

Gesundheitliche Ungleichheit im Alter

Die Rolle der Sozialen Arbeit in der
chancengerechten Förderung psychischer
Gesundheit älterer Menschen in der Schweiz

Autorin: Alessia Maina

Vertiefungsrichtung: Sozialarbeit

Studienjahrgang: 2020-2026

Diese Arbeit wurde am 16. Juli 2026 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 August 2026

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Studiengangleitung Bachelor Soziale Arbeit

Abstract

Die Bachelorarbeit *Gesundheitliche Ungleichheit im Alter – Die Rolle der Sozialen Arbeit in der chancengerechten Förderung psychischer Gesundheit älterer Menschen in der Schweiz* von Alessia Maina untersucht, wie die psychische Gesundheit älterer Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status (SES) in der Schweiz chancengerecht gefördert werden kann und welche Rolle der Sozialen Arbeit dabei zukommt. Grundlage bildet eine theoriegeleitete Literaturrecherche, in der wissenschaftliche Fachliteratur, gesundheitswissenschaftliche Berichte sowie praxisorientierte Publikationen aus dem schweizerischen Kontext herangezogen werden. Im Zentrum stehen gesundheitliche Ungleichheit im Alter, psychische Gesundheit, soziale und strukturelle Determinanten sowie Zugangsbarrieren zu gesundheitsfördernden Angeboten. Die Analyse zeigt, dass ältere Menschen mit niedrigem SES häufiger von kumulierten Belastungen betroffen sind und zugleich mehr Zugangsbarrieren zu Unterstützung erleben. Chancengerechte Gesundheitsförderung muss deshalb individuelle Ressourcenstärkung mit der Verbesserung sozialer Lebensbedingungen verbinden. Die Soziale Arbeit kann dazu beitragen, indem sie psychosoziale Unterstützung leistet, materielle und soziale Ressourcen erschliesst, soziale Teilhabe fördert, Zugänge zu Angeboten erleichtert und strukturelle Benachteiligungen sichtbar macht. Die Arbeit kommt zum Schluss, dass Soziale Arbeit gesundheitliche Ungleichheit nicht allein beseitigen kann, jedoch eine wichtige vermittelnde, lebensweltorientierte, ressourcenerschliessende und anwaltschaftliche Rolle in der chancengerechten Förderung psychischer Gesundheit im Alter einnimmt.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	1
Inhaltsverzeichnis	2
Danksagung	4
1 Einleitung	4
1.1 Ausgangslage und Problemstellung	4
1.2 Zielsetzung und Fragestellung	5
1.3 Abgrenzung	6
1.4 Methodisches Vorgehen	7
1.5 Aufbau der Arbeit	7
2 Theoretischer Rahmen	8
2.1 Gesundheit und psychische Gesundheit im Alter	8
2.2 Gesundheitliche Ungleichheit im Alter	11
2.3 Determinanten und psychische Gesundheit im Alter	15
2.3.1 Bildung und Einkommen	15
2.3.2 Wohnsituation, soziale Teilhabe und die Lebenslaufperspektive	17
2.4 Zugang zu gesundheitsfördernden Angeboten	20
3 Gesundheitsförderung und psychische Gesundheit im Alter	23
3.1 Nationale Strategien und Programme in der Schweiz	23
3.2 Massnahmen zur Förderung psychischer Gesundheit älterer Menschen mit niedrigem SES	24
3.2.1 Soziale Teilhabe und Ressourcenstärkung	25

3.2.2 Zugänglichkeit, zielgruppenspezifische Ansätze und strukturelle Bedingungen	26
4 Die Rolle der Sozialen Arbeit in der chancengerechten Förderung psychischer Gesundheit älterer Menschen	28
4.1 Ausgangslage und Handlungsbedarf der Sozialen Arbeit	29
4.2 Prävention und Gesundheitsförderung als Bezugspunkte der Sozialen Arbeit	30
4.3 Handlungsebenen der Sozialen Arbeit	32
4.3.1 Soziale Arbeit auf individueller Ebene	32
4.3.2 Soziale Arbeit auf institutioneller und sozialräumlicher Ebene	34
4.3.3 Soziale Arbeit auf struktureller und sozialpolitischer Ebene	35
4.4 Sozialarbeiterische Gestaltungskriterien chancengerechter Massnahmen	37
4.4.1 Zugänglichkeit und Lebensweltorientierung	37
4.4.2 Partizipation, Empowerment und Netzwerkarbeit	39
4.4.3 Strukturelle Verankerung und Nachhaltigkeit	41
4.5 Möglichkeiten und Grenzen sozialarbeiterischen Handelns	43
5 Schlussfolgerungen und Ausblick	45
5.1 Zentrale Erkenntnisse und Beantwortung der Fragestellung	45
5.2 Ausblick	46
Literaturverzeichnis	49

Danksagung

Ich danke Ian Wunderli herzlich für das sorgfältige Lektorat und kritische Hinterfragen meiner Arbeit. Die konstruktiven Rückmeldungen haben wesentlich zur Weiterentwicklung dieser Bachelorarbeit beigetragen. Ebenso gilt mein besonderer Dank Dr. Julia Richter für die fachliche Unterstützung, die wertvollen Anregungen und die Begleitung während des gesamten Arbeitsprozesses. Darüber hinaus danke ich der Hochschule Luzern Foundation für die grosszügige finanzielle Unterstützung, die mir die notwendigen Freiräume geschaffen hat, um mich mit der erforderlichen Sorgfalt und Tiefe dieser Bachelorarbeit zu widmen.

1 Einleitung

Dieses Kapitel führt zunächst in die Ausgangslage und Problemstellung ein. Anschliessend werden Zielsetzung und Fragestellungen der Arbeit dargelegt. Danach folgen eine Abgrenzung sowie eine Beschreibung des methodischen Vorgehens. Abschliessend wird der Aufbau der Arbeit erläutert.

1.1 Ausgangslage und Problemstellung

Die psychische Gesundheit im Alter gewinnt vor dem Hintergrund des demografischen Wandels zunehmend an gesellschaftlicher, politischer und fachlicher Bedeutung. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung wächst der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung kontinuierlich (Budowski et al., 2024, S. 5). In der Schweiz ist der Anteil der über 65-Jährigen inzwischen erstmals grösser als jener der unter 20-Jährigen (Bundesamt für Statistik, 2026). Mit dieser demografischen Entwicklung rücken Fragen der psychischen Gesundheit verstärkt in den Fokus, da sie einen wesentlichen Einfluss auf Lebensqualität, soziale Teilhabe, Autonomie und Wohlbefinden im Alter hat.

Die Schweiz weist im internationalen Vergleich eine hohe Lebenserwartung und insgesamt gute Gesundheitsbedingungen auf. Diese Chancen sind jedoch ungleich verteilt (Spiess & Schnyder-Walser, 2018, S. 9). Unterschiede im Gesundheitszustand und in der Lebenserwartung entstehen dabei nicht zufällig und lassen sich auch nicht ausschliesslich biologisch erklären. Vielmehr folgen sie einem sozialen Muster. Menschen in sozioökonomisch benachteiligten Lebenslagen weisen häufiger gesundheitliche Belastungen auf und haben eine tiefere Lebenserwartung als gesellschaftlich besser gestellte Personen (Budowski, 2024, S. 8). Da diese Unterschiede sozial bedingt sind und als vermeidbar und ungerecht gelten, wird in diesem Zusammenhang von gesundheitlicher Ungerechtigkeit gesprochen (Weber, 2022, S. 38).

Ob Menschen ihren Lebensabend bei guter Gesundheit und mit hoher Lebensqualität erleben können, wird nicht ausschliesslich durch individuelle Voraussetzungen bestimmt. Ebenso entscheidend sind materielle und soziale Ressourcen, die innerhalb der Gesellschaft ungleich verteilt sind (Höglinger et al., 2019, S. 56). Wie Weber (2022) beschreibt, ist das Alter mit spezifischen Übergängen und Belastungen verbunden, etwa dem Austritt aus dem Erwerbsleben, dem Verlust sozialer Rollen, Verwitwung, Einsamkeit, gesundheitliche Einschränkungen oder zunehmender Pflegebedürftigkeit (S. 19). Menschen mit einem niedrigem SES verfügen häufig über weniger finanzielle, soziale und gesundheitliche Ressourcen und sind zugleich stärker von Belastungen wie Armut, Einsamkeit, gesundheitlichen Einschränkungen oder erschwertem Zugang zu Unterstützung betroffen. Dies kann die Bewältigung dieser Übergänge zusätzlich erschweren. Im Bereich der psychischen Gesundheit zeigt sich dies unter anderem in einem erhöhten Risiko für depressive Symptome, Angstzustände und psychosoziale Belastungen (S. 74–76). Hinzu kommt, dass bestehende gesundheitsfördernde und präventive Angebote sozial benachteiligte ältere Menschen nicht immer angemessen erreichen. Finanzielle Hürden, geringe Gesundheitskompetenz, Scham, soziale Isolation, sprachliche Barrieren oder strukturelle Hindernisse im Versorgungssystem können dazu führen, dass gerade jene Personen, die einen hohen Unterstützungsbedarf haben, Angebote seltener nutzen (Weber, 2022, S. 39, 87). Dadurch entsteht eine doppelte Benachteiligung, die sich in einem erhöhten Risiko für psychische Belastungen sowie einem gleichzeitig erschwerten Zugang zu gesundheitsfördernden Ressourcen zeigt.

Hier wird die Relevanz der Sozialen Arbeit sichtbar. Psychische Belastungen älterer Menschen mit niedrigem SES sind mit den sozialen Lebensbedingungen verknüpft. Dazu gehören Armut, Einsamkeit, belastende Wohnverhältnisse, fehlende soziale Netzwerke und erschwerte Zugänge zu Unterstützung. Diese Problemlagen liegen im Kernbereich sozialarbeiterischen Handelns. Soziale Arbeit kann psychosoziale Unterstützung leisten, materielle und soziale Ressourcen erschliessen, Zugänge zu Angeboten erleichtern und soziale Teilhabe fördern. Zugleich kann sie strukturelle Benachteiligungen sichtbar machen und gesundheitsförderliche Lebensbedingungen mitgestalten (AvenirSocial, 2026, S. 10–19).

1.2 Zielsetzung und Fragestellung

Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, zu untersuchen, wie die Soziale Arbeit zur chancengerechten Förderung der psychischen Gesundheit älterer Menschen mit niedrigem SES in der Schweiz beitragen kann. Dazu werden zunächst die Zusammenhänge zwischen gesundheitlicher Ungleichheit, Determinanten wie Bildung, Einkommen, Wohnsituation und sozialer Teilhabe sowie der psychischen Gesundheit im Alter theoretisch aufgearbeitet. Darauf aufbauend werden bestehende

gesundheitsfördernde Strategien und Massnahmen in der Schweiz beleuchtet, insbesondere im Hinblick auf ihre Erreichbarkeit für sozial benachteiligte ältere Menschen. Auf dieser Grundlage wird abschliessend herausgearbeitet, welche Handlungsmöglichkeiten und Grenzen sich für die Soziale Arbeit ergeben. Auf Basis dieser Zielsetzung ergeben sich die folgenden Leitfragen:

Hauptfrage:

- Wie kann die psychische Gesundheit älterer Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status in der Schweiz chancengerecht gefördert werden und welche Rolle kommt dabei der Sozialen Arbeit zu?

Theoriefragen:

- Was ist unter gesundheitlicher Ungleichheit im Alter zu verstehen und wie zeigt sich diese in Bezug auf die psychische Gesundheit älterer Menschen in der Schweiz?
- Wie beeinflussen die Determinanten Bildung, Einkommen, Wohnsituation und soziale Teilhabe die psychische Gesundheit älterer Menschen und deren Zugang zu gesundheitsfördernden Angeboten?
- Welche gesundheitsfördernden Massnahmen bestehen in der Schweiz zur Förderung der psychischen Gesundheit von älteren Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status und wie werden sie gestaltet?

Praxisfrage:

- Wie kann die Soziale Arbeit zur chancengerechten Förderung der psychischen Gesundheit älterer Menschen beitragen und wie müssen entsprechende Massnahmen gestaltet werden?

1.3 Abgrenzung

Diese Bachelorarbeit richtet ihren Fokus auf die psychische Gesundheit von älteren Menschen mit niedrigem SES in der Schweiz. Niedriger SES wird dabei als mehrdimensionale soziale Benachteiligung verstanden, die insbesondere geringe finanzielle Mittel, niedriges Bildungsniveau und belastende Erwerbsbiografien einschliesst und eingeschränkte soziale Handlungsspielräume zur Folge hat. Im Zentrum steht psychische Gesundheit als dynamischer Zustand von Wohlbefinden, Bewältigungsfähigkeit und sozialer Teilhabe sowie die Frage, wie psychosoziale Belastungen diese beeinflussen können. Angesichts des begrenzten Umfangs der Arbeit kann die Bandbreite psychischer Erkrankungen im Alter nicht umfassend behandelt werden. Stattdessen liegt der Schwerpunkt auf

allgemeinen psychischen Belastungen und psychosozialen Risikofaktoren wie Einsamkeit, Stress durch materielle Unsicherheit sowie Belastungen im Zusammenhang mit kritischen Lebensereignissen. Klinische Diagnostik, Behandlung psychischer Erkrankungen sowie pflegerisch-medizinische Versorgungsfragen stehen nicht im Zentrum.

Unter «älteren Menschen» werden Personen ab dem 65. Lebensjahr verstanden. Der Fokus liegt auf der Altersgruppe 65–80 Jahre, auf Menschen in der nachberuflichen Lebensphase, die grundsätzlich selbstständig leben und von präventiven und gesundheitsfördernden Massnahmen profitieren können.

1.4 Methodisches Vorgehen

Die vorliegende Bachelorarbeit ist als theoriegeleitete Literaturarbeit angelegt. Ziel ist nicht die empirische Überprüfung einzelner Massnahmen, sondern die Zusammenführung und fachliche Einordnung bestehender Erkenntnisse aus *Public Health*, Altersforschung und Sozialer Arbeit. Die Literaturrecherche erfolgte über wissenschaftliche Datenbanken sowie über Publikationen zentraler Schweizer Institutionen wie Bundesamt für Gesundheit, Bundesamt für Statistik, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium und Gesundheitsförderung Schweiz. Ergänzend wurden praxisorientierte Berichte berücksichtigt, sofern sie einen Bezug zu Gesundheitsförderung, psychischer Gesundheit im Alter, sozialer Benachteiligung oder Sozialer Arbeit aufwiesen. Die Auswahl der Literatur orientierte sich an den Fragestellungen der Arbeit. Berücksichtigt wurden insbesondere Quellen, die Zusammenhänge zwischen SES, gesundheitlicher Ungleichheit, psychischer Gesundheit, Alter und Zugang zu gesundheitsfördernden Angeboten behandeln. Für die Einordnung sozialarbeiterischer Handlungsmöglichkeiten wurde Fachliteratur zu Lebensweltorientierung, Partizipation, Empowerment, Ressourcenorientierung, Netzwerkarbeit und Gesundheitsförderung einbezogen. Die Arbeit zielt darauf ab, zentrale Erkenntnisse theoriegeleitet zu bündeln und hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Soziale Arbeit zu reflektieren.

1.5 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit gliedert sich in fünf Kapitel. Nach der Einleitung werden im zweiten Kapitel zentrale theoretische Grundlagen zu psychischer Gesundheit und gesundheitlicher Ungleichheit im Alter erläutert. Dabei wird aufgezeigt, wie die Determinanten Bildung, Einkommen, Wohnsituation und soziale Teilhabe die psychische Gesundheit älterer Menschen beeinflussen und welche Zugangsbarrieren zu gesundheitsfördernden Angeboten bestehen.

Kapitel drei widmet sich der Gesundheitsförderung und psychischen Gesundheit im Alter. Es werden nationale Strategien und Programme in der Schweiz dargestellt sowie ausgewählte Massnahmen zur Förderung psychischer Gesundheit älterer Menschen mit niedrigem SES betrachtet. Der Fokus liegt dabei auf der Frage, wie solche Massnahmen gestaltet sein müssen, damit sie sozial benachteiligte ältere Menschen tatsächlich erreichen.

Im vierten Kapitel wird die Rolle der Sozialen Arbeit in der chancengerechten Förderung psychischer Gesundheit herausgearbeitet. Dazu werden Prävention und Gesundheitsförderung als Bezugspunkte der Sozialen Arbeit eingeordnet und sozialarbeiterische Handlungsfelder auf individueller, institutioneller und sozialpolitischer Ebene dargestellt. Zudem werden Gestaltungskriterien gesundheitsfördernder Massnahmen sowie Möglichkeiten und Grenzen sozialarbeiterischen Handelns reflektiert.

Den Abschluss bildet Kapitel fünf mit den Schlussfolgerungen und einem Ausblick. Darin werden die zentralen Erkenntnisse der Arbeit zusammengeführt, die Hauptfrage beantwortet sowie mögliche Perspektiven für Praxis und Forschung aufgezeigt.

2 Theoretischer Rahmen

Dieses Kapitel dient dem theoretischen Rahmen der Arbeit. Zunächst wird das Verständnis von Gesundheit und psychischer Gesundheit im Alter aufgezeigt. Darauf aufbauend wird gesundheitliche Ungleichheit als sozial bedingte Ungleichverteilung von Gesundheitschancen eingeordnet. Anschliessend werden strukturelle und soziale Determinanten der Gesundheit im Alter sowie Zugangsbarrieren zu gesundheitsfördernden Angeboten betrachtet.

2.1 Gesundheit und psychische Gesundheit im Alter

Psychische Gesundheit ist ein zentraler Bestandteil eines umfassenden Gesundheitsverständnisses. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit, sondern als ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens (1946). Psychische Gesundheit umfasst entsprechend mehr als das Fehlen von psychischen Erkrankungen. Sie beinhaltet Aspekte wie emotionales Wohlbefinden, Sinnhaftigkeit, stabile soziale Beziehungen, positives Selbstwertgefühl und die Fähigkeit, mit dem Alltag umzugehen und sich als Teil einer Gesellschaft zu erfahren (Bürli et al., 2015, S. 12). Heinz (2016) betont, dass psychische Gesundheit und psychische Erkrankung nicht als direkte Gegensätze verstanden werden sollten. Menschen können trotz bestehender oder früherer psychischer Erkrankungen über Ressourcen, gesunde Anteile und

Fähigkeiten zur Lebensgestaltung verfügen (S. 60). Auch Weber (2022) weist darauf hin, dass psychische Gesundheit als dynamischer Prozess zu verstehen ist, der durch das Verhältnis von Belastungen und Ressourcen geprägt wird. Belastungen können durch kritische Lebensereignisse oder alltägliche Herausforderungen entstehen, während Ressourcen stabilisierend wirken und Bewältigung ermöglichen. Im Alter gewinnt dieses Zusammenspiel besondere Bedeutung, da körperliche Einschränkungen, Verluste und Veränderungen sozialer Netzwerke häufiger auftreten können (S. 73–74).

Das bio-psycho-soziale Gesundheitsmodell greift die ganzheitliche Perspektive der WHO-Gesundheitsdefinition auf. Dieses geht davon aus, dass Gesundheit und Krankheit nicht allein durch biologische Faktoren erklärt werden können, sondern durch das Zusammenspiel biologischer, psychischer und sozialer Faktoren entstehen. Biologische Faktoren umfassen beispielsweise körperliche Erkrankungen, genetische Voraussetzungen oder altersbedingte Veränderungen. Psychologische Faktoren beziehen sich unter anderem auf Gedanken, Bewältigungsstrategien, Selbstwirksamkeit oder Stresserleben. Soziale Bedingungen schliessen soziale Beziehungen, materielle Ressourcen, Wohnumfeld und gesellschaftliche Teilhabe ein. Das Modell erweitert damit ein rein medizinisches Verständnis von Gesundheit und macht deutlich, dass psychische Gesundheit immer im Zusammenhang mit körperlichen Voraussetzungen und sozialen Lebensbedingungen betrachtet werden muss (Boeger & Lüdmann, 2022, S. 240–242). Für die Soziale Arbeit ist dieses Modell bedeutsam, da es die Wechselwirkungen zwischen sozialer Lage und psychischer Gesundheit sichtbar macht. Psychische Belastungen im Alter können durch körperliche Einschränkungen, Verlusterfahrungen, Einsamkeit, finanzielle Unsicherheit oder erschwerte Zugänge zu Unterstützung verstärkt werden. Umgekehrt können stabile soziale Beziehungen, materielle Sicherheit, ein unterstützendes Wohnumfeld und zugängliche Hilfsangebote psychisch stabilisierend wirken. Das bio-psycho-soziale Modell bildet damit eine wichtige Grundlage, um psychische Gesundheit im Alter nicht individualisiert, sondern im Zusammenhang mit den vielfältigen Wechselwirkungen zwischen Person und Umwelt zu verstehen.

An diese Perspektive schliesst der salutogenetische Ansatz nach Antonovsky an. Während das bio-psycho-soziale Modell die verschiedenen Einflussdimensionen von Gesundheit beschreibt, richtet die Salutogenese den Blick stärker auf die Frage, wie Gesundheit trotz Belastungen entstehen und erhalten werden kann. Im Zentrum steht nicht die Entstehung von Krankheit, sondern die Entstehung von Gesundheit. Antonovsky versteht Gesundheit und Krankheit dabei nicht als Gegensätze, sondern als Pole eines Kontinuums. Menschen sind demnach nicht entweder vollständig gesund oder krank, sondern bewegen sich je nach Belastungen und Ressourcen zwischen diesen Polen (Lindstrøm &

Eriksson, 2019, S. 29–31). Zentral für die Salutogenese ist das Kohärenzgefühl. Dieses beschreibt eine grundlegende Orientierung, das eigene Leben als verstehbar, handhabbar und sinnhaft zu erleben. Verstehbarkeit meint, dass Menschen Ereignisse und Anforderungen einordnen und nachvollziehen können. Handhabbarkeit beschreibt das Gefühl, über ausreichende eigene oder unterstützende Ressourcen zu verfügen, um mit Anforderungen umgehen zu können. Sinnhaftigkeit verweist darauf, Belastungen und Herausforderungen als bedeutsam zu erleben und Motivation zur Bewältigung zu entwickeln (Boeger & Lüdmann, 2022, S. 243). Für die psychische Gesundheit im Alter ist dieses Konzept relevant, weil ältere Menschen mit Übergängen und kritischen Lebensereignissen wie Pensionierung, Verwitwung, gesundheitlichen Einschränkungen oder dem Verlust sozialer Rollen konfrontiert sein können. Boeger und Lüdmann (2022) beschreiben einen klaren Zusammenhang zwischen Kohärenzsinn und guter physischer und psychischer Gesundheit (S. 243). Ein gestärktes Kohärenzgefühl kann also dazu beitragen, solche Veränderungen einzuordnen, Bewältigungsmöglichkeiten wahrzunehmen und das eigene Leben weiterhin als sinnvoll zu erleben. Ob Menschen Belastungen als verstehbar, handhabbar und sinnhaft erleben, hängt aber nicht nur von ihren persönlichen Fähigkeiten ab. Ebenso wichtig sind die sozialen und materiellen Voraussetzungen, die ihnen im Alltag zur Verfügung stehen. Laut Weber (2020) prägen interne und externe Ressourcen wie Bildung, Gesundheitskompetenz, finanzielle Sicherheit, soziale Beziehungen und Wohnsituation, wie ältere Menschen mit Herausforderungen umgehen können (S. 24). Besonders bei älteren Personen mit niedrigem SES reicht es deshalb nicht aus, nur individuelle Stärken zu fördern. Ebenso entscheidend sind unterstützende Lebensbedingungen und soziale Strukturen. Der salutogenetische Ansatz verbindet die Förderung persönlicher Ressourcen mit der Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten und bildet dadurch eine wichtige Brücke zur Sozialen Arbeit.

In der Schweiz schätzen 56 % der Menschen zwischen 65 und 80 Jahren ihre Lebensqualität als sehr hoch und weitere 24 % als hoch ein (Christen, 2025, S. 17). Gleichzeitig zeigen Daten, dass 11–12 % der älteren Bevölkerung unter mittlerer bis hoher psychischer Belastung leiden (Bundesamt für Statistik, 2023b). Zu den verbreitetsten psychischen Erkrankungen im Alter zählen Depressionen (Schuler et al., 2020, S. 33) und Angsterkrankungen (Stoppe, 2012, S. 2). Besonders Menschen mit niedrigem SES tragen ein erhöhtes Risiko für psychische Belastungen und Erkrankungen (Weber, 2022, S. 76). Zudem wirken sich soziale Benachteiligungen häufig kumulativ über den Lebensverlauf aus, sodass ungünstige Ausgangsbedingungen die psychische Gesundheit im Alter langfristig beeinflussen (Weber, 2020, S. 41).

Ein zentraler Einflussfaktor auf das psychische Wohlbefinden im Alter ist die soziale Teilhabe und das Erleben von Einsamkeit. Die Bedeutung sozialer Beziehungen für die Gesundheit wird auch in der Netzwerkforschung hervorgehoben. Klärner et al. (2020) zeigen, dass soziale Netzwerke sowohl

Ressourcen bereitstellen als auch Belastungen abfedern können (S. 10–11). Müller und Ellwardt (2020) betonen dabei, dass soziale Beziehungen im höheren Lebensalter eine wichtige Schutzfunktion übernehmen, zugleich jedoch durch Verwitwung, gesundheitliche Einschränkungen oder eingeschränkte Mobilität brüchiger werden können (S. 228–229). Ungewollte Einsamkeit betrifft rund 31 % der über 65-Jährigen in der Schweiz und steigt bei den über 75-Jährigen auf 36 % an (Bundesamt für Statistik, 2023a). Besonders betroffen sind unter anderem Menschen mit geringen finanziellen Mitteln, tiefer Bildung, eingeschränkter Mobilität, ältere Frauen, Alleinwohnende und psychisch Erkrankte. Einsamkeit und soziale Isolation wirken dabei als bedeutende Risikofaktoren, die das Risiko für Depressionen und Suizidalität erhöhen und eine ähnlich gesundheitsschädigende Wirkung entfalten wie regelmässiger hoher Tabakkonsum oder Übergewicht (Weber, 2022, S. 76, 82).

Die Ausführungen zeigen, dass psychische Gesundheit im Alter nicht allein als Abwesenheit psychischer Erkrankungen verstanden werden kann. Sie ist vielmehr ein dynamischer Prozess, der durch körperliche Voraussetzungen, psychische Bewältigungsmöglichkeiten, soziale Beziehungen, materielle Sicherheit, Sinnhaftigkeit und Teilhabe geprägt wird. Das bio-psycho-soziale Modell und der salutogenetische Ansatz verdeutlichen dabei, dass psychische Gesundheit immer im Zusammenspiel individueller Ressourcen und sozialer Lebensbedingungen entsteht. Gerade im Alter können kritische Lebensereignisse, Einsamkeit, gesundheitliche Einschränkungen oder Veränderungen sozialer Netzwerke dieses Gleichgewicht belasten. Damit stellt sich die Frage, wie solche Belastungen und Ressourcen in der älteren Bevölkerung verteilt sind und weshalb bestimmte Gruppen schlechtere Gesundheitschancen haben als andere. Im folgenden Kapitel wird deshalb gesundheitliche Ungleichheit im Alter theoretisch eingeordnet.

2.2 Gesundheitliche Ungleichheit im Alter

Gesundheitliche Ungleichheit im Alter steht in engem Zusammenhang mit sozialer Ungleichheit und ist das Ergebnis kumulierter Lebensbedingungen über die gesamte Lebensspanne hinweg. Je nach sozialer Position weisen Menschen unterschiedliche Ressourcen und Belastungen auf. Auch die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung unterscheidet sich, ebenso wie gesundheitsbezogene Verhaltensweisen, die stark durch das soziale Umfeld geprägt werden. Diese ungleiche Verteilung von Chancen und Risiken führt dazu, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen häufiger erkranken, eine geringere Lebenserwartung haben und insgesamt schlechtere Gesundheitschancen aufweisen. Solche Unterschiede sind nicht zufällig, sondern das Ergebnis gesellschaftlicher Strukturen (Weber, 2022, S. 38–41).

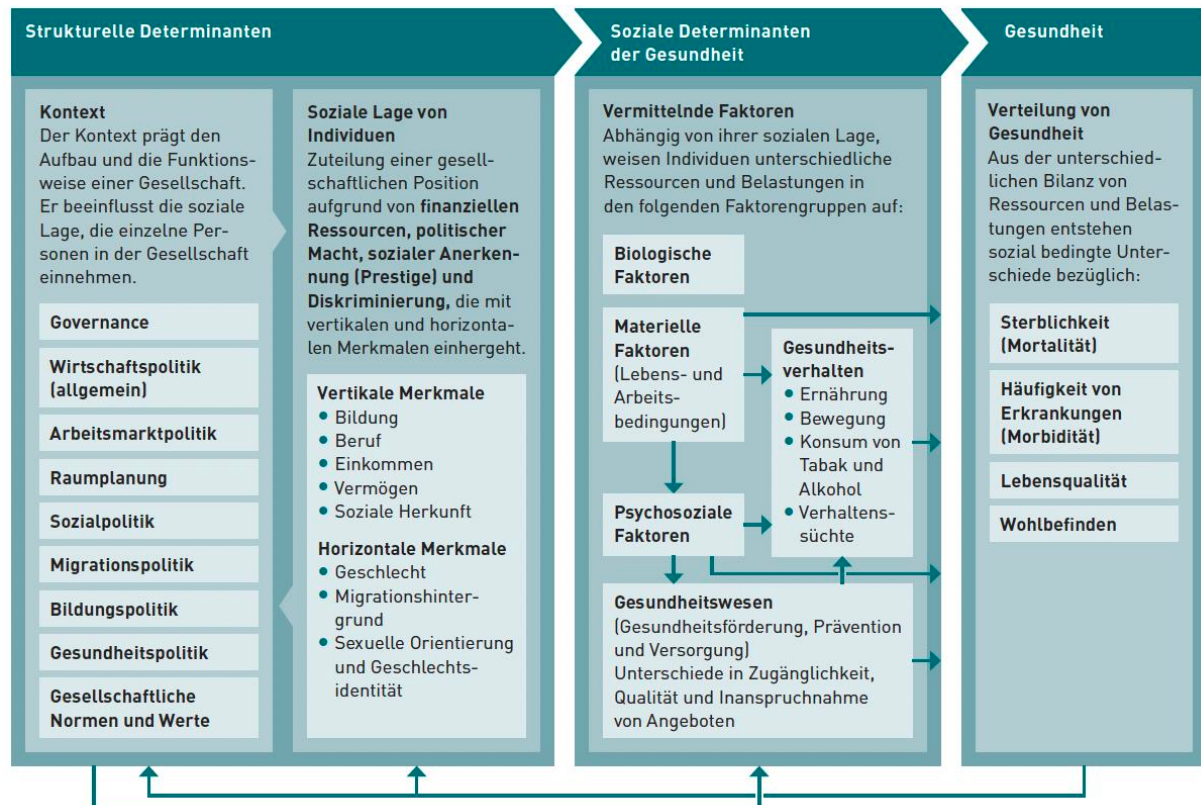


Abb. 1: Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungerechtigkeit (Weber, 2020, S. 34).

Das Modell in Weber (2020), angelehnt an Mielck (2010), stellt den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit dar. Es knüpft an etablierte Erklärungsansätze gesundheitlicher Ungleichheit von der Weltgesundheitsorganisation an und wurde für den Schweizer Kontext weiterentwickelt. Ausgangspunkt ist der gesellschaftliche Kontext, der durch politische, wirtschaftliche und soziale Rahmenbedingungen sowie durch Normen und Werte geprägt ist. Dieser Kontext beeinflusst die soziale Lage von Menschen, indem er bestimmt, welche Position sie innerhalb der Gesellschaft einnehmen und über welche finanziellen und sozialen Ressourcen sie verfügen (S. 34–35). Die soziale Lage wird als der Status einer Person in Abhängigkeit von ihren Möglichkeiten, ihrer sozialen Anerkennung und ihrem politischen Einfluss definiert. Vertikale Ungleichheitsmerkmale wie Bildung, Einkommen, Vermögen und beruflicher Status bilden die Grundlage für den SES, der eine Einordnung innerhalb gesellschaftlicher Hierarchien ermöglicht. Darüber hinaus sind auch horizontale Ungleichheitsmerkmale von Bedeutung, die nicht hierarchisch sind, aber Einfluss auf den Zugang zu Ressourcen, Macht und Anerkennung haben. Dazu gehören Geschlecht, Migrationshintergrund, sexuelle Orientierung, Geschlechtsidentität, Wohnort und Alter (Burla, 2025, S. 7). In dieser Arbeit wird SES als mehrdimensionale soziale Position verstanden, die insbesondere durch Bildung, Einkommen beziehungsweise Vermögen und frühere berufliche Stellung geprägt ist. Für ältere Menschen ist zu berücksichtigen, dass sich einzelne Dimensionen nach der Pensionierung verändern. Während die

aktuelle Erwerbsposition an Bedeutung verliert, wirken sich Bildungsabschlüsse, frühere Erwerbsbiografien, Rentenansprüche und Vermögen weiterhin auf materielle Sicherheit, Gesundheitskompetenz, Wohnsituation, soziale Teilhabe und Zugang zu Unterstützung aus.

Die soziale Lage wiederum bestimmt, in welchem Ausmass Menschen Belastungen ausgesetzt sind und welche Ressourcen ihnen zur Verfügung stehen. Dabei spielen sowohl materielle Bedingungen wie Wohn- und Arbeitsverhältnisse als auch psychosoziale und biologische Faktoren eine Rolle. Ebenso beeinflusst die soziale Lage den Zugang zum Gesundheitswesen sowie die Nutzung und Qualität von Gesundheitsleistungen. Diese Faktoren wirken zusammen und prägen das Gesundheitsverhalten. Aus der unterschiedlichen Verteilung von Ressourcen und Belastungen ergeben sich schliesslich Unterschiede in zentralen Gesundheitsindikatoren wie Mortalität, Morbidität, Lebensqualität und Wohlbefinden (Burla, 2025, S. 7). Das Modell verdeutlicht, dass gesundheitliche Ungleichheiten über mehrere miteinander verbundenen Ebenen entstehen und nicht allein auf individuelles Verhalten zurückgeführt werden können.

Im englischsprachigen Raum wird zwischen *health inequalities* und *health inequities* unterschieden. Erstere bezeichnen allgemeine, wertneutrale Unterschiede im Gesundheitszustand, während *health inequities* vermeidbare und als ungerecht bewertete Ungleichheiten beschreiben, die aus sozialen und strukturellen Bedingungen entstehen (Mielck, 2010, S. 85–86). Vor diesem Hintergrund sind auch die Begriffe gesundheitliche Chancengleichheit und gesundheitliche Chancengerechtigkeit zu unterscheiden. Gesundheitliche Chancengleichheit kann als gesundheitspolitisches Leitziel verstanden werden: Alle Menschen sollen möglichst vergleichbare Möglichkeiten zur Entwicklung, Erhaltung und Wiederherstellung ihrer Gesundheit haben. Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bezeichnet demgegenüber den Weg zu diesem Ziel. Sie bezieht sich auf die Gestaltung jener Bedingungen, die notwendig sind, damit Menschen trotz unterschiedlicher Ausgangslagen tatsächlich Zugang zu Gesundheitsressourcen und Unterstützung erhalten (Weber, 2020, S. 25). In dieser Arbeit wird gesundheitliche Chancengleichheit daher als übergeordnetes Ziel verstanden, während chancengerechte Förderung die bedarfsgerechte Gestaltung von Massnahmen meint. Wie Burla (2025) zeigt, sind Lebensbedingungen ungleich verteilt. Sozial benachteiligte Gruppen haben weniger Ressourcen, sind höheren Belastungen ausgesetzt und erleben mehr Zugangsbarrieren, was zu geringerer Lebensqualität und höherer Morbidität und Mortalität führt. Daher geht es nicht um formale Gleichbehandlung, sondern um bedarfsgerechte Unterstützung im Sinne von *Equity* (S. 7).

Im Anschluss an diese allgemeinen Ausführungen richtet sich der Blick auf gesundheitliche Ungleichheiten in der älteren Bevölkerung. Höglinger et al. (2019) zeigen, dass insbesondere Faktoren wie Bildung, Einkommen, Vermögen sowie Migrationserfahrungen in einem engen Zusammenhang mit

Unterschieden im Gesundheitszustand und der Lebenserwartung stehen (S. 56). Diese Unterschiede werden auch als sozialer Gradient der Gesundheit bezeichnet; sie beschreiben das kontinuierliche Gefälle gesundheitlicher Chancen entlang sozialer Hierarchien. Je höher die soziale Lage einer Person ist, desto besser sind in der Regel ihre Gesundheitschancen. Umgekehrt steigen bei zunehmender sozialer Benachteiligung das Risiko für Erkrankungen sowie die Wahrscheinlichkeit frühzeitiger Sterblichkeit (Wilkinson & Marmot, 2003; zit. in Weber, 2020, S. 28–29). Auch im höheren Lebensalter bleibt dieser Gradient nachweisbar, wenngleich sich die Unterschiede zwischen einzelnen sozialen Gruppen teilweise abschwächen können (Höglinger et al., 2019, S. 56). Gleichzeitig ist der Zusammenhang zwischen gesundheitlicher Ungleichheit und Alter im Vergleich zu früheren Lebensphasen weniger umfassend erforscht. Lampert und Hoebel (2023) weisen darauf hin, dass gesundheitliche Ungleichheiten auch im höheren Lebensalter fortbestehen, der Forschungsstand hierzu jedoch weniger breit ist, als für jüngere Bevölkerungsgruppen (S. 164). Für ältere Menschen gewinnt zudem eine intersektionale Perspektive an Bedeutung. Burla (2025) macht deutlich, dass sich verschiedene Formen sozialer Ungleichheit nicht einfach addieren, sondern im Zusammenspiel gegenseitig verstärken können. Macht- und Diskriminierungsverhältnisse, etwa im Zusammenhang mit Geschlecht, sozialer Herkunft oder Migrationshintergrund, wirken dabei gleichzeitig und ineinandergreifend. Dadurch können spezifische und oft intensivere Benachteiligungen entstehen, die das Risiko gesundheitlicher Einschränkungen erhöhen (S. 79).

In der Schweiz zeigen sich gesundheitliche Unterschiede beispielhaft in Daten aus der Stadt Bern, wo Männer in einkommensschwachen Quartieren eine um fünf Jahre geringere Lebenserwartung aufweisen als Bewohner wohlhabenderer Viertel (Spiess & Schnyder-Walser, 2018, S. 9). Auch nationale Daten bestätigen diese Zusammenhänge: Wie der Bericht von Burla (2025) zeigt, weisen Personen mit geringer Bildung, niedrigem Einkommen oder prekären Lebensbedingungen über nahezu alle Gesundheitsindikatoren hinweg schlechtere Werte auf. Sie sind häufiger von chronischen Erkrankungen betroffen, berichten öfter über gesundheitliche Einschränkungen und haben gleichzeitig einen erschwerten Zugang zur Gesundheitsversorgung (S. 37–66).

Das Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungerechtigkeit verdeutlicht, dass gesundheitliche Ungleichheit aus dem Zusammenspiel gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, sozialer Lage, Ressourcen, Belastungen, Gesundheitsverhalten und Versorgungszugängen entsteht. Für die vorliegende Arbeit bildet das Modell deshalb eine wichtige theoretische Grundlage. Es zeigt, dass die psychische Gesundheit älterer Menschen mit niedrigem SES auf mehreren miteinander verbundenen Ebenen geprägt wird und chancengerechte Förderung sowohl individuelle Ressourcen als auch soziale und strukturelle Bedingungen berücksichtigen muss.

Im folgenden Kapitel werden deshalb zentrale strukturelle und soziale Determinanten betrachtet, die psychische Gesundheit im Alter beeinflussen.

2.3 Determinanten und psychische Gesundheit im Alter

Wie im vorangegangenen Kapitel beschrieben, wird im Modell von Weber (2020) zur Erklärung gesundheitlicher Ungerechtigkeit zwischen strukturellen Determinanten und sozialen Gesundheitsdeterminanten unterschieden. Strukturelle Determinanten umfassen den gesellschaftlichen Kontext sowie die soziale Position von Individuen innerhalb dieses Gefüges. Sie beschreiben jene Prozesse, durch die Menschen systematisch unterschiedlichen sozialen Lagen zugeordnet werden und dadurch ungleiche gesundheitliche Chancen erhalten (S. 40). Eine Grundlage der sozialen Lage bildet der SES, der sich laut Dorner (2021) in den meisten Studien aus Bildung, Einkommen und beruflicher Position zusammensetzt (S. 186). Soziale Determinanten der Gesundheit beziehen sich demgegenüber auf die konkreten Lebensbedingungen im Alltag, also auf jene Umstände, unter denen Menschen geboren werden, aufwachsen, leben, arbeiten und altern. Diese Bedingungen sind den strukturellen Determinanten nachgelagert und werden durch diese massgeblich geprägt, wodurch sich strukturelle Ungleichheiten in alltäglichen Ressourcen und Belastungen niederschlagen (Solar & Irwin, 2010; zit. in Weber, 2020, S. 40–41). Darüber hinaus wirken sich diese Einflussfaktoren nicht nur auf den Gesundheitszustand selbst aus, sondern auch auf den Zugang zu gesundheitsfördernden und präventiven Angeboten. Unterschiede in Bildung und Gesundheitskompetenz können dazu führen, dass Informations- und Unterstützungsangebote unterschiedlich wahrgenommen und genutzt werden (Weber, 2022, S. 40).

Nachfolgend wird der Frage nachgegangen, wie sich Bildung, Einkommen, Wohnsituation und soziale Teilhabe auf die psychische Gesundheit älterer Menschen und deren Zugang zu gesundheitsfördernden Angeboten auswirken. Diese Determinanten sind für die vorliegende Arbeit besonders relevant, weil sie einerseits Belastungen und Ressourcen im Alter prägen und andererseits wichtige Ansatzpunkte für sozialarbeiterisches Handeln bieten.

2.3.1 Bildung und Einkommen

Die formale Schulbildung wird in der Regel in drei Bildungsstufen unterteilt: Primärbildung umfasst die obligatorische Schulzeit, Sekundärbildung eine weiterführende Ausbildung wie eine Lehre oder höhere Schule, und Tertiärbildung bezeichnet Abschlüsse auf Hochschul- oder Universitätsniveau (Dorner, 2021, S. 186). Bildung beeinflusst die psychische Gesundheit im Alter sowohl direkt als auch indirekt. Sie prägt materielle Lebensbedingungen, Gesundheitskompetenz sowie kognitive und psychosoziale

Ressourcen, die für die Bewältigung von Belastungen wichtig sind (Burla, 2025, S. 75). Aktuelle Schweizer Daten zeigen einen deutlichen Bildungsgradienten im Bereich der psychischen Gesundheit. Personen mit tieferem Bildungsstand weisen häufiger psychische Beschwerden auf als Personen mit höherem Bildungsabschluss. Besonders Personen ohne nachobligatorische Ausbildung berichten im Vergleich zu Personen mit Tertiärabschluss deutlich häufiger von Symptomen psychischer Erkrankungen. Dies betrifft nicht nur depressive Symptome und Angstsymptome, sondern auch Hinweise auf weitere psychische Belastungen wie Panikstörungen, Zwangsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen oder selbstberichtete diagnostizierte Substanzabhängigkeiten (Peter et al., 2023, S. 4). Auch Burla (2025) zeigt, dass Personen mit niedriger Bildung und finanziellen Schwierigkeiten häufiger von gesundheitlichen Einschränkungen und seltener von einer hohen Lebensqualität berichten (S. 75). Spiess und Schnyder-Walser (2018) beschreiben zudem eine Verbindung zwischen Bildungsniveau und dem Vorkommen von Depression. Menschen mit einem obligatorischen Schulabschluss leiden doppelt so häufig an (mittel-)schwerer Depression, als Menschen mit einem Tertiärabschluss (S. 48). Die Ursachen dieser Unterschiede sind mehrdimensional. Einerseits kann ein tiefer Bildungsstand über berufliche Position, Arbeitsbedingungen, Gesundheitsverhalten und psychosoziale Bewältigungsressourcen das Risiko psychischer Beschwerden erhöhen. Andererseits können psychische Erkrankungen selbst Bildungswege beeinträchtigen, etwa wenn sie Schul- oder Ausbildungserfolg erschweren (Bayer-Oglesby et al., 2023, S. 3). Ein weiterer Erklärungsmechanismus liegt in den unterschiedlichen Bewältigungsressourcen. Bildung kann die Entwicklung kognitiver Reserven und wirksamer Coping-Strategien fördern, wodurch Belastungen besser verarbeitet werden können (Müller & Ellwardt, 2020, S. 234). Zudem können höher gebildete Personen über eine höhere Gesundheitskompetenz verfügen, was den Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen erleichtern kann. Bei Personen mit niedriger Bildung können psychische Probleme zudem stärker stigmatisiert oder weniger als unterstützungsbedürftig wahrgenommen werden, wodurch die Bereitschaft sinken kann, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen (Weber, 2022, S. 75–78). Bildung beeinflusst damit nicht nur psychische Gesundheit selbst, sondern auch die Fähigkeit, Informationen zu verstehen, Unterstützung zu suchen und Angebote zu nutzen.

Eng mit Bildung verbunden sind Einkommen und materielle Sicherheit, da Bildungs- und Erwerbsverläufe die ökonomische Lage im Alter wesentlich mitprägen. Einkommen gilt als einfacher Indikator für den sozioökonomischen Status, kann jedoch unterschiedlich erfasst werden, etwa über individuelles oder Haushaltseinkommen. Auch Vermögenswerte können berücksichtigt werden (Dorner, 2021, S. 186). Das Einkommen und der damit verbundene ökonomische Status beeinflussen die psychische Gesundheit sowohl direkt als auch indirekt über die materiellen Lebensbedingungen.

Armut im Alter bedeutet oft ökonomische Exklusion und schränkt die Handlungsspielräume sowie die gesellschaftliche Teilhabe massiv ein (Alisch & Kümpers, 2022, S. 81–83). Menschen mit geringem Einkommen verfügen oftmals über weniger Möglichkeiten, ihre Wohnsituation, Freizeitgestaltung oder Ernährung gesundheitsförderlich zu gestalten, als finanziell besser gestellte Personen (Lamprecht et al., 2006, S. 34). Aktuelle Schweizer Daten verdeutlichen diesen Zusammenhang: Personen aus der tiefsten Einkommensgruppe berichten deutlich häufiger von entmutigter oder deprimierter Stimmung als der Bevölkerungsdurchschnitt, während Personen mit hohem Einkommen seltener von Einschränkungen des psychischen Wohlbefindens betroffen sind. Besonders ausgeprägt zeigt sich die Belastung bei Sozialhilfebeziehenden: Sie berichten deutlich häufiger von Depressionen und hoher psychischer Belastung als finanziell besser gestellte Personen (Kessler et al., 2021, S. 22). Roder et al. (2019) zeigen zudem, dass Personen mit tiefem Einkommen häufiger eine mittelmässige bis schlechte subjektive Gesundheit angeben und seltener von sehr guter bis ausgezeichneter Gesundheit berichten als Personen mit höherem Einkommen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich um Zusammenhänge handelt und daraus keine eindeutigen Aussagen zur Kausalität abgeleitet werden können. In der Literatur finden sich Hinweise auf beide Wirkungsrichtungen: Ein tiefes Einkommen kann Gesundheit belasten, während umgekehrt gesundheitliche Einschränkungen die Einkommenssituation verschlechtern können (S. 57–58). Diese Wechselwirkung wird oft mit der Formel «Krankheit macht arm» und «Armut macht krank» beschrieben (Mielck, 2012; zit. in Schuler et. al, 2020, S. 51). Während finanzielle Sicherheit den Zugang zu gesundheitsförderlichen Ressourcen erleichtert (Schubert, 2022, S. 521), können finanzielle Schwierigkeiten zu mehr negativen sozialen Interaktionen und Isolation führen (Adebahr, 2020, S. 97). Einkommen beeinflusst damit nicht nur die materielle Sicherheit, sondern auch Wohnbedingungen, soziale Teilhabe und Zugang zu Unterstützung.

2.3.2 Wohnsituation, soziale Teilhabe und die Lebenslaufperspektive

Paone (2025) beschreibt die Wohnsituation und das unmittelbare soziale Umfeld im Quartier als zentral für das psychische Wohlbefinden im Alter, da sich der Aktionsradius älterer Menschen zunehmend auf ihr nahes Wohnumfeld verengt. In diesem Zusammenhang wird deutlich, dass gesundes Altern im eigenen Zuhause von verschiedenen Faktoren abhängt. Neben einer barrierefreien und altersgerechten Wohnumgebung spielen auch die soziale Einbindung in die Nachbarschaft sowie eine gute lokale Versorgung mit medizinischen, infrastrukturellen und Freizeitangeboten eine zentrale Rolle. Die Wohnumgebung fungiert dabei als zentraler Ort sozialer Interaktion, Teilhabe und Alltagsgestaltung. Ein altersgerechter, barrierefreier Wohnraum sowie eine sichere Nachbarschaft können das psychische Wohlbefinden und die Autonomie älterer Menschen fördern. Empirische Befunde zeigen zudem, dass die Identifikation mit dem eigenen Quartier sowie die Qualität der

nachbarschaftlichen Beziehungen einen bedeutsamen Einfluss auf das psychische Wohlbefinden haben können (S. 68–70). Für ältere Menschen mit niedrigem SES können begrenzte finanzielle Mittel die Wahlmöglichkeiten auf dem Wohnungsmarkt einschränken. Belastende Wohnbedingungen, fehlende Barrierefreiheit oder eine schlechte Erreichbarkeit von Unterstützungs- und Begegnungsangeboten lassen sich dadurch schwerer kompensieren. Bolte und Kohlhuber (2009) beschreiben Umweltbelastungen wie Lärm, Luftverschmutzung oder fehlende Erholungsräume in sozial benachteiligten Quartieren als psychische Stressoren (S. 111–112). Zudem zeigt sich, dass sich die psychische Gesundheit von Menschen mit niedrigem SES signifikant verbessert, wenn ein guter Zugang zu öffentlichen Erholungsräumen vorhanden ist (Mitchell et al., 2015; zit. in Weber, 2020, S. 73). Die Wohnsituation beeinflusst damit soziale Kontakte, Autonomie, Erholung, gesellschaftliche Teilhabe und die Erreichbarkeit gesundheitsfördernder Angebote.

Soziale Teilhabe bezeichnet die soziale Integration einer Person in eine Gemeinschaft sowie ihre Möglichkeit, diese Gemeinschaft mitzugestalten und an ihr zu partizipieren (Rosenbrock & Hartung, 2012; zit. in Bachmann, 2026, S. 5). Sie findet im Alltag und in konkreten Lebenswelten statt, etwa in Familie, Nachbarschaft, Quartier, Vereinen oder der Gemeinde. Bachmann (2026) unterscheidet soziale Teilhabe, soziale Netze und soziale Unterstützung als zentrale soziale Ressourcen. Soziale Teilhabe bildet dabei eine wichtige Voraussetzung dafür, dass soziale Netze entstehen und soziale Unterstützung möglich wird. Soziale Netze beschreiben die Struktur und Qualität sozialer Beziehungen, während soziale Unterstützung die konkrete Hilfeleistung innerhalb dieser Beziehungen umfasst, etwa emotionale, instrumentelle, informationelle oder evaluative Unterstützung (S. 5–6).

Soziale Teilhabe beeinflusst die psychische Gesundheit auf mehreren Ebenen. Regelmässige Begegnungen ermöglichen den Aufbau und Erhalt sozialer Beziehungen, können Einsamkeitsgefühle verringern und soziale Unterstützung fördern. Gleichzeitig können partizipative Prozesse dazu beitragen, dass Menschen sich als selbstwirksam erleben, weil sie ihre soziale Umwelt mitgestalten können. Diese Erfahrung von Zugehörigkeit, Anerkennung und Selbstwirksamkeit wirkt sich positiv auf das psychische Wohlbefinden aus (Bachmann, 2026, S. 6). Auch Müller und Ellwardt (2020) beschreiben soziale Beziehungen im Alter als wichtige Ressource, um altersbezogene Veränderungen zu bewältigen (S. 242). Auch die Qualität und Art sozialer Beziehungen ist für die psychische Gesundheit relevant. Enge Vertrauensbeziehungen können emotionale Sicherheit und Unterstützung in Krisen bieten. Gleichzeitig haben auch weniger enge Beziehungen, sogenannte *weak ties*, eine Bedeutung für das psychische Wohlbefinden. Flüchtige Kontakte in der Nachbarschaft oder im Quartier können das Gefühl vermitteln, Teil einer Gemeinschaft zu sein, dazuzugehören und respektiert zu werden. Zudem können solche Beziehungen Brücken zu anderen sozialen Netzen bilden und dadurch informationelle

Unterstützung ermöglichen (Bachmann, 2026, S. 6–7). Für ältere Menschen, deren Lebensradius sich häufig stärker auf das nähere Wohnumfeld konzentriert, können solche alltagsnahen Kontakte besonders wichtig sein.

Ein Mangel an sozialen Ressourcen kann dagegen psychische Belastungen verstärken. Bachmann (2026) beschreibt Einsamkeit als eine besonders belastende und gesundheitsschädigende Erfahrung, die mit subjektiv wahrgenommener sozialer Isolation, Wertlosigkeit und Bedrohung verbunden sein kann. Dass soziale Ausgrenzung gesundheitlich relevant ist, zeigt sich auch daran, dass das Gehirn auf sozialen Ausschluss ähnlich reagieren kann wie auf körperlichen Schmerz. So stellt chronische Einsamkeit einen starken Risikofaktor für körperliche und psychische Erkrankungen dar, unter anderem für Depressionen (S. 7). Bei älteren Menschen nimmt das soziale Netz häufig ab. Der Anteil der Personen mit mehreren Vertrauenspersonen sinkt mit zunehmendem Alter, während der Anteil der Personen mit geringer sozialer Unterstützung steigt (Bachmann, 2026, S. 9). Bei Personen ab 75 Jahren berichten 31 % von gelegentlicher Einsamkeit und 5 % von ziemlich häufiger oder sehr häufiger Einsamkeit; Frauen sind dabei stärker betroffen als Männer (Bundesamt für Statistik, 2023c). Der Zugang zu sozialen Ressourcen ist sozial ungleich verteilt. Besonders gefährdet für soziale Isolation oder mangelnde Unterstützung sind unter anderem Personen mit geringen finanziellen Mitteln und tiefer Bildung, Personen mit Migrationserfahrung, Alleinwohnende sowie Menschen mit oder nach einer psychischen Erkrankung (Bachmann, 2026, S. 9). Auch Klärner et al. (2020) betonen in diesem Zusammenhang, dass soziale Netzwerke Belastungen abfedern und Ressourcen bereitstellen können, ihre gesundheitsförderliche Wirkung jedoch von sozialer Lage und Zugangsmöglichkeiten abhängt (S. 10–11). Diese Ungleichverteilung sozialer Ressourcen lässt sich lebenslaufbezogen einordnen, da soziale und gesundheitliche Benachteiligungen häufig über längere Zeit entstehen und sich im Alter verdichten können.

Weber (2020) beschreibt zudem die Lebenslaufperspektive als notwendige Ergänzung. Sie macht deutlich, dass gesundheitliche Ungleichheiten im höheren Lebensalter nicht erst in dieser Lebensphase entstehen, sondern häufig das Ergebnis langfristiger sozialer Prozesse sind. Zur Erklärung dieser langfristigen Zusammenhänge unterscheidet er drei zentrale Mechanismen. Erstens können sogenannte latente Effekte auftreten, bei denen Belastungen in sensiblen Entwicklungsphasen nachhaltige und teilweise irreversible gesundheitliche Auswirkungen haben, die sich häufig erst Jahrzehnte später zeigen. Zweitens beschreiben wegweisende Effekte, sogenannte *Pathway Effects*, dass früh entwickelte Lebensstile und Gewohnheiten gesundheitsrelevantes Verhalten über den gesamten Lebenslauf hinweg prägen können. Drittens spielen kumulative Effekte eine Rolle, bei denen sich langfristige Belastungen, etwa ein über viele Jahre bestehendes Leben in Armut, im Laufe der Zeit

verstärken und sich negativ auf die physische und psychische Gesundheit auswirken (S. 41). Ein zentraler Befund der Lebenslaufforschung ist zudem, dass soziale Benachteiligung in der frühen Kindheit langfristige negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben kann, selbst wenn im weiteren Lebensverlauf keine Benachteiligung mehr besteht (S. 60). Soziale und gesundheitliche Ungleichheiten stehen dabei häufig in einer wechselseitigen Beziehung und können sich im Verlauf des Alterns weiter verstärken (Teti & Ziese, 2025, S. 1). Darüber hinaus können solche Prozesse auch intergenerational wirken, wenn beispielsweise soziale Deprivation der Grosseltern die gesundheitliche Situation der Mutter während der Schwangerschaft beeinflusst und dadurch gesundheitliche Risiken auf nachfolgende Generationen übertragen werden (Dragano & Siegrist, 2009, S. 192).

Insgesamt verdeutlicht die Lebenslaufperspektive, weshalb ältere Menschen mit niedrigem SES häufig nicht nur aktuell benachteiligt sind, sondern bereits über längere Zeiträume hinweg geringere Möglichkeiten hatten, gesundheitsförderliche Ressourcen aufzubauen. Bildung, Einkommen, Wohnsituation und soziale Teilhabe beeinflussen sich dabei gegenseitig. Niedrige Bildung kann die Gesundheitskompetenz und den Zugang zu Informationen erschweren. Ein geringes Einkommen kann Teilhabe und die Wohnqualität begrenzen. Belastende Wohnbedingungen können soziale Isolation verstärken und fehlende soziale Unterstützung kann psychische Belastungen weniger abfedern. Die dargestellten Determinanten bilden damit eine wichtige Grundlage für das spätere Praxiskapitel.

Diese Determinanten prägen nicht nur die psychische Gesundheit älterer Menschen, sondern auch ihre Möglichkeiten, Unterstützung, Informationen und gesundheitsfördernde Angebote in Anspruch zu nehmen. Deshalb richtet sich der Blick im folgenden Kapitel auf den Zugang zu gesundheitsfördernden Angeboten.

2.4 Zugang zu gesundheitsfördernden Angeboten

Zugang zu gesundheitsfördernden Angeboten wird in dieser Arbeit nicht nur als reine Verfügbarkeit von Angeboten verstanden. Entscheidend ist, ob ältere Menschen gesundheitsfördernde Informationen, präventive Angebote, psychosoziale Unterstützung und gesundheitliche Dienstleistungen tatsächlich wahrnehmen und nutzen können. Damit umfasst Zugang finanzielle, räumliche, sprachliche, soziale, digitale und institutionelle Dimensionen.

Trotz der hohen Versorgungsdichte im Schweizer Gesundheitssystem hängen die Chancen auf gesundes Altern stark von der sozialen Lage ab. Wie Tudor Hart (1971) darlegt, wird dieses Phänomen als *Inverse Care Law* bezeichnet. Der Zugang zu qualitativ hochwertigen Gesundheitsleistungen ist häufig dort am besten, wo der Bedarf am geringsten ist, während Bevölkerungsgruppen mit erhöhten

gesundheitlichen Risiken schlechter erreicht werden (S. 1/eigene Übersetzung). Besonders betroffen sind Menschen mit niedrigem SES. Diese Gruppe weist häufig eine höhere Krankheitslast auf, nutzt jedoch medizinische Leistungen seltener (Spiess & Schnyder-Walser, 2018, S. 13–15). Der Zugang zu entsprechenden Angeboten wird durch ein komplexes Zusammenspiel materieller, kognitiver und struktureller Faktoren beeinflusst.

Eine zentrale Rolle spielen materielle und ökonomische Barrieren. Armut im Alter führt häufig zu einer ökonomischen Exklusion, wodurch Handlungsspielräume für gesundheitsförderliches Verhalten und die Inanspruchnahme von Dienstleistungen eingeschränkt werden können (Alisch & Kümpers, 2022, S. 81). Kostenbeteiligungen wie Franchise und Selbstbehalt können dazu führen, dass Personen mit geringem Einkommen notwendige medizinische Leistungen aus finanziellen Gründen seltener in Anspruch nehmen (Spiess & Schnyder-Walser, 2018, S. 13). Neben materiellen Ressourcen beeinflussen Bildung und Gesundheitskompetenz wesentlich den Zugang zu gesundheitsfördernden Angeboten. Eine geringe Gesundheitskompetenz (*Health Literacy*) erschwert es, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen und für das eigene Handeln zu nutzen (Weber, 2022, S. 47). Viele Angebote sind zudem «soziallagenblind» konzipiert und richten sich mit komplexer Fachsprache sowie hohen kognitiven Anforderungen primär an bildungsnahe Bevölkerungsgruppen. Dadurch verstärkt sich das Präventionsdilemma, bei dem gerade jene Bevölkerungsgruppen mit dem grössten Unterstützungsbedarf am wenigsten erreicht werden (Kaba-Schönstein & Kilian, 2023). Gleichzeitig bestehen in dieser Gruppe häufig stärkere Hemmschwellen gegenüber professioneller Hilfe, etwa aufgrund von Stigmatisierung psychischer Probleme oder der Sorge, andere zu belasten (Weber, 2022, S. 11). Burla (2025) betont in diesem Zusammenhang, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung in der Schweiz zwar grundsätzlich gewährleistet ist, in der Praxis jedoch weiterhin erhebliche Hürden bestehen (S. 81).

Mit Blick auf psychische Gesundheit zeigen sich soziale Zugangsbarrieren besonders deutlich. Jäggi und Höglinger (2025) weisen darauf hin, dass Personen ohne nachobligatorische Ausbildung sowie Personen mit Migrationshintergrund häufiger psychische Beschwerden aufweisen, ohne entsprechend häufiger wegen psychischer Probleme behandelt zu werden. Dies kann als Hinweis auf eine mögliche Unterversorgung verstanden werden, da bei höherer Belastung auch ein höherer Unterstützungsbedarf zu erwarten wäre. Zudem bestehen soziale Unterschiede in der Art der Behandlung. Personen mit tiefem Einkommen werden häufiger hausärztlich und medikamentös versorgt, während Personen mit tiefem Bildungsstand ein erhöhtes Risiko für Hospitalisierungen aufgrund psychischer Erkrankungen aufweisen. Diese Befunde deuten darauf hin, dass spezialisierte ambulante Unterstützung nicht rechtzeitig oder nicht ausreichend in Anspruch genommen werden

können (S. 166–167). Für die vorliegende Arbeit ist dies bedeutsam, weil rechtzeitige, verständliche und zugängliche Unterstützungsangebote eine Verschlechterung psychischer Belastungen verhindern und stationäre Behandlungen möglicherweise vermeiden helfen können.

Wie Weber (2022) darlegt, stellt die fortschreitende Digitalisierung im Gesundheitsbereich eine weitere Herausforderung dar (S. 44–45). Zwar gehört die Internetnutzung bei jüngeren Senior:innen zunehmend zum Alltag: Rund 85 % der 65- bis 69-Jährigen sind digital versiert. Bei Personen ab 80 Jahren sinkt dieser Anteil jedoch auf etwa 45 %. Untersuchungen aus der Schweiz und Europa zeigen, dass neben dem Alter auch Bildung und Einkommen die digitale Teilhabe beeinflussen. Ältere Menschen mit niedrigerem Bildungsstatus und Einkommen nutzen digitale Angebote seltener (Seifert, 2022, S. 307–309). Damit betrifft die digitale Kluft besonders ältere Menschen mit niedrigem SES. Wenn Gesundheitsinformationen, Anmeldungen oder Unterstützungsangebote zunehmend digital bereitgestellt werden, können sozial benachteiligte ältere Menschen schlechter erreicht werden. Nichtteilhabe am digitalen Alltag erschwert nicht nur den Zugang zu Gesundheitsinformationen, sondern kann auch soziale Teilhabe einschränken, da Informationen nur über Umwege zugänglich sind oder Ausschlussgefühle entstehen können. Für chancengerechte Gesundheitsförderung bedeutet dies, dass digitale Angebote analoge Zugänge nicht ersetzen dürfen. Informationen und Anmeldungen sollten weiterhin telefonisch, schriftlich oder über persönliche Vermittlung möglich sein. Zugleich braucht es verständliche und vertrauenswürdige Orientierung, damit digitale Gesundheitsinformationen nicht zusätzliche Unsicherheit erzeugen (Weber, 2022, S. 44–45).

Zusammenfassend zeigt sich, dass gesundheitliche Ungleichheit im Alter auch den Zugang zu gesundheitsfördernden Angeboten und medizinischen Dienstleistungen betrifft. Finanzielle und sprachliche Hürden, geringere Gesundheitskompetenz, digitale Exklusion und soziallyagenblind gestaltete Angebote können dazu führen, dass ältere Menschen mit niedrigem SES weniger von bestehenden Angeboten profitieren. Für die weitere Arbeit folgt daraus, dass chancengerechte Gesundheitsförderung sowohl individuelle Ressourcen als auch strukturelle Bedingungen berücksichtigen muss. Im nächsten Kapitel wird daher untersucht, welche Massnahmen in der Schweiz zur Förderung psychischer Gesundheit älterer Menschen bestehen und wie diese gestaltet sind, um sozial benachteiligte ältere Menschen wirksam zu erreichen.

3 Gesundheitsförderung und psychische Gesundheit im Alter

Das folgende Kapitel beleuchtet nationale Strategien sowie ausgewählte Ansätze der Gesundheitsförderung in der Schweiz mit Blick auf ihre Bedeutung für psychische Gesundheit und gesundheitliche Chancengerechtigkeit im Alter.

3.1 Nationale Strategien und Programme in der Schweiz

Psychische Gesundheit hat in der Schweizer Gesundheits- und Sozialpolitik in den letzten Jahren deutlich an Bedeutung gewonnen. Die Covid-19-Pandemie hat sichtbar gemacht, wie verletzlich psychische Gesundheit sein kann und wie stark Krisen bestimmte Bevölkerungsgruppen belasten können. Psychische Erkrankungen beeinflussen nicht nur individuelles Wohlbefinden, sondern auch Lebensqualität, Teilhabe, Gesundheitsversorgung und Gesundheitskosten. Vor diesem Hintergrund wird psychische Gesundheit zunehmend als Aufgabe der öffentlichen Gesundheit verstanden, die nicht allein im Gesundheitswesen bearbeitet werden kann (Baume-Schneider, 2025, S. 4).

Einen übergeordneten gesundheitspolitischen Rahmen bildet die Strategie *Gesundheit2030* des Bundesrates. In diesem Kontext werden psychische Gesundheit, Prävention und gesundheitliche Chancengerechtigkeit zunehmend zusammengedacht. Baume-Schneider (2025) betont, dass psychische Gesundheit nicht nur im Gesundheitswesen, sondern auch in Bereichen wie Bildung, Arbeit, Sozialpolitik, Umwelt und Wirtschaft berücksichtigt werden muss. Damit wird psychische Gesundheit als Querschnittsaufgabe verstanden, die sektorübergreifende Zusammenarbeit erfordert (S. 4). Ein wichtiges Instrument zur Umsetzung dieser Ziele ist die Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) mit dem zugehörigen Massnahmenplan 2025–2028. Dieser wurde vom Bundesamt für Gesundheit (BAG), der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) sowie der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz entwickelt und bildet den zentralen Rahmen für Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Ziel ist es, chronische Erkrankungen zu verhindern oder zu verzögern, gesundheitliche Ressourcen der Bevölkerung zu stärken und die Lebensqualität langfristig zu erhalten (BAG et al., 2024, S. 4–5).

Im aktuellen Massnahmenplan wird psychische Gesundheit stärker als integraler Bestandteil von Prävention und Gesundheitsförderung berücksichtigt. Dies entspricht der Einschätzung, dass psychische Gesundheit nicht isoliert betrachtet werden kann, sondern eng mit nichtübertragbaren Krankheiten, Sucht, Arbeitswelt, sozialer Lage und Versorgungssystem verbunden ist. Die Massnahmenpläne 2025–2028 zur NCD-Strategie und zur nationalen Strategie Sucht nehmen die Förderung psychischer Gesundheit deshalb verstärkt auf. Sie zielen unter anderem darauf ab,

kantonale Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme zu fördern und die Prävention psychischer Erkrankungen stärker in Gesundheitsversorgung und Arbeitswelt zu integrieren (Baume-Schneider, 2025, S. 4; BAG et al., 2024, S. 9). Für die Umsetzung dieser Ziele spielen die Kantone und Gesundheitsförderung Schweiz eine zentrale Rolle. Die Gesundheitsförderung Schweiz koordiniert nationale Aktivitäten und unterstützt unter anderem die kantonalen Aktionsprogramme (KAP), die gemeinsam mit den Kantonen umgesetzt werden. Diese Programme richten sich an verschiedene Lebensphasen und wurden gezielt auch für ältere Menschen geöffnet sowie um den Schwerpunkt psychische Gesundheit erweitert (BAG et al., 2024, S. 21–22).

Gerade für ältere Menschen sind präventive und gesundheitsfördernde Massnahmen von besonderer Bedeutung. Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko, an einer oder mehreren nichtübertragbaren Krankheiten zu erkranken. Gleichzeitig treten in dieser Lebensphase vermehrt kritische Lebensereignisse auf, etwa der Übergang in den Ruhestand, der Verlust nahestehender Personen oder zunehmende soziale Isolation. Solche Veränderungen können zusätzliche Belastungen darstellen und sowohl die physische als auch die psychische Gesundheit beeinträchtigen. Gesundheitsfördernde Programme im Alter zielen daher darauf ab, die Gesundheit möglichst lange zu erhalten und dadurch Autonomie, Lebensqualität und gesellschaftliche Teilhabe zu sichern sowie Beeinträchtigungen und Pflegebedürftigkeit vorzubeugen (BAG et al., 2024, S. 27).

Die nationalen Strategien schaffen damit wichtige Rahmenbedingungen für die Förderung psychischer Gesundheit im Alter. Zugleich bleibt entscheidend, wie diese Ziele in der Praxis umgesetzt werden und ob sozial benachteiligte ältere Menschen tatsächlich erreicht werden. Aufbauend auf diesen Rahmenbedingungen wird in den folgenden Unterkapiteln betrachtet, welche gesundheitsfördernden Massnahmen zur Stärkung der psychischen Gesundheit älterer Menschen bestehen und wie sie gestaltet sein müssen, um chancengerecht zu wirken.

3.2 Massnahmen zur Förderung psychischer Gesundheit älterer Menschen mit niedrigem SES

Die Forschung zur Förderung der psychischen Gesundheit älterer sozial benachteiligter Menschen ist noch begrenzt. Weber (2020) verweist deshalb auf Ansätze und Erfolgskriterien, die sich allgemein in der Förderung psychischer Gesundheit im Alter bewährt haben und auch für ältere Menschen mit niedrigem SES relevant sein dürften. Im Zentrum stehen dabei insbesondere die Förderung sozialer Teilhabe, die Reduktion von Einsamkeit, niederschwellige Zugangswege und Massnahmen, die an der konkreten Lebenswelt älterer Menschen ansetzen (S. 76). Massnahmen sollten Verhaltens- und Verhältnisprävention kombinieren (Weber, 2022, S. 24) und im Sinne des proportionalen

Universalismus entsprechend dem Ausmass der sozialen Benachteiligung intensiviert werden (WHO, 2013, S. 9/eigene Übersetzung). Für die vorliegende Fragestellung sind daher jene Massnahmen bedeutsam, die soziale Teilhabe, Ressourcenstärkung, Zugänglichkeit und sozialräumliche Bedingungen miteinander verbinden. Im Folgenden werden diese Ansätze genauer betrachtet.

3.2.1 Soziale Teilhabe und Ressourcenstärkung

Ein zentrales Handlungsfeld liegt in der Förderung sozialer Teilhabe. Soziale Teilhabe meint das Eingebundensein in Gemeinschaften und die Möglichkeit, diese mitzugestalten. Sie findet in konkreten Lebenswelten statt, etwa in der Familie, Nachbarschaft, Gemeinde oder im Quartier (Bachmann, 2026, S. 5). Gleichzeitig bildet soziale Teilhabe eine Voraussetzung dafür, dass soziale Netze entstehen und soziale Unterstützung möglich wird. Unter sozialer Unterstützung versteht Bachmann (2026) verschiedene Formen von Hilfe, etwa praktische, emotionale, informationelle oder evaluative Unterstützung (S. 5–6). Für die psychische Gesundheit älterer Menschen sind diese Ressourcen zentral. Jäggi und Höglinger (2025) beschreiben soziale Unterstützung als wichtigen Schutzfaktor, während Einsamkeit einen erheblichen Risikofaktor für psychische Beschwerden darstellt (S. 159). Gerade im Alter können soziale Netze kleiner werden, etwa durch Pensionierung, Verwitwung, gesundheitliche Einschränkungen oder den Tod nahestehender Personen (Bachmann, 2026, S. 9).

Aufbauend auf den in Kapitel 2 dargestellten Zusammenhängen geht es nicht nur um die Vermeidung sozialer Isolation, sondern um die aktive Stärkung von Zugehörigkeit, Selbstwirksamkeit und unterstützenden Beziehungen. Besonders bedeutsam sind Massnahmen, die an biografischen Übergängen wie Pensionierung, Verwitwung oder zunehmenden gesundheitlichen Einschränkungen ansetzen und verlässliche Kontaktmöglichkeiten im Alltag schaffen. Weber (2020) hebt niederschwellige, lebensweltnahe und wertschätzende Angebote hervor, die an Mobilitätsmöglichkeiten und Alltagsroutinen älterer Menschen anschliessen. Bei eingeschränkter Beweglichkeit können aufsuchende Angebote oder Transportmöglichkeiten entscheidend sein. Kontinuität in Bezug auf Ort, Personal und Beziehungsgestaltung unterstützt zusätzlich die nachhaltige Nutzung solcher Angebote (S. 76). Die Gemeinde spielt dabei als unmittelbarer Lebensraum eine wichtige Rolle. Hier können niederschwellige Begegnungsorte ohne Konsumzwang geschaffen werden, die insbesondere für Menschen mit begrenzten finanziellen Mitteln zugänglich sind. Ergänzend dazu sind strukturelle Verbesserungen, etwa in der Wohnsituation oder in der Gestaltung altersfreundlicher öffentlicher Räume, entscheidend, um soziale Isolation langfristig zu reduzieren (Weber, 2022, S. 87).

Ein Beispiel für ein solches Angebot ist «Tavolata». Dabei handelt es sich um selbstorganisierte Tischgemeinschaften, in denen ältere Menschen regelmässig gemeinsam essen. Das Projekt verbindet

soziale Begegnung, Selbstorganisation und gegenseitige Unterstützung. Amstad (2025) beschreibt «Tavolata» als Beispiel guter Praxis, das soziale Integration, Wissen zu Gesundheitsthemen und Kompetenzen wie Emotionsregulation stärken kann (S. 350). Weitere niederschwellige Kontaktmöglichkeiten sind «malreden», Telefonketten oder Erzählcafés. Weber (2022) beschreibt «malreden» oder Telefonketten als Kontaktmöglichkeiten für isolierte ältere Menschen. Erzählcafés wiederum ermöglichen biografischen Austausch, soziale Anerkennung und gemeinsame Reflexion, wodurch Selbstwirksamkeit einzelner Personen gestärkt werden kann (S. 81–83). Für ältere Menschen mit Migrationshintergrund können Begegnungsangebote zusätzlich mehrsprachig und kultursensibel gestaltet werden. «Femmes-Tische» und «Männer-Tische» sind hierfür ein Beispiel. In moderierten Gesprächsrunden werden Themen wie Familie, Gesundheit, psychische Gesundheit und Integration in verschiedenen Sprachen besprochen (Weber, 2022, S. 68). Amstad (2025) beschreibt das Angebot als Peer-to-Peer-Ansatz, der schwer erreichbare Zielgruppen anspricht und soziale Teilhabe sowie Empowerment fördern kann (S. 352). Damit zeigen solche Angebote, dass soziale Teilhabe besonders dann gefördert wird, wenn sprachliche, kulturelle und soziale Zugangsbarrieren mitgedacht werden. Ergänzend verbinden bewegungsorientierte Angebote wie «zäme go laufe» körperliche Aktivität mit sozialer Interaktion und stärken dadurch sowohl die körperliche als auch die psychische Gesundheit. Intergenerationelle Angebote, beispielsweise der Stiftung Hopp-la, fördern zusätzlich den sozialen Zusammenhalt und können altersbezogenen Stereotypen entgegenwirken (Weber, 2022, S. 56, 83).

Neben sozialer Teilhabe ist auch die Stärkung individueller Ressourcen wesentlich. Selbstwirksamkeit beschreibt die Überzeugung, Herausforderungen aus eigener Kraft bewältigen zu können, und gilt als wichtige Ressource psychischer Gesundheit. Gesundheitsfördernde Programme setzen dabei auf Lebenskompetenzen wie Stressbewältigung, Kommunikationsfähigkeit, Emotionsregulation und Selbstreflexion. Besonders geeignet sind Gruppensettings, da sie gegenseitige Unterstützung ermöglichen, soziale Einbindung fördern und positive Bewältigungserfahrungen stärken können (Weber, 2022, S. 79–80). Gerade für ältere Menschen mit niedrigem SES können solche Gruppensettings bedeutsam sein, wenn sie kostenlos oder kostengünstig, gut erreichbar, nicht stigmatisierend und kontinuierlich gestaltet sind.

3.2.2 Zugänglichkeit, zielgruppenspezifische Ansätze und strukturelle Bedingungen

Damit Massnahmen sozial benachteiligte ältere Menschen tatsächlich erreichen, reicht ihre reine Existenz nicht aus. Zugänglichkeit muss aktiv hergestellt werden, indem finanzielle, sprachliche, soziale, räumliche und digitale Barrieren systematisch abgebaut werden. Zentral sind eine verständliche und adressatengerechte Kommunikation, kostenlose oder kostengünstige Angebote, persönliche Ansprache sowie die Einbettung in vertraute Lebenswelten. Für schwer erreichbare Zielgruppen haben

sich beziehungsorientierte Zugangswege bewährt, etwa über Vertrauenspersonen, Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen, Organisationen oder geschulte Peers, die als Brückenbauer:innen wirken können (Soom Ammann et al., 2011, S. 10). Auch aufsuchende Angebote, beispielsweise präventive Hausbesuche, können dazu beitragen, isoliert lebende ältere Menschen direkt in ihrem Lebensumfeld zu erreichen. Bachmann (2026) verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass der Zugang zu Angeboten über Vertrauenspersonen wie Hausärzt:innen, Spitex-Pflegefachpersonen, Seelsorgende oder aufsuchende Soziale Arbeit erleichtert werden kann (S. 15). Für ältere Menschen mit Migrationshintergrund sind darüber hinaus kultursensible Ansätze bedeutsam, da sprachliche Barrieren, unterschiedliche Krankheitsverständnisse und Stigmatisierung psychischer Erkrankungen den Zugang zusätzlich erschweren können. Multiplikator:innen aus den jeweiligen Communities können hier Vertrauen schaffen, Gesundheitswissen vermitteln und zur Entstigmatisierung beitragen (Weber, 2022, S. 87). Ein Beispiel für einen solchen Zugang ist «AltUM - Alter und Migration». Das Angebot unterstützt ältere Migrantinnen und Migranten sowie ihre Angehörigen mit gesundheitsrelevanten Informationen und Angeboten. Es soll Wissen über Themen des Alterns verbessern, Zugehörigkeit stärken und Selbständigkeit fördern (Amstad, 2025, S. 354).

Auch materielle und sozialräumliche Lebensbedingungen beeinflussen die psychische Gesundheit wesentlich. Insbesondere Wohnqualität, Zugang zu öffentlichen Erholungsräumen, altersfreundliche Infrastruktur und Möglichkeiten zu Begegnungen im Quartier wirken sich auf Wohlbefinden, Autonomie und soziale Teilhabe aus. Ebenso ist die Reduktion von Armut zentral, da finanzielle Belastungen als chronischer Stressor psychische Erkrankungen begünstigen können (Weber, 2020, S. 73; Weber, 2022, S. 87). Strukturelle Massnahmen, etwa die Gestaltung altersfreundlicher öffentlicher Räume oder die Verbesserung der Wohnsituation, sind daher nicht nur sozialpolitisch relevant, sondern auch gesundheitsförderlich.

Quartierbezogene Projekte wie «Vicino» in Luzern oder «Quartiers solidaires» im Kanton Waadt setzen an diesen sozialräumlichen Bedingungen an. Sie fördern lokale Netzwerke, Nachbarschaftshilfe und gegenseitige Unterstützung im unmittelbaren Lebensumfeld (Weber, 2022, S. 84). Bachmann (2026) beschreibt solche partizipativen Gemeinde-, Quartier- und Siedlungsentwicklungsprojekte als wichtige Ansätze, weil sie ältere Menschen nicht nur als Zielgruppe von Hilfe betrachten, sondern sie aktiv in die Gestaltung ihres Lebensumfelds einbeziehen (S. 20–21). Partizipative Ansätze können so nicht nur die Angebotsqualität verbessern, sondern auch Empowerment, soziale Anerkennung und Selbstwirksamkeit fördern.

Die Massnahmen und Beispiele verdeutlichen, dass psychische Gesundheitsförderung im Alter auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen kann. Während einige Angebote soziale Kontakte, Zugehörigkeit

und Selbstwirksamkeit stärken, erleichtern andere den Zugang zu Informationen, Unterstützung und gesellschaftlicher Teilhabe oder verbessern sozialräumliche Bedingungen und nachbarschaftliche Netzwerke. Besonders für ältere Menschen mit niedrigem SES sind Ansätze bedeutsam, die mehrere Zugangsbarrieren gleichzeitig berücksichtigen, etwa durch kostenlose Teilnahme, persönliche Ansprache, sprachliche Zugänglichkeit, vertraute Orte und kontinuierliche Beziehungsarbeit. Insgesamt zeigt sich, dass wirksame Gesundheitsförderung im Alter über einzelne Massnahmen zur Verhaltensänderung hinausgeht und sowohl individuelle Ressourcen als auch soziale Lebensbedingungen einbeziehen muss. Diese Prinzipien weisen deutliche Bezüge zur Sozialen Arbeit auf, insbesondere zu Lebensweltorientierung, Partizipation, Empowerment und Netzwerkarbeit. Das folgende Kapitel untersucht daher, welche Rolle die Soziale Arbeit in der chancengerechten Förderung psychischer Gesundheit älterer Menschen einnehmen kann.

4 Die Rolle der Sozialen Arbeit in der chancengerechten Förderung psychischer Gesundheit älterer Menschen

Die bisherigen Kapitel haben gezeigt, dass die psychische Gesundheit älterer Menschen in der Schweiz wesentlich durch soziale Ungleichheiten, individuelle Lebensbedingungen und Zugänge zu Unterstützung geprägt wird. Wie in Kapitel 2.3 beschrieben wurde, beeinflussen Bildung, Einkommen, Wohnsituation und soziale Teilhabe nicht nur das Risiko psychischer Belastungen, sondern auch die Möglichkeit, gesundheitsfördernde Angebote tatsächlich zu nutzen. Kapitel 3 hat zudem gezeigt, dass in der Schweiz verschiedene Strategien und Massnahmen zur Förderung psychischer Gesundheit im Alter bestehen. Angebote wie Begegnungsformate, aufsuchende Ansätze, kultursensible oder quartiersbezogene Projekte können soziale Teilhabe, Selbstwirksamkeit und Zugänge zu Unterstützung fördern. Gleichzeitig erreichen solche Massnahmen sozial benachteiligte ältere Menschen nicht automatisch. Entscheidend ist deshalb nicht allein, ob Angebote vorhanden sind, sondern ob sie zugänglich, lebensweltorientiert, partizipativ und strukturell verankert gestaltet werden.

Was dies konkret bedeutet, lässt sich beispielhaft an der Situation einer älteren Person verdeutlichen. Frau Meier, 75 Jahre alt, lebt nach dem Tod ihres Mannes allein in einer kleinen Mietwohnung. Ihre finanziellen Mittel sind knapp, weshalb sie Ausgaben sorgfältig abwägen muss. Der Quartiertreff in ihrer Gemeinde wäre grundsätzlich offen zugänglich, doch der Weg dorthin ist mit dem Bus verbunden, die Anmeldung erfolgt online und Frau Meier weiss nicht genau, ob sie sich dort willkommen fühlen würde. Gleichzeitig meidet sie es, Unterstützung einzufordern, weil sie ihre Situation als persönliches Versagen empfindet und niemandem zur Last fallen möchte. An diesem Beispiel wird sichtbar, dass psychische Belastung nicht nur aus Einsamkeit oder Trauer entsteht, sondern durch finanzielle

Unsicherheit, Mobilitätsbarrieren, fehlende Informationen, Scham und geringe institutionelle Zugänge verstärkt werden kann.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, worin der spezifische Beitrag der Sozialen Arbeit liegt. Ihre Relevanz ergibt sich daraus, dass sie an der Schnittstelle von Individuum, Lebenswelt, Institutionen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen handelt. Sie kann ältere Menschen bei psychosozialen Belastungen begleiten, Ressourcen erschliessen, soziale Teilhabe fördern, Zugänge zu Angeboten erleichtern und strukturelle Benachteiligungen sichtbar machen. Gleichzeitig kann sie gesundheitliche Ungleichheit nicht allein beseitigen, sondern ist auf interprofessionelle, intersektorale und sozialpolitische Zusammenarbeit angewiesen. Dieses Kapitel arbeitet deshalb heraus, welche Handlungsebenen, Gestaltungskriterien sowie Möglichkeiten und Grenzen sich für die Soziale Arbeit in der chancengerechten Förderung psychischer Gesundheit älterer Menschen ergeben.

4.1 Ausgangslage und Handlungsbedarf der Sozialen Arbeit

Der Berufskodex der Sozialen Arbeit in der Schweiz unterstreicht die Verpflichtung, soziale Gerechtigkeit zu fördern, Diskriminierung entgegenzuwirken und den Zugang zu Ressourcen für benachteiligte Gruppen sicherzustellen (AvenirSocial, 2026, S. 14-16). Zudem hebt er Grundsätze wie Partizipation, Selbstbestimmung und soziale Integration hervor (AvenirSocial, 2026, S. 13-14). Für die Förderung psychischer Gesundheit älterer Menschen mit niedrigem SES sind diese Prinzipien zentral, weil psychische Belastungen nicht nur individuelle Problemlagen darstellen, sondern häufig mit eingeschränkten finanziellen Mitteln und sozialen Teilhabe, belastenden Wohnbedingungen, fehlenden Netzwerken oder erschwertem Zugang zu Unterstützung verbunden sind.

Aus sozialarbeiterischer Perspektive ist psychische Gesundheit deshalb auch eine Frage sozialer Gerechtigkeit. Wenn ältere Menschen aufgrund geringer finanzieller Mittel, tiefer Bildung, sozialer Isolation oder institutioneller Barrieren weniger Möglichkeiten haben, ihre psychische Gesundheit zu erhalten und Unterstützung zu nutzen, verweist dies auf ungleich verteilte Lebens- und Teilhabechancen. Das Leitbild Soziale Arbeit im Gesundheitswesen betont dazu, dass die Soziale Arbeit soziale Dimensionen von Gesundheit sichtbar macht und positiv beeinflusst (AvenirSocial & SAGES, 2018, S. 3). Damit wird deutlich, dass Soziale Arbeit nicht nur auf individuelle Belastungen reagiert, sondern auch jene sozialen Bedingungen in den Blick nimmt, die Gesundheit ermöglichen oder erschweren.

Die in Kapitel 2 dargestellten Determinanten verdeutlichen die Bedeutung sozialarbeiterischen Handelns. Bildung beeinflusst die Gesundheitskompetenz sowie den Zugang zu relevanten

Informationen. Das Einkommen wirkt sich auf die materielle Sicherheit, die Wohnsituation und die Möglichkeiten gesellschaftlicher Teilhabe aus. Auch das Wohnumfeld spielt eine wichtige Rolle, da es Autonomie, soziale Kontakte und die Erreichbarkeit von Unterstützungsangeboten beeinflusst. Soziale Teilhabe stellt zudem eine zentrale Ressource für die psychische Gesundheit dar. Wie in Kapitel 2.4 aufgezeigt wurde, können sozial benachteiligte Menschen vorhandene Angebote nicht automatisch nutzen, auch wenn diese grundsätzlich verfügbar sind. Für die Soziale Arbeit resultiert daraus die Aufgabe, ältere Menschen bei psychosozialen Belastungen zu begleiten und sie bei der Nutzung vorhandener Ressourcen zu unterstützen. Gleichzeitig ist sie gefordert, soziale und institutionelle Strukturen möglichst zugänglich zu gestalten. Darüber hinaus gehört es zu ihrem Auftrag, soziale Ungleichheiten sichtbar zu machen und sich für gerechtere gesellschaftliche Rahmenbedingungen einzusetzen. Bevor die Handlungsebenen konkret dargestellt werden, wird im nächsten Abschnitt erläutert, wie Prävention und Gesundheitsförderung als fachliche Bezugspunkte der Sozialen Arbeit verstanden werden können.

4.2 Prävention und Gesundheitsförderung als Bezugspunkte der Sozialen Arbeit

Für die Soziale Arbeit stellt sich nicht nur die Frage, wie sie auf bereits bestehende Belastungen reagieren kann, sondern auch, wie sie vorbeugend zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit beitragen kann. Prävention und Gesundheitsförderung können hierfür fachliche Bezugspunkte bilden, da beide Ansätze darauf zielen, gesundheitliche Belastungen zu verringern, Ressourcen zu stärken und gesundheitsförderliche Lebensbedingungen zu schaffen.

Prävention richtet sich auf die Vermeidung, Abschwächung oder Verzögerung gesundheitlicher Belastungen. Sie setzt an bekannten Risiken, Vorstufen und Einflussfaktoren von Erkrankungen an (Franzkowiak, 2025). Bezogen auf die psychische Gesundheit älterer Menschen betrifft dies etwa Belastungen durch Einsamkeit, Verlusterfahrungen, chronischen Stress, materielle Unsicherheit oder eingeschränkte soziale Teilhabe. Für die Soziale Arbeit ist diese präventive Perspektive anschlussfähig, da solche Belastungen gerade bei Menschen mit niedrigem SES nicht isoliert auftreten, sondern mit sozialen Lebenslagen verbunden sind. Die klassische Unterscheidung zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention (Franzkowiak, 2025) kann sozialarbeiterisches Handeln einordnen, sollte jedoch nicht als starres medizinisches Schema verstanden werden. Primäre Prävention verweist auf die Stärkung von Schutzfaktoren, bevor psychische Belastungen entstehen. Sekundäre Prävention betrifft das frühzeitige Erkennen und Bearbeiten von Belastungssituationen. Tertiäre Prävention zielt darauf, bei bereits bestehenden Erkrankungen oder Einschränkungen Verschlechterungen, Rückzug und weitere Teilhabeverluste zu vermeiden. Primärpräventiv kann Soziale Arbeit soziale Teilhabe,

Selbstwirksamkeit und unterstützende Netzwerke fördern, bevor sich Belastungen verfestigen. Sekundärpräventiv kann sie Belastungssituationen frühzeitig wahrnehmen, Orientierung im Hilfesystem bieten und passende Unterstützung vermitteln. Tertiärpräventiv kann sie Menschen mit bestehenden psychischen Belastungen oder Erkrankungen im Alltag stabilisieren, soziale Isolation reduzieren, Zugänge zu Unterstützungs- und Behandlungsangeboten sichern und Teilhabe trotz Einschränkungen ermöglichen.

Bedeutsam ist auch die Verbindung von Verhaltens- und Verhältnisprävention. Verhaltensprävention richtet sich auf individuelles Wissen, Kompetenzen und Handeln, etwa durch Beratung, Information, Förderung von Gesundheitskompetenz oder psychosoziale Unterstützung. Verhältnisprävention setzt dagegen bei den sozialen, institutionellen und materiellen Lebensbedingungen an, die Gesundheit ermöglichen oder beeinträchtigen. Dazu gehören beispielsweise zugängliche Unterstützungsstrukturen, soziale Infrastrukturen, Wohnbedingungen, Mobilität, Quartiergestaltung oder finanzielle Sicherheit. Die beiden Perspektiven können in der Praxis nicht strikt voneinander getrennt werden (Franzkowiak, 2025). Für die Soziale Arbeit ist gerade diese Verbindung zentral. Sie kann individuelle Handlungsmöglichkeiten stärken, ohne die Verantwortung für Gesundheit allein den betroffenen Personen zuzuschreiben.

Damit wird auch eine kritische Dimension präventiven Handelns sichtbar. Prävention kann problematisch werden, wenn sie vor allem auf individuelles Verhalten zielt und strukturelle Ursachen von Belastung ausblendet. Insbesondere bei älteren Menschen mit niedrigem SES besteht dann die Gefahr, gesundheitliche Ungleichheit zu individualisieren. Wenn Angebote etwa Gesundheitskompetenz, Mobilität, Zeit, finanzielle Mittel oder Vertrauen in Institutionen voraussetzen, erreichen sie gerade jene Personen schlechter, die einen erhöhten Unterstützungsbedarf haben. Dieses Präventionsdilemma beschreibt Franzkowiak (2025) als ungleiche Inanspruchnahme präventiver Angebote durch sozial benachteiligte Gruppen. Für die Soziale Arbeit folgt daraus, dass Chancengerechtigkeit nicht durch formal gleiche Angebote entsteht, sondern durch den aktiven Abbau von Zugangsbarrieren und eine bedarfsgerechte Gestaltung von Unterstützung im Sinne von *Equity*.

Gesundheitsförderung erweitert diesen Blick, weil sie nicht primär von Krankheit und Risiko ausgeht, sondern die Entstehung und Erhaltung von Gesundheit in den Mittelpunkt stellt. Sie orientiert sich an Ressourcen, Partizipation, Empowerment und dem Aufbau gesundheitsförderlicher Strukturen (Franzkowiak, 2025). Diese Perspektive knüpft an den in Kapitel 2.1 dargestellten salutogenetischen Ansatz an. Wenn Gesundheit als Prozess verstanden wird, der durch Ressourcen, Sinnhaftigkeit, Handhabbarkeit und Verstehbarkeit gestärkt wird, ergeben sich deutliche Anschlüsse an sozialarbeiterische Prinzipien wie Ressourcenorientierung, Empowerment, Lebensweltorientierung

und Netzwerkarbeit. Für ältere Menschen mit niedrigem SES bedeutet dies, dass chancengerechte Massnahmen in der Sozialen Arbeit an den konkreten Lebensbedingungen ansetzen, Zugänge erleichtern, Teilhabe ermöglichen und Ressourcen erschliessen müssen. Der spezifische Beitrag der Sozialen Arbeit liegt somit darin, psychische Gesundheit als Ergebnis von Handlungsmöglichkeiten, Teilhabechancen und sozialen Lebensbedingungen zu verstehen und individuelle Unterstützung mit sozialräumlicher sowie einer strukturellen Perspektive zu verbinden.

4.3 Handlungsebenen der Sozialen Arbeit

Chancengerechte Förderung psychischer Gesundheit setzt sowohl die Stärkung individueller Ressourcen als auch die Gestaltung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen voraus (Weber, 2022, S. 86). Für die Soziale Arbeit ist dabei zentral, dass psychische Belastungen älterer Menschen mit niedrigem SES nicht isoliert als individuelles Problem verstanden werden. Sie entstehen im Zusammenspiel von biografischen Erfahrungen, materiellen Ressourcen, sozialen Netzwerken, institutionellen Zugängen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Sozialarbeiterisches Handeln muss deshalb individuelle, sozialräumliche und sozialpolitische Ebenen miteinander verbinden. Während dieses Kapitel die Handlungsebenen beschreibt, werden die Gestaltungskriterien chancengerechter Massnahmen anschliessend in Kapitel 4.4 vertieft.

4.3.1 Soziale Arbeit auf individueller Ebene

Auf individueller Ebene unterstützt Soziale Arbeit ältere Menschen mit niedrigem SES bei der Bewältigung psychosozialer Belastungen und bei der Erschliessung persönlicher, sozialer, materieller und institutioneller Ressourcen. Psychische Belastungen sind zwar wesentlich durch soziale und strukturelle Bedingungen geprägt, zeigen sich jedoch im konkreten Alltag einzelner Menschen. Sozialarbeiterisches Handeln setzt deshalb an individuellen Lebenslagen, biografischen Erfahrungen, Bewältigungsmöglichkeiten und vorhandenen Ressourcen an, ohne psychische Gesundheit auf individuelle Verantwortung zu reduzieren.

Ein zentraler Schwerpunkt liegt in der psychosozialen Begleitung bei belastenden Lebensereignissen und Übergängen. Dazu gehören beispielsweise Pensionierung, Verwitwung, gesundheitliche Einschränkungen, der Verlust nahestehender Personen, Einsamkeit oder der Verlust sozialer Rollen. Solche Lebensereignisse müssen nicht nur emotional verarbeitet werden, sondern haben häufig auch praktische, soziale und materielle Folgen. In diesen Situationen kann Soziale Arbeit Orientierung bieten, Belastungen einordnen und gemeinsam mit den Betroffenen Handlungsmöglichkeiten

entwickeln. Ihr Beitrag liegt dabei nicht in klinischer Diagnostik oder Therapie, sondern in psychosozialer Stabilisierung, Ressourcenerschliessung und Unterstützung bei der Alltagsbewältigung.

Ein weiterer zentraler Beitrag liegt in der Ressourcenerschliessung. Kapitel 2.3 hat gezeigt, dass Einkommen, Wohnsituation und soziale Teilhabe eng mit psychischer Gesundheit verbunden sind. Ältere Menschen mit niedrigem SES verfügen häufig über begrenzte finanzielle Spielräume und haben zugleich Schwierigkeiten, bestehende Ansprüche oder Unterstützungsangebote zu nutzen. Ressourcenorientierung umfasst in der Arbeit mit älteren Menschen nicht nur persönliche Fähigkeiten, sondern auch soziale, materielle und institutionelle Ressourcen (Schubert, 2022, S. 513). Für die Soziale Arbeit ist deshalb entscheidend, solche Ressourcen gemeinsam mit den Adressat:innen tatsächlich zugänglich zu machen. Gerade bei älteren Menschen mit niedrigem SES kann dies bedeuten, bestehende Ansprüche zu klären, Unterstützungsangebote zu vermitteln und Hemmschwellen im Kontakt mit Institutionen abzubauen. Konkret bedeutet dies beispielsweise, über Anlaufstellen und Sozialberatungen dazu beizutragen, die materielle Sicherheit älterer Menschen zu stärken. Am Beispiel von Frau Meier kann dies heissen, gemeinsam mit ihr zu prüfen, ob Ansprüche auf Ergänzungsleistungen, AHV-Leistungen oder Prämienverbilligungen bestehen, und sie bei deren Geltendmachung zu unterstützen. Ebenso kann die Vermittlung von Mobilitätsangeboten bedeutsam sein, wenn Frau Meier aufgrund eingeschränkter finanzieller Mittel oder fehlender Unterstützung medizinische Termine, Beratungsstellen oder soziale Aktivitäten nur schwer erreichen kann. Ein Beispiel hierfür sind kostenlose Fahrdienste für Senior:innen, wie sie vom Schweizerischen Roten Kreuz angeboten werden.

Darüber hinaus übernimmt Soziale Arbeit eine wichtige Funktion bei der Orientierung im Hilfesystem. Kapitel 2.4 hat gezeigt, dass geringe Gesundheitskompetenz, komplexe Informationen, digitale Zugänge, Stigmatisierung oder Scham die Inanspruchnahme von Unterstützung erschweren können. Sozialarbeitende können Informationen verständlich vermitteln, bei administrativen Schritten unterstützen, digitale oder sprachliche Hürden überbrücken und passende Hilfen koordinieren. Damit kann aus einem formal bestehenden Angebot eine tatsächlich nutzbare Unterstützung werden. Ein weiterer Ansatzpunkt ist die Förderung sozialer Teilhabe. Kapitel 2.3 hat soziale Teilhabe als zentrale Ressource psychischer Gesundheit herausgearbeitet. Auf individueller Ebene kann Soziale Arbeit ältere Menschen darin unterstützen, bestehende Kontakte zu erhalten, neue Beziehungen aufzubauen oder den Zugang zu Gruppenangeboten, Begegnungsorten und Nachbarschaftsnetzwerken zu finden. Entscheidend ist dabei eine beziehungsorientierte und nicht stigmatisierende Ansprache.

Auf individueller Ebene trägt Soziale Arbeit somit vor allem zur Verhaltensprävention und zur Ressourcenerschliessung bei. Sie stabilisiert in belastenden Lebenssituationen, erleichtert Zugänge,

stärkt Selbstwirksamkeit und fördert soziale Teilhabe. Gleichzeitig bleibt diese Ebene begrenzt. Wenn Armut, belastende Wohnbedingungen oder strukturelle Zugangsbarrieren bestehen, kann individuelle Beratung allein keine Chancengerechtigkeit herstellen. Sie muss deshalb mit institutionell-sozialräumlichen und strukturell-sozialpolitischen Ansätzen verbunden werden.

4.3.2 Soziale Arbeit auf institutioneller und sozialräumlicher Ebene

Auf institutioneller und sozialräumlicher Ebene richtet sich sozialarbeiterisches Handeln auf die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten und Unterstützungsstrukturen. Psychische Gesundheit wird wesentlich durch das unmittelbare soziale Umfeld beeinflusst. Gerade im höheren Lebensalter gewinnen Quartiere, Nachbarschaften und lokale Netzwerke an Bedeutung, da sich der Lebensradius vieler älterer Menschen zunehmend auf das nähere Wohnumfeld konzentriert (Paone, 2025, S. 68–70). Quartiere, Nachbarschaften, Gemeinden und lokale Netzwerke werden damit zu zentralen Orten psychischer Gesundheitsförderung.

Ein wichtiges Handlungsfeld der Sozialen Arbeit liegt deshalb in der Sozialraum- und Gemeinwesenarbeit. Durch Quartierarbeit, Begegnungsangebote, nachbarschaftliche Netzwerke und lokale Unterstützungsstrukturen kann sie soziale Kontakte stärken, Isolation entgegenwirken und den Zugang zu Unterstützung erleichtern. Dabei geht es nicht nur darum, einzelne ältere Menschen an bestehende Angebote heranzuführen, sondern soziale Räume so mitzugestalten, dass Begegnung, Teilhabe und gegenseitige Unterstützung wahrscheinlicher werden. Bachmann (2026) betont, dass soziale Teilhabe in konkreten Lebenswelten stattfindet und dass Quartier- und Gemeindestrukturen wichtige Orte für die Entstehung sozialer Ressourcen sind (S. 5, 15–21). Angebote wie *Tavolata*, Erzählcafés, *malreden*, *Vicino* oder *Quartiers solidaires* zeigen, dass psychische Gesundheitsförderung dort ansetzen kann, wo Menschen ihren Alltag leben und Beziehungen aufbauen.

Neben offenen Angeboten spielt aufsuchende Soziale Arbeit eine wichtige Rolle. Gerade isoliert lebende ältere Menschen oder Personen mit wenig Vertrauen in Institutionen werden durch klassische «Komm-Strukturen» häufig nicht erreicht. Aufsuchende Ansätze, präventive Hausbesuche oder die Zusammenarbeit mit Schlüsselpersonen können dazu beitragen, Unterstützungsbedarfe frühzeitig wahrzunehmen und passende Angebote zugänglich zu machen. Dabei geht es darum, älteren Menschen Informationen, Orientierung und Kontaktmöglichkeiten in ihrer vertrauten Lebenswelt anzubieten. Für Frau Meier kann dies bedeuten, dass sie nicht von sich aus eine Beratungsstelle oder ein Gruppenangebot aufsucht, obwohl sie von Unterstützung profitieren würde. Gründe dafür können Unsicherheit, Scham, fehlende Information oder die Sorge sein, anderen zur Last zu fallen. Aufsuchende Soziale Arbeit kann hier eine Brücke schaffen, indem sie Unterstützung nicht erst dann

anbietet, wenn Frau Meier aktiv Hilfe einfordert, sondern frühzeitig Kontaktmöglichkeiten in ihrem vertrauten Umfeld eröffnet.

Darüber hinaus übernimmt Soziale Arbeit eine koordinierende und vermittelnde Funktion zwischen verschiedenen Institutionen und Berufsgruppen. Psychische Gesundheit im Alter betrifft nicht nur das Gesundheitswesen, sondern auch Gemeinden, Sozialdienste, Altersarbeit, Wohnbau, Freiwilligenorganisationen, Spitex, Hausärzt:innen, Quartierarbeit und Angehörige. Soziale Arbeit kann hier koordinierend wirken, indem sie soziale Problemlagen fachlich übersetzt, Angebote verknüpft und die Perspektiven älterer Menschen in Netzwerke einbringt. Dadurch übernimmt sie eine Brückenfunktion zwischen Lebenswelt, Sozialwesen und Gesundheitswesen.

Auf institutioneller Ebene kann Soziale Arbeit verdeckte Zugangshürden sichtbar machen und zur Weiterentwicklung zugänglicher Unterstützungsstrukturen beitragen. Viele Angebote sind formal zugänglich, setzen aber implizit Ressourcen voraus, etwa Sprachkompetenz, Mobilität, digitale Fähigkeiten oder Vertrauen in professionelle Hilfe. Hier kann Soziale Arbeit zwischen Adressat:innen und Institutionen vermitteln und darauf hinwirken, dass Angebote stärker an den Lebensrealitäten älterer Menschen mit niedrigem SES ausgerichtet werden. Die institutionelle und sozialräumliche Ebene verbindet individuelle Unterstützung mit Verhältnisprävention. Für ältere Menschen mit niedrigem SES bestimmt diese Ebene mit, ob Unterstützungsangebote im Alltag erreichbar, verständlich und nutzbar werden. Soziale Arbeit kann hier dazu beitragen, dass psychische Gesundheitsförderung nicht bei individueller Beratung stehen bleibt, sondern in soziale Lebenswelten und lokale Unterstützungsstrukturen eingebettet wird.

4.3.3 Soziale Arbeit auf struktureller und sozialpolitischer Ebene

Auf struktureller und sozialpolitischer Ebene richtet sich sozialarbeiterisches Handeln auf jene gesellschaftlichen Bedingungen, die gesundheitliche Ungleichheiten beeinflussen. Kapitel 2.2 hat gezeigt, dass gesundheitliche Ungleichheit nicht zufällig entsteht, sondern mit sozialer Lage und ungleich verteilten Ressourcen verbunden ist. Für die Soziale Arbeit bedeutet dies, nicht nur Folgen sozialer Ungleichheit im Einzelfall zu bearbeiten, sondern auch deren Ursachen und Rahmenbedingungen zu thematisieren.

Im Zentrum steht dabei Verhältnisprävention als sozialpolitisch ausgerichtete Strategie. Gesundheitliche Chancengerechtigkeit lässt sich nicht allein durch individuelle Unterstützung herstellen, sondern setzt Veränderungen in gesellschaftlichen, kommunalen und institutionellen Rahmenbedingungen voraus. Im Sinne von *Mental Health in All Policies* muss psychische Gesundheit

auch in Politikbereichen wie Sozialpolitik, Wohnpolitik, Bildung, Arbeit und Raumplanung berücksichtigt werden (Baume-Schneider, 2025, S. 5). Diese Perspektive wurde bereits in Kapitel 3.1 als nationale gesundheitspolitische Orientierung sichtbar und ist für die Soziale Arbeit besonders relevant, weil viele soziale Determinanten psychischer Gesundheit ausserhalb des klassischen Gesundheitswesens liegen.

Für die Soziale Arbeit ergibt sich daraus eine anwaltschaftliche und sozialpolitische Funktion. Sie kann strukturelle Benachteiligungen sichtbar machen, Versorgungslücken benennen und die Perspektiven sozial benachteiligter älterer Menschen in fachliche und politische Entscheidungsprozesse einbringen. Wenn ältere Menschen mit niedrigem SES Angebote aufgrund von Kosten, digitaler Anmeldung, Mobilitätsbarrieren, sprachlichen Hürden oder fehlender Information nicht nutzen können, handelt es sich nicht nur um individuelle Schwierigkeiten, sondern um strukturelle Zugangsbarrieren. Die Situation von Frau Meier verweist damit über den Einzelfall hinaus. Wenn sie ein Angebot wegen Fahrtkosten, fehlender Begleitung, digitaler Anmeldung oder mangelnder Information nicht nutzt, liegt dies nicht allein an ihrer persönlichen Entscheidung. Vielmehr werden daran Bedingungen sichtbar, die auch andere ältere Menschen mit niedrigem SES betreffen können und deshalb sozialpolitisch sowie institutionell bearbeitet werden müssen. Eng damit verbunden ist die Mitgestaltung chancengerechter sozialer Infrastrukturen. Strukturelle Massnahmen wie bezahlbarer Wohnraum, barrierefreie öffentliche Räume, wohnortnahe Unterstützungsangebote oder zugängliche Gesundheitsversorgung wirken gesundheitsförderlich, weil sie Teilhabe ermöglichen und Exklusionsrisiken reduzieren. Soziale Arbeit kann solche Entwicklungen nicht allein steuern, aber sie kann Bedarfe aus der Praxis sichtbar machen, Akteur:innen vernetzen und dazu beitragen, dass die Lebenslagen älterer Menschen in Planungs- und Entscheidungsprozessen berücksichtigt werden.

Die Lebenslaufperspektive verstärkt diese strukturelle Sichtweise. Wie in Kapitel 2.3 gezeigt wurde, entstehen gesundheitliche Ungleichheiten im Alter häufig nicht erst in dieser Lebensphase, sondern sind Ergebnis kumulierter sozialer Benachteiligungen. Niedrige Bildung, prekäre Erwerbsbiografien, geringes Einkommen, belastende Wohnverhältnisse oder eingeschränkte Teilhabechancen können sich über den Lebensverlauf hinweg verdichten und im Alter psychische Belastungen verstärken. Für die Soziale Arbeit folgt daraus, dass Prävention nicht erst im Alter ansetzen darf. Zugleich muss sie im Alter jene Folgen früherer Benachteiligungen erkennen, die sich in Armut, Isolation, erschwertem Zugang zu Unterstützung oder eingeschränkten Handlungsspielräumen zeigen.

Der Beitrag der Sozialen Arbeit auf struktureller und sozialpolitischer Ebene liegt somit darin, gesundheitliche Ungleichheit als Ausdruck ungleicher Lebensbedingungen sichtbar zu machen. Sie kann diese Bedingungen nicht eigenständig verändern, aber Erfahrungen aus der Praxis bündeln,

Versorgungslücken benennen, Beteiligungsprozesse fördern und die Perspektiven älterer Menschen mit niedrigem SES in fachliche und politische Prozesse einbringen. Darüber hinaus können Institutionen der Sozialen Arbeit durch Öffentlichkeitsarbeit, Sensibilisierungskampagnen und zielgruppengerechte Informationsvermittlung dazu beitragen, psychische Gesundheit im Alter sowie bestehende Unterstützungsangebote sichtbarer zu machen. Dazu gehören neben klassischen Informationskanälen auch digitale Kommunikationswege wie Websites oder soziale Medien, sofern diese durch analoge und persönliche Zugänge ergänzt werden. Auf struktureller Ebene bedeutet dies, nicht nur auf individuelle Unterstützungsbedarfe zu reagieren, sondern auch aktiv darauf hinzuwirken, dass Informationen, Angebote und Rechte sozial benachteiligte ältere Menschen besser erreichen.

4.4 Sozialarbeiterische Gestaltungskriterien chancengerechter Massnahmen

Nachdem die Handlungsebenen der Sozialen Arbeit dargestellt wurden, stellt sich nun die Frage, wie sozialarbeiterische Massnahmen gestaltet sein müssen, um die psychische Gesundheit älterer Menschen chancengerecht zu fördern. Nach Weber und Hösli (2020) kann dies auf zwei Wegen geschehen: Bestehende Angebote können so angepasst werden, dass sie für unterschiedliche soziale Lagen zugänglich sind, oder es können spezifische Interventionen für besonders vulnerable Gruppen entwickelt werden (S. 14). Für die Soziale Arbeit bedeutet dies, dass Massnahmen nicht standardisiert geplant werden können, sondern zugänglich, lebensweltorientiert, ungleichheitssensibel und partizipativ ausgestaltet werden und nachhaltig und strukturell verankert sein müssen.

4.4.1 Zugänglichkeit und Lebensweltorientierung

Für die chancengerechte Förderung psychischer Gesundheit ist Zugänglichkeit ein zentrales Gestaltungskriterium. Angebote sind nicht bereits deshalb chancengerecht, weil sie formal allen älteren Menschen offenstehen. Entscheidend ist, ob ältere Menschen mit niedrigem SES sie unter ihren konkreten Lebensbedingungen tatsächlich nutzen können. Zugänglichkeit umfasst daher finanzielle, räumliche, sprachliche, digitale, soziale und institutionelle Dimensionen. Burla (2025) betont, dass der Zugang in der Schweiz zwar grundsätzlich gewährleistet ist, in der Praxis jedoch weiterhin erhebliche Hürden bestehen. Institutionen tragen demnach Verantwortung dafür, Informationen verständlich zu vermitteln und informierte Entscheidungen zu ermöglichen. Dazu gehören ausreichend Zeit für Erklärungen, leicht verständliches Informationsmaterial, finanzierte interkulturelle Dolmetschende sowie Angebote, die auch mit begrenzten zeitlichen, sprachlichen oder finanziellen Ressourcen nutzbar sind. Eine partizipative Entwicklung unter Einbezug der Zielgruppen kann dazu beitragen, Angebote besser an deren Lebensrealitäten anzupassen (S. 81).

Eng damit verbunden ist die Lebensweltorientierung. Lebensweltorientierung bedeutet laut Grunwald und Thiersch (2018), dass professionelle Unterstützung an den konkreten Lebensbedingungen und Handlungsmöglichkeiten der Adressat:innen auszurichten ist (S. 303–304). Für die Förderung psychischer Gesundheit im Alter heisst dies, dass Massnahmen dort ansetzen sollten, wo ältere Menschen ihren Alltag tatsächlich gestalten: im Quartier, in der Gemeinde, in Beratungsstellen, in Treffpunkten, in Nachbarschaften oder im eigenen Zuhause. Gerade bei älteren Menschen mit niedrigem SES ist dies bedeutsam, weil begrenzte finanzielle Mittel, eingeschränkte Mobilität oder fehlende soziale Unterstützung die Nutzung weiter entfernter oder hochschwelliger Angebote erschweren können.

Ein ergänzender theoretischer Bezugspunkt ist der Settingansatz der Gesundheitsförderung. Dieser versteht Gesundheit nicht primär als Ergebnis individueller Entscheidungen, sondern als Produkt der sozialen, räumlichen und institutionellen Lebenswelten, in denen Menschen leben. Der Settingansatz verbindet Verhaltens- und Verhältnisprävention, indem sowohl individuelle Ressourcen gestärkt als auch gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen gestaltet werden (Homfeldt, 2012, S. 495–496). Für sozialarbeiterische Massnahmen bedeutet dies, dass sie nicht nur einzelne Personen adressieren, sondern auch die Bedingungen berücksichtigen müssen, unter denen Teilhabe, Unterstützung und psychisches Wohlbefinden möglich werden. Zugänglichkeit erfordert zudem eine kritische Auseinandersetzung mit soziallyagenblinden Angeboten. Kaba-Schönstein und Kilian (2023) weisen darauf hin, dass Gesundheitsförderung unbeabsichtigt ausschliessend wirken kann, wenn sie sich an den Voraussetzungen ressourcenstärkerer Gruppen orientiert. Dazu gehören etwa hohe Anforderungen an Sprache, Selbstorganisation, Mobilität, digitale Kompetenzen oder Wissen über das Hilfesystem. Für ältere Menschen mit niedrigem SES kann dies bedeuten, dass Angebote zwar formal offenstehen, faktisch aber schwer erreichbar bleiben. Chancengerechte Massnahmen müssen solche verdeckten Voraussetzungen erkennen und abbauen.

Konkret müssen sozialarbeiterische Massnahmen deshalb niederschwellig gestaltet sein. Dazu gehören kostenfreie oder kostengünstige Teilnahme, gut erreichbare Orte, verständliche und bei Bedarf mehrsprachige Informationen, einfache Anmeldewege, persönliche Ansprache, flexible Teilnahmebedingungen sowie Unterstützung bei administrativen oder digitalen Hürden. Digitale Zugänge sollten nicht vorausgesetzt werden, sondern durch analoge Kommunikationswege, telefonische Kontaktmöglichkeiten oder persönliche Vermittlung ergänzt werden. Dadurch wird verhindert, dass Massnahmen unbeabsichtigt vor allem jene Personen erreichen, die bereits über hohe Gesundheitskompetenz, Mobilität und institutionelles Vertrauen verfügen. Am Beispiel von Frau Meier wird deutlich, dass Niederschwelligkeit mehr umfasst als einen formal offenen Zugang. Ein Angebot ist

für sie erst dann tatsächlich niederschwellig, wenn sie davon in verständlicher Form erfährt, der Ort gut erreichbar ist, keine untragbaren Kosten entstehen und eine Anmeldung auch telefonisch oder persönlich möglich ist. Ebenso wichtig ist eine Ansprache, die nicht beschämt, sondern vermittelt, dass Unterstützung und Teilhabe selbstverständlich in Anspruch genommen werden dürfen. Niederschwelligkeit bedeutet zudem, an bereits vertraute Orte und bestehende Alltagsstrukturen anzuknüpfen. Pfister et al. (2023) zeigen für die Prävention bei sozioökonomisch benachteiligten Gruppen, dass Angebote eher wirksam werden, wenn sie in Kontexte eingebettet sind, die von der Zielgruppe ohnehin genutzt werden (S. 10–12). Übertragen auf ältere Menschen bedeutet dies, dass sozialarbeiterische Massnahmen beispielsweise an Quartiertreffpunkte, Hausarztpraxen, Spitex, Senior:innenorganisationen, das Wohnumfeld, religiöse Gemeinschaften oder bestehende Nachbarschaftsstrukturen anschliessen sollten. Auch Neukomm und Gisiger (2019) zeigen, dass sozial benachteiligte ältere Personen vor allem dann erreicht werden, wenn Zugangswege über persönliche Beziehungen, Schlüsselpersonen oder vertraute Institutionen erfolgen (S. 29)

Zugänglichkeit und Lebensweltorientierung bedeuten somit, Unterstützung nicht erst dort anzubieten, wo ältere Menschen aktiv Hilfe einfordern. Vielmehr müssen Massnahmen und Angebote Barrieren vorausschauend berücksichtigen und Unterstützung in vertraute Lebenswelten hineinragen.

4.4.2 Partizipation, Empowerment und Netzwerkarbeit

Neben Zugänglichkeit ist die aktive Beteiligung älterer Menschen ein zentrales Gestaltungskriterium. Gesundheitsfördernde Massnahmen sollten nicht nur für ältere Menschen entwickelt werden, sondern möglichst mit ihnen. Partizipation verbessert die Passung von Angeboten, weil Bedürfnisse, Erfahrungen und Barrieren aus Sicht der Betroffenen sichtbar werden. Zugleich kann Partizipation selbst gesundheitsförderlich wirken, indem sie Selbstbestimmung, Anerkennung und Zugehörigkeit stärkt (Weber, 2022, S. 97).

Stade (2019) beschreibt Partizipation als ein Konzept, das über reine Teilnahme hinausgeht und die gleichberechtigte Einbindung in gesellschaftliche Entscheidungsprozesse sowie die aktive Mitgestaltung des eigenen Lebensumfelds umfasst (S. 50–51). Für die Gestaltung sozialarbeiterischer Massnahmen ist diese Unterscheidung bedeutsam, weil blosser Anwesenheit oder Teilnahme noch keine echte Mitbestimmung darstellt. Chancengerechte Massnahmen sollten ältere Menschen deshalb möglichst früh in Bedarfserhebung, Planung, Umsetzung und Bewertung einbeziehen. Dadurch kann verhindert werden, dass Angebote an den tatsächlichen Bedürfnissen vorbeigehen oder paternalistisch wirken. Am Beispiel von Frau Meier wird deutlich, dass Partizipation mehr bedeutet als die Möglichkeit zur Teilnahme. Erst wenn ihre Unsicherheiten bezüglich des Quartiertreffs ernst genommen und ihre

Bedürfnisse in die Gestaltung oder Weiterentwicklung solcher Angebote einfließen, kann eine Beteiligung entstehen, die Selbstbestimmung fördert und Hemmschwellen abbaut. Gerade bei älteren Menschen mit niedrigem SES ist Partizipation jedoch nicht voraussetzungslos. Beteiligung erfordert Zeit, Vertrauen, verständliche Kommunikation und Rahmenbedingungen, die Teilhabe tatsächlich ermöglichen. Wenn partizipative Prozesse hohe sprachliche, digitale oder kognitive Anforderungen stellen, können sie wiederum ausschliessend wirken. Sozialarbeiterische Massnahmen müssen deshalb Beteiligungsformen wählen, die an die Lebensrealitäten der Adressat:innen angepasst sind. Dazu gehören informelle Gespräche, kleine Gruppen, aufsuchende Bedarfserhebungen, Beteiligung über Schlüsselpersonen oder niederschwellige Rückmeldemöglichkeiten.

Eng mit Partizipation verbunden ist Empowerment. Der Ansatz zielt darauf ab, Menschen in ihren Handlungsmöglichkeiten zu stärken und vorhandene Ressourcen sichtbar zu machen. Friz (2019) beschreibt Empowerment als Prozess, in dem Menschen eigene Kompetenzen erkennen, nutzen und weiterentwickeln (S. 42–48). Für die psychische Gesundheitsförderung bedeutet dies, ältere Menschen nicht auf Belastungen, Defizite oder Risiken zu reduzieren. Vielmehr gilt es, biografische Erfahrungen, Bewältigungsleistungen, soziale Beziehungen und individuelle Kompetenzen als Ressourcen ernst zu nehmen. Empowerment darf jedoch nicht individualisierend verstanden werden. Gerade bei älteren Menschen mit niedrigem SES reicht es nicht aus, Selbstwirksamkeit oder Gesundheitskompetenz zu stärken, wenn materielle Unsicherheit, fehlende Mobilität oder schwer zugängliche Angebote bestehen bleiben. Ziel ist deshalb nicht, ältere Menschen trotz unveränderter Belastungen zu mehr Anpassung aufzufordern, sondern gemeinsam Handlungsspielräume zu erweitern und zugleich Barrieren im Umfeld zu reduzieren. Schubert (2022) betont in diesem Zusammenhang, dass Ressourcenorientierung in der Arbeit mit älteren Menschen neben individuellen Kompetenzen auch soziale Beziehungen, materielle Sicherheit und institutionelle Unterstützung einschliesst (S. 513). Empowerment bedeutet in diesem Verständnis nicht nur persönliche Stärkung, sondern auch Ressourcenerschliessung. Für Frau Meier könnte Empowerment beispielsweise bedeuten, gemeinsam Ansprüche auf Ergänzungsleistungen zu klären, passende Unterstützungsangebote zu erschliessen und sie dabei zu begleiten, den Quartiertreff erstmals zu besuchen. Dadurch werden nicht nur individuelle Ressourcen gestärkt, sondern auch konkrete Handlungsmöglichkeiten erweitert.

Ein weiteres zentrales Gestaltungskriterium ist Netzwerkarbeit. Wie in Kapitel 2.3 aufgezeigt wurde, sind soziale Beziehungen wichtige Ressourcen psychischer Gesundheit. Für ältere Menschen mit niedrigem SES sollten sozialarbeiterische Massnahmen deshalb nicht nur individuelle Beratung anbieten, sondern soziale Einbindung gezielt ermöglichen. Dies kann durch Gruppenangebote, Begegnungsräume, Nachbarschaftsinitiativen, Peer-Ansätze oder die Zusammenarbeit mit Freiwilligen

und Schlüsselpersonen geschehen. Netzwerkarbeit trägt dazu bei, soziale Isolation zu reduzieren, Unterstützung im Alltag zu erleichtern und Zugehörigkeit zu stärken.

Für schwer erreichbare Gruppen sind zudem Multiplikator:innen und Schlüsselpersonen bedeutsam. Der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2021) beschreibt Multiplikator:innen als Personen oder Gruppen, die aufgrund ihrer Nähe zur Zielgruppe Zugänge erleichtern und gesundheitsfördernde Informationen lebensweltnah vermitteln können (S. 37–38). Für ältere Menschen mit niedrigem SES können solche Brückenpersonen besonders wichtig sein, weil sie Vertrauen schaffen, Hemmschwellen abbauen und informelle Unterstützungsnetzwerke aktivieren. Neukomm und Gisiger (2019) zeigen ebenfalls, dass freiwillige Schlüsselpersonen und sogenannte Brückenbauer:innen den Zugang erleichtern können, weil sie Vertrauen schaffen und Bedürfnisse der Zielgruppe frühzeitig wahrnehmen. Für ältere Menschen mit Migrationshintergrund können Personen mit ähnlichem sprachlichem oder kulturellem Hintergrund besonders wichtig sein, da sie Kommunikationsbarrieren verringern und Zugänge zu Unterstützung erleichtern (S. 29). Netzwerkarbeit wird dadurch zu einem zentralen Mittel, um individuelle Unterstützung, sozialräumliche Teilhabe und institutionelle Zugänge miteinander zu verbinden.

Partizipation, Empowerment und Netzwerkarbeit sind damit nicht nur methodische Prinzipien, sondern zentrale Bestandteile psychischer Gesundheitsförderung. Sie stärken Selbstwirksamkeit, Zugehörigkeit und soziale Unterstützung. Zugleich verhindern sie, dass Gesundheitsförderung bevormundend wirkt oder an den Lebensrealitäten älterer Menschen mit niedrigem SES vorbeigeht.

4.4.3 Strukturelle Verankerung und Nachhaltigkeit

Chancengerechte Massnahmen müssen langfristig und strukturell verankert sein. Kurzfristige Projekte können zwar wichtige Impulse setzen, reichen jedoch häufig nicht aus, um schwer erreichbare Gruppen dauerhaft einzubeziehen, Vertrauen aufzubauen oder Zugangsbarrieren nachhaltig abzubauen. Nachhaltigkeit bedeutet deshalb, dass gesundheitsfördernde Massnahmen nicht nur punktuell durchgeführt, sondern langfristig in Gemeinden, Institutionen und sozialräumlichen Netzwerken verankert werden. Für die Soziale Arbeit ist dies besonders relevant, weil beziehungsorientierte und aufsuchende Ansätze Zeit benötigen. Vertrauen entsteht nicht durch einmalige Interventionen, sondern durch wiederholte Kontakte, Verlässlichkeit und Präsenz im Sozialraum. Wenn Massnahmen projektförmig, kurzfristig finanziert oder personell unsicher sind, besteht die Gefahr, dass gerade jene älteren Menschen nicht erreicht werden, die bereits wenig institutionelles Vertrauen oder fragile soziale Netzwerke haben. Für Frau Meier wäre ein einmaliges Angebot vermutlich nicht ausreichend.

Erst wiederkehrende Kontakte und eine verlässliche Ansprechperson könnten das notwendige Vertrauen schaffen, damit sie Unterstützungsangebote langfristig nutzt.

Strukturelle Verankerung erfordert zudem intersektorale Zusammenarbeit. Psychische Gesundheit älterer Menschen mit niedrigem SES betrifft nicht nur die Soziale Arbeit, sondern auch Gesundheitswesen, Gemeinden, Altersarbeit, Wohnpolitik, Raumplanung, Freiwilligenorganisationen und Sozialpolitik. Wie Weber und Hösli (2020) zeigen, sind strukturelle Verankerung, intersektorale Zusammenarbeit und Evaluation wichtige Erfolgskriterien chancengerechter Gesundheitsförderung (S. 14). Der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2021) nennt ebenfalls Nachhaltigkeit, Vernetzung, Partizipation, Settingorientierung und Qualitätsentwicklung als zentrale Kriterien guter Praxis soziallagenbezogener Gesundheitsförderung (S. 3, 12). Für sozialarbeiterische Massnahmen bedeutet dies, dass sie nicht isoliert geplant werden sollten, sondern in bestehende kommunale, institutionelle und sozialräumliche Strukturen eingebettet sein müssen.

Zur Nachhaltigkeit gehört auch eine systematische Evaluation. Um Entwicklungen gesundheitlicher Ungerechtigkeit besser zu verstehen und Fortschritte sichtbar zu machen, müssen Massnahmen nicht nur umgesetzt, sondern auch beobachtet und ausgewertet werden (Weber, 2022, S. 41). Thorshaug et al. (2021) weisen darauf hin, dass es nicht ausreicht, lediglich die Anzahl Teilnehmender zu erfassen. Entscheidend ist, ob jene Gruppen erreicht werden, die aufgrund ihrer sozialen Lage besonders belastet sind. Merkmale wie Geschlecht, Migrationshintergrund und sozioökonomischer Status müssen sorgfältig erhoben werden, um Zielgruppenerreichung beurteilen zu können (S. 8). Dies ist besonders relevant, weil ältere Menschen mit niedrigem SES keine homogene Gruppe darstellen. Schäffler (2019) zeigt, dass Massnahmen zur sozialen Teilhabe im Alter unterschiedliche Risikogruppen gezielt berücksichtigen müssen, etwa ältere Menschen mit Migrationshintergrund, ältere Frauen, armutsbetroffene Personen oder Menschen mit körperlichen Einschränkungen. Je nach Lebenslage braucht es unterschiedliche Zugänge. Beispielsweise die aktive Ansprache von Communities, gendersensible Angebote, kostengünstige Teilnahmebedingungen, barrierearme Orte oder unentgeltliche Fahrdienste. Für chancengerechte Massnahmen ist deshalb entscheidend, nicht nur die Anzahl der Teilnehmenden zu erfassen, sondern auch zu prüfen, welche Gruppen erreicht werden und welche weiterhin ausgeschlossen bleiben (S. 18).

Gleichzeitig muss Evaluation auch qualitative Veränderungen berücksichtigen. Gerade in der Sozialen Arbeit zeigen sich Wirkungen häufig in gestärktem Vertrauen, neuen sozialen Kontakten, verbesserten Zugängen, erhöhter Selbstwirksamkeit oder mehr Teilhabe. Solche Veränderungen sind nicht immer kurzfristig messbar. Deshalb braucht es eine Evaluation, die sowohl quantitative als auch qualitative Perspektiven einbezieht. Nachhaltigkeit bedeutet schliesslich, Erfahrungen aus der Praxis systematisch

für die Weiterentwicklung von Massnahmen zu nutzen. Wenn Evaluationen oder Praxiserfahrungen zeigen, dass bestimmte Gruppen nicht erreicht werden oder wiederkehrende Barrieren bestehen, müssen Angebote entsprechend angepasst werden.

Zusammenfassend zeigt sich, dass chancengerechte Gesundheitsförderung ein integriertes und lebensweltorientiertes Vorgehen erfordert. Für die Soziale Arbeit bedeutet dies, individuelle Unterstützung mit sozialräumlicher Vernetzung und struktureller Sensibilisierung zu verbinden. Psychische Gesundheit im Alter kann langfristig nur gefördert werden, wenn sowohl persönliche Ressourcen gestärkt als auch soziale und gesellschaftliche Rahmenbedingungen berücksichtigt werden.

4.5 Möglichkeiten und Grenzen sozialarbeiterischen Handelns

Die vorangegangenen Kapitel haben gezeigt, dass Soziale Arbeit auf mehreren Ebenen zur chancengerechten Förderung psychischer Gesundheit älterer Menschen mit niedrigem SES beitragen kann. Ihre Stärke liegt darin, psychische Belastungen nicht isoliert zu betrachten, sondern mit sozialen Lebenslagen, materiellen Ressourcen, Teilhabechancen und institutionellen Zugängen zu verbinden. Damit ergänzt sie medizinische und psychologische Perspektiven um einen lebensweltorientierten und soziallagenbezogenen Blick. Eine zentrale Möglichkeit sozialarbeiterischen Handelns liegt in der Verbindung von psychosozialer Unterstützung und Ressourcenerschliessung. Soziale Arbeit kann ältere Menschen in belastenden Lebenssituationen begleiten, Orientierung im Hilfesystem bieten, soziale Leistungen zugänglich machen und soziale Teilhabe fördern. Dies kann psychisch stabilisierend wirken, weil finanzielle Unsicherheit, fehlende Information, Einsamkeit oder institutionelle Überforderung konkrete Belastungen darstellen.

Darüber hinaus kann Soziale Arbeit zur Reduktion von Zugangsbarrieren beitragen. Gesundheitsfördernde Angebote entfalten ihre Wirkung nur dann, wenn sie ältere Menschen mit niedrigem SES tatsächlich erreichen. Durch persönliche Ansprache, aufsuchende Arbeit, verständliche Kommunikation, Begleitung bei administrativen oder digitalen Hürden sowie Vernetzung mit vertrauten Akteur:innen im Sozialraum kann Soziale Arbeit dazu beitragen, aus formal vorhandenen Angeboten tatsächlich nutzbare Unterstützung zu formen. Besonders bedeutsam ist dabei ihre Brückenfunktion zwischen älteren Menschen, Gemeinden, Gesundheitswesen, Altersarbeit, Freiwilligenorganisationen und sozialen Diensten. Gleichzeitig stösst sozialarbeiterisches Handeln an klare Grenzen. Zentrale Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit wie Einkommensverteilung, Bildungsungleichheit, Wohnungsmarkt, Altersvorsorge oder die Ausgestaltung des Gesundheitssystems können durch Soziale Arbeit allein nicht verändert werden. Sie kann Armut nicht eigenständig beseitigen, fehlenden bezahlbaren Wohnraum nicht selbst schaffen und strukturelle

Versorgungslücken nicht allein schliessen. Ihr Beitrag liegt aber darin, diese Problemlagen sichtbar zu machen, Betroffene zu unterstützen und sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten für gerechtere Rahmenbedingungen einzusetzen.

Eine weitere Grenze liegt in den institutionellen Ressourcen sozialarbeiterischer Praxis. Chancengerechte Gesundheitsförderung benötigt Zeit, Kontinuität, Beziehungsarbeit und sozialräumliche Präsenz. Gerade aufsuchende Ansätze und der Aufbau von Vertrauen lassen sich nicht kurzfristig umsetzen. Wenn Angebote projektförmig, befristet finanziert oder personell knapp ausgestattet sind, besteht die Gefahr, dass jene älteren Menschen nicht erreicht werden, die bereits wenig institutionelles Vertrauen, geringe Mobilität oder fragile soziale Netzwerke haben. Damit entsteht ein Spannungsfeld zwischen fachlichem Anspruch und den realen Rahmenbedingungen sozialarbeiterischer Praxis.

Kritisch zu reflektieren ist zudem die Gefahr der Individualisierung sozialer Probleme. Gesundheitsförderung, die Selbstwirksamkeit, Gesundheitskompetenz oder Aktivität betont, kann unbeabsichtigt den Eindruck vermitteln, psychische Gesundheit sei primär eine Frage individueller Anstrengung. Gerade bei älteren Menschen mit niedrigem SES sind Handlungsspielräume jedoch häufig durch materielle Unsicherheit, gesundheitliche Einschränkungen, Einsamkeit oder schwer zugängliche Angebote begrenzt. Sozialarbeiterische Gesundheitsförderung muss deshalb Ressourcen stärken, ohne Verantwortung einseitig auf die betroffenen Personen zu verschieben. Auch die fachliche Abgrenzung zu Medizin, Psychotherapie und Pflege bleibt bedeutsam. Soziale Arbeit ersetzt keine klinische Diagnostik, keine psychotherapeutische Behandlung und keine medizinische Versorgung. Ihr spezifischer Beitrag liegt darin, soziale Belastungen, Teilhabebarrieren, materielle Unsicherheit und fehlende Ressourcen sichtbar zu machen sowie Zugänge zu geeigneter Unterstützung zu erleichtern. Gerade in interprofessionellen Kontexten trägt diese Perspektive dazu bei, dass psychische Belastungen älterer Menschen nicht ausschliesslich medizinisch erklärt werden.

Insgesamt kann Soziale Arbeit gesundheitliche Ungleichheit im Alter nicht allein aufheben. Sie kann aber wesentlich dazu beitragen, ältere Menschen mit niedrigem SES in ihren Handlungsmöglichkeiten zu stärken, Zugänge zu Unterstützung zu erleichtern, soziale Teilhabe zu fördern und strukturelle Benachteiligungen sichtbar zu machen. Ihr Beitrag liegt damit in einer vermittelnden, ressourcenerschliessenden, lebensweltorientierten und anwaltschaftlichen Praxis, die individuelle Unterstützung mit sozialräumlicher Gestaltung und struktureller Sensibilisierung verbindet.

5 Schlussfolgerungen und Ausblick

Die vorliegende Arbeit untersuchte, wie die psychische Gesundheit älterer Menschen mit niedrigem SES in der Schweiz chancengerecht gefördert werden kann und welche Rolle der Sozialen Arbeit dabei