperativ:** Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Medizin, Pflege, Suchthilfe Gesellschaft und Politik ist unverzichtbar. Die Soziale Arbeit übernimmt hier eine vermittelnde Rolle und sorgt dafür, dass die besonderen Lebenslagen suchtbetroffener älterer Menschen berücksichtigt werden.

Soziale Arbeit ist damit Brückenbauerin zwischen Individuum, Gesellschaft und Politik. Ihr Auftrag geht über die direkte Unterstützung hinaus: Sie muss strukturelle Ungleichheiten sichtbar machen, Lobbyarbeit leisten und gesellschaftliche Sensibilisierung vorantreiben. Nur so können gesundheitliche Chancen gerechter verteilt und die Teilhabechancen suchtbetroffener älterer Menschen nachhaltig verbessert werden.

7 Fazit und Ausblick

Die vorliegende Bachelorarbeit verdeutlicht, dass gesundheitliche Ungleichheit auch in einem wohlhabenden Land wie der Schweiz eine tiefgreifende gesellschaftliche Herausforderung darstellt. Gesundheit ist nicht primär das Ergebnis individueller Entscheidungen, sondern Ausdruck sozialer, wirtschaftlicher und struktureller Rahmenbedingungen. Bildungsniveau, Einkommen, Wohnsituation und gesellschaftliche Teilhabe bestimmen massgeblich, welche Chancen Menschen auf ein gesundes Leben haben. Trotz gesundheitspolitischer Strategien gelingt es bislang nur begrenzt, diese Ungleichheiten nachhaltig zu reduzieren, obwohl damit zugleich Gesundheitskosten reduziert werden könnten.

Das Beispiel suchtbetroffener älterer Menschen zeigt, wie sich soziale und gesundheitliche Benachteiligungen über den Lebensverlauf hinweg gegenseitig verstärken. Der Alterungsprozess bringt häufig physische Einschränkungen, psychische Belastungen und den Verlust sozialer Netzwerke mit sich. Wenn zusätzlich eine Suchterkrankung vorliegt, verschärfen sich diese Belastungen und führen zu komplexen gesundheitlichen und sozialen Problemlagen. Sucht im Alter ist daher weniger als individuelles Fehlverhalten zu verstehen, sondern als Ausdruck gesellschaftlicher Ungleichheitsstrukturen, die Betroffene in mehrfacher Hinsicht benachteiligen.

Die Analyse macht deutlich, dass gesundheitliche Ungleichheit ein strukturell bedingtes Phänomen ist. Soziale Determinanten wie Bildung, Einkommen oder gesellschaftlicher Status wirken unmittelbar auf Gesundheitschancen. Ein hoher Status kann gesundheitliche Risiken abfedern, während Personen mit geringen Ressourcen ungleich stärker belastet sind. Eine

wirksame Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit erfordert daher ein systemisches Vorgehen, das über individuelle Prävention hinausgeht und auf die Veränderung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen abzielt.

Der im November 2025 erschienene OBSAN-Bericht zur gesundheitlichen Ungleichheit zeigt eindrücklich, wie dringlich das Thema ist. Die darin aufgezeigten Entwicklungen unterstreichen, dass gesundheitliche Ungleichheit ein strukturelles Problem bleibt, das gezielte politische und fachliche Antworten braucht. Der Bericht bietet deshalb eine wichtige Grundlage, um nachhaltige und wirksame Lösungsansätze zu entwickeln.

Zentral ist dabei ein interdisziplinäres Zusammenwirken von Fachpersonen, Politik, Institutionen und Gesellschaft. Gesundheitsförderung und Prävention sollten sozial gerecht, lebensphasenübergreifend und niedrigschwellig gestaltet sein, um insbesondere vulnerable Gruppen zu erreichen. Entscheidend ist, dass Massnahmen nicht nur auf individuelle Verhaltensänderungen, sondern auf die Schaffung fairer Strukturen abzielen, die gleiche Gesundheitschancen für alle ermöglichen.

Eine besondere Verantwortung tragen die Hochschulen. Als Bildungs- und Forschungseinrichtungen gestalten sie das professionelle Verständnis zukünftiger Fachpersonen und können gesundheitliche Ungleichheit als Querschnittsthema in Lehre und Forschung verankern. Durch interdisziplinäre Ansätze, praxisnahe Forschung und Kooperation mit gesellschaftlichen Akteuren leisten sie einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung nachhaltiger Lösungen. Hochschulen fungieren somit als Bindeglied zwischen Wissenschaft, Praxis und Politik und können Impulse für eine gerechtere Gesundheitsversorgung setzen.

Gesundheitliche Gleichstellung lässt sich nur durch gemeinsames und langfristiges Engagement erreichen. Sie erfordert politische Entschlossenheit, institutionelle Verantwortung und gesellschaftliche Solidarität. Wenn soziale, ökonomische und gesundheitliche Dimensionen gemeinsam gedacht und bearbeitet werden, kann das Ziel einer chancengerechten und inklusiven Gesundheitsgesellschaft realisiert werden. Die Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit bleibt damit eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die eine kontinuierliche Zusammenarbeit von Forschung, Bildung, Praxis und Politik voraussetzt.²

Für die Rechtschreibkorrektur und Verbesserung der Sprache wurde für den gesamten Text Open AI. (2025), ChatGPT Dezember Version 5.2., <https://chatgpt.com/> verwendet.

Literaturverzeichnis

- Akzent Prävention und Suchttherapie (2023). *Suchtspirale. Instrument mit Fallbeispielen zur Auseinandersetzung mit Sucht*. https://www.akzent-luzern.ch/pr%C3%A4vention/media/diothek/suchtspirale/23_Suchtspirale_Handbuch.pdf
- Alter und Sucht. (o.J.). *Alter und Sucht*. <https://www.alterundsucht.ch>
- Avenir Social. (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis*. [Broschüre]. https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/Web_SCR_Berufskodex_De_A5_db_221020.pdf
- AvenirSocial (2018)). *Leitbild Soziale Arbeit im Gesundheitswesen* [Broschüre]. Avenir Social & Schweizerischer Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (SAGES) (Hrsg.). https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/RZ_Leitbild_A5_db_250419_v2.pdf
- Avenir Social, Fachverband Sucht, FHNW, SAGES (2024). *Empfehlung für die Soziale Arbeit in der Suchthilfe und -prävention*. https://fachverbandsucht.ch/download/1574/Empfehlungen_Soziale_Arbeit_Sucht_lay_V11def.pdf
- Bachmann, A. & Brand, P. (2024, November). Sucht im Alter: Die Rolle der Sozialen Arbeit. *SozialAktuell. Fachzeitschrift für Soziale Arbeit*, 2024 (8), 22–23.
- Backes, G. & Clemens, W. (2013). *Lebensphase Alter: Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung* (4., überarb. Aufl.). Beltz.
- Bleck, C. & van Riessen A. (2022). Soziale Arbeit mit alten Menschen und ihre Grundlagen: Eine Hinführung. In C. Bleck, & A. van Riessen (Hrsg.), *Soziale Arbeit mit alten Menschen. Ein Studienbuch zu Hintergründen, Theorien, Prinzipien und Methoden* (1. Aufl., S. 3-26). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-37573-7_1
- Boeger, A. & Lüdmann, M. (2022). *Psychologie für die Gesundheitswissenschaft*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-63622-0>
- Bührer, U. C. (2021). Zentrale Theorien des Alterns und ihre Relevanz für die Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit. *Blätter der Wohlfahrtspflege (BdW)*, 168(6), 230-233.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (o.J.). *ICD-11 in Deutsch – Entwurfsfassung*. https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html%20

Bundesamt für Gesundheit (2015). *Nationale Strategie Sucht 2017-2024 verlängert bis 2028*. <https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/amLEy1X1k-NU/stategie-sucht.pdf>

Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2016). *Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017-2024*. https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/2022-11/NCD-Strategie_2017-2024.pdf

Bundesamt für Gesundheit (2019, Dezember). *Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020-2030*. BAG. <https://backend.bag.admin.ch/fileservice/sdweb-docs-prod-bagadminch-files/files/2025/03/18/f79a92ad-41cc-4e89-9fa0-7033e52ecf4d.pdf>

Bundesamt für Gesundheit (2020, August). *Massnahmeplan 2021-2024 zur Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD- Strategie) 2017-2024*. Bundesamt für Gesundheit (BAG), Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und – direktoren (GDK) & Gesundheitsförderung Schweiz (GFC) (Hrsg.). <https://backend.bag.admin.ch/fileservice/sdweb-docs-prod-bagadminch-files/files/2025/03/18/bdf5baef-6263-4da8-bd9d-faa8c6bf7c61.pdf>

Bundesamt für Gesundheit. (o.J.). *Verhaltenssüchte*. <https://www.bag.admin.ch/de/verhaltenssuechte>

Bundesamt für Statistik. (2024A). *Alkohol*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/determinanten/alkohol.assetdetail.30546348.html>

Bundesamt für Statistik. (2023, August). *Altersaufbau der Bevölkerung nach Geschlecht*. <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/26905503>

Bundesamt für Statistik. (2025, August). *Alterspyramide der Schweiz, 1860 - 2055*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken.assetdetail.36073944.html>

- Burla, L. (2025). *Gesundheit – für alle? Bericht zu gesundheitlichen Ungleichheiten in der Schweiz* (Bericht 10/25). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan). https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2025-11/obsan_10_2025_bericht.pdf
- Cihlar, V., Reinwarth, A. & Lippke, S. (2023). Einsamkeit im Alter: die geografische und psychosoziale Perspektive. In A. Teti, E. Nowossadeck, J. Fuchs & H. Künemund (Hrsg.), *Wohnen und Gesundheit im Alter. Vechtaer Beiträge zur Gerontologie* (S. 55-76). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-34386-6_4
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institute for Futures Studies. Background document to WHO. Strategy paper for Europe.
- Ernst, M. (2024). *Einsamkeit – Modelle, Ursachen, Interventionen*. Ernst Reinhardt Verlag. <https://doi.org/10.36198/9783838562292>
- Fachverband Sucht. (2016/17). *Versorgung alternder abhängiger Frauen und Männer Problemanalyse Männer, Problemanalyse aus Sicht von Fachpersonen der Suchthilfe, des Altersbereichs und der medizinischen Grundversorgung* [Zusammenfassung]. https://fachverbandsucht.ch/download/548/Zusammenfassung_Problemlage_Versorgung_alternder_abhngiger_Menschen.pdf
- Franzkowiak, P. (2008). Prävention im Gesundheitswesen. In G. Hensen & P. Hensen (Hrsg.), *Gesundheitswesen und Sozialstaat* (S. 195-219). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-91010-9_7
- Franzkowiak, P. (2025). Prävention und Krankheitsprävention. In Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. <https://dx.doi.org/10.17623/BIOEG:Q4-i091-4.0>
- Gärtner, C. & Nartschenko, V. (2016). Chronifizierter Substanzmissbrauch im Alter - Probleme und Herausforderungen. In S. V. Müller & C. Gärtner (Hrsg.), *Lebensqualität im Alter. Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung* (S. 313-329). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-09976-3_18

- Gesundheitsförderung Schweiz (Januar, 2025). *Vulnerabilität in unterschiedlichen Lebensphasen. Gesundheitliche Chancengerechtigkeit in Gesundheitsförderung und Prävention fördern* (Faktenblatt 113). https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/2025-01/Faktenblatt_113_GFCH_2025-01_Vulnerabilitaet-unterschiedlichen-Lebensphasen.pdf
- Hartung, S. (2011). Was hält uns gesund? Gesundheitsressourcen: Von der Salutogenese zum Sozialkapital. In T. Schott & C. Hornberg (Hrsg.), *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit* (1. Aufl., S. 235- 255). VS. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92790-9_12
- Heinz, A., Gül Halil, M., Gutwinski, S., Beck, A. & Liu, S. (2022). ICD-11: Änderung der diagnostischen Kriterien der Substanzabhängigkeit. *Nervenarzt*, 93, 51-58. <https://doi.org/10.1007/s00115-021-01071-7>
- Heusinger, J. (2016). Alt Werden und alt Sein im sozialen Wandel. In S. V. Müller. & C. Gärnter (Hrsg.), *Lebensqualität im Alter: Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung psychischen Erkrankungen* (S. 23–37). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-09976-3_2
- Hradil, S. (2009). Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. (S. 35-54). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-531-91643-9_2
- Homfeldt, H.G. (2012). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit: Ein einführendes Handbuch* (S.489-503). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-94311-4_30
- Infodrog (2024, Mai). *Pensionierung. Gut vorbereitet in den neuen Lebensabschnitt* [Brochüre]. https://www.infodrog.ch/files/content/alter/2024-05_Infodrog_Pensionierung_A5_de_web.pdf
- Infodrog (o.J.a). *Risikoarmer Konsum*. Präventionslexikon. <https://www.infodrog.ch/de/wissen/praeventionslexikon/risikoarmer-konsum.html#top>
- Infodrog (o.J.b). *Risikoreicher Konsum*. Präventionslexikon. <https://www.infodrog.ch/de/wissen/praeventionslexikon/risikoreicher-konsum.html#top>

Kernmayr, H.G. (1955). *Weil du arm bist musst du früher sterben*. Pohl.

Klein, J. & von dem Knesebeck, O. (2022). Soziale Ungleichheit in der Gesundheitlichen Versorgung. In J. Siegrist, U. Stössel & A. Trojan (Hrsg.), *Medizinische Soziologie in Deutschland: Entstehung und Entwicklungen* (S. 213-228). Springer VS.
https://doi.org/10.1007/978-3-658-37692-5_12

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2021). *Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung* [Brochüre]. Köln und Berlin.
https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Good_Practice/21-08-30_Broschuere_Good_Practice-Kriterien_neu_barrierefrei_01.pdf

König, C. (2025). Sucht im Alter: Wer? Wie? Warum? *Psinfo Fachzeitschrift Pro Senectute*, 2025 (1), 2-3. https://www.prosenectute.ch/dam/jcr:a1f6854b-9fb8-45e5-bd11-ea8041013a02/Psinfo_01_2025_DE.pdf

Kruse, A. & Wahl, H.W. (2010). *Zukunft Altern: Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen*. Spektrum Akademischer Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-8274-2200-2>

Kümpers, S. & Alisch, M. (2024). Altern und soziale Ungleichheit - Teilhabechancen und Ausgrenzungsrisiken. In E-U. Huster, & J. Boeckh. (Hrsg.), *Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung* (4. Aufl., S. 609-627). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-37806-6_27

Lampert, T. & Hoebel, J. (2023). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In K. Hurrelmann & M. Richter (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (2. Aufl., S. 155-171). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-42103-8_9

Lindstrøm, B., & Eriksson, M. (2019). Von der Anatomie der Gesundheit zur Architektur des Lebens – Salutogene Wege der Gesundheitsförderung. In C. Meier Magistretti (Hrsg.), *Salutogenese kennen und verstehen: Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung* (1. Aufl., S. 25- 33). Hogrefe AG. <http://doi.org/10.1024/85768-000>

Marmot, M.G. (2015). *The health gap: the challenge of an unequal world*. Bloomsbury Press.

Mielck, A. (2010). Welche sozialen Unterschiede im Gesundheitszustand sind «ungerecht»? In D. Strech & G. Marckmann (Hrsg), *Public Health Ethik* (S. 79-96). LIT.

Mielck, A. & Wild, V. (2021). *Gesundheitliche Ungleichheit – Auf dem Weg von Daten zu Taten: Fragen und Empfehlungen aus Sozial-Epidemiologie und Public-Health-Ethik*. Beltz.

Mikl-Horke, G. (2007). *Industrie- und Arbeitssoziologie*. (6. vollst. überarb. Aufl.) De Gruyter Oldenbourg. <https://doi.org/10.1524/9783486843064>

Niekrens, S. (2012). *Sucht im Alter; Möglichkeiten der Intervention aus sozialarbeiterischer Perspektive*. Centaurus. <https://doi.org/10.1007/978-3-86226-898-6>

Pro Senectute (o.J.a) *Armut im Alter*. <https://www.prosenectute.ch/de/ratgeber/finanzen/altersarmut.html>

Pro Senectute (o.J.b). *Einsamkeit im Alter*. <https://www.prosenectute.ch/de/ratgeber/alltag/einsamkeit.html>

Richter, M. & Hurrelmann, K. (2023). Die soziologische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (2. Aufl., S. 1-19). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-42103-8_1

Schmidt, A. (2020). Individuelle Wege ins Rentenalter. *Laut und Leise*, 2020 (3), 18- 19. https://suchtpraevention-zh.ch/wp-content/uploads/2020/11/Magazin_Laut_Leise_2020-03.pdf

Spiess, M., & Schnyder-Walser, K. (2018). *Chancengleichheit und Gesundheit – Zahlen und Fakten für die Schweiz* [Hintergrunddokument]. Bundesamt für Gesundheit BAG. <https://backend.bag.admin.ch/fileservice/sdweb-docs-prod-bagadminch-files/files/2025/03/18/98997e28-82eb-469e-b05b-e91c6374e153.pdf>

Staiger, T. (2024) Gesundheitliche Ungleichheit: empirische Befunde, theoretische Erklärungsansätze und Perspektiven gesundheitlicher Chancengleichheit. In E.-U. Huster & J. Boeckh (Hrsg.), *Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung* (4. Aufl., S. 465-494). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-37806-6_21

Sting, S. & Blum, C. (2003). *Soziale Arbeit in der Suchtprävention* (1. Aufl.). Reinhardt.

- Sucht Schweiz (o.J.). *Zahlen und Fakten*. <https://www.suchtschweiz.ch/zahlen-und-fakten/medikamente/medikamente-infografiken/>
- Thiele, G. (2022). Entwicklungen und Perspektiven ausgewählter Alter(n)stheorien. In C. Bleck & A. van Riessen (Hrsg.), *Soziale Arbeit mit alten Menschen: Ein Studienbuch zu Hintergründen, Theorien, Prinzipien und Methoden* (1. Aufl., S. 171–186). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-37573-7_10
- Thurnheer, K. (2023). Mit guten Praxisbeispielen unterwegs in die Caring Communities des langen Lebens. In R. Sempach, C. Steinebach & P. Zängl (Hrsg.), *Care schafft Community – Community braucht Care* (1. Aufl., S. 267–287). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-32554-1_17
- Tielking, K. & Rabes, M. (2024). *Sucht und Gesundheit Soziale Perspektive für Suchtprävention und Suchthilfe*. Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-43954-5>
- Vereinte Nationen (1948). *Allgemeine Erklärung der Menschenrechte*. <https://un-ric.org/de/allgemeine-erklaerung-menschenrechte/>
- Von dem Knesebeck, O. & Schäfer, I. (2009). Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.) *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme und Perspektiven* (2. Aktualisierte Aufl., S. 253-265) Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-531-91643-9_14
- Weber, D., Abel, B., Ackermann, G., Biedermann, A., Bürgi, F., Kessler, C., Schneider, J., Steinmann, R. M. & Widmer Howald, F. (2016). *Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Grundlagen für kantonale Aktionsprogramme «Gesundheitsförderung im Alter»* [Bericht 5]. Gesundheitsförderung Schweiz. https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/migration/documents/Bericht_005_GFCH_2016-03_-_Gesundheit_und_Lebensqualitaet_im_Alter.pdf
- Weber, D. (2020). *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz, Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen* [Grundlagenbericht]. GFCH, BAG, GDK. <https://gesundheitsfoerderung.ch/node/679>
- Weber, D. & Hösli, S. (2020). *Chancengleichheit in Gesundheitsförderung und Prävention. Bewährte Ansätze und Erfolgskriterien. Kurzversion für die Praxis*. BAG, GFCH, GDK.

https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/2022-11/Kurzversion_Grundlagenbericht_Chancengleichheit_in_Gesundheitsfoerderung_und_Praevention_in_der_Schweiz.pdf

Weltgesundheitsorganisation. (o.J.). *Verfassung*. <https://www.who.int/about/governance/constitution>

Weltgesundheitsorganisation (1999). *GESUNDHEIT21: das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO*. Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/645afab1-9551-4890-9b24-cff99cbebc8b/content>

Weltgesundheitsorganisation. (2025, 6 Mai). *Gesundheitliche Ungleichheit verkürzen das Leben um Jahrzehnte*. <https://www.who.int/news/item/06-05-2025-health-inequities-are-shortening-lives-by-decades>

Weltgesundheitsorganisation. (2016). *Zusammenfassung. Weltbericht über Altern und Gesundheit* [Bericht]. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_ger.pdf

Zürcher Fachstelle des Alkohols- und Schlaf- und Beruhigungsmittel- Missbrauch. (2007). *Suchtprobleme im Alter- es gibt Lösungen! Eine Präventionsbroschüre für Pflege-, Betreuungs- und Beratungsfachleute mit Kontakt zu älteren Menschen*. https://suchtpraevention.ch/cm_data/Suchtprobleme_im_Alter.pdf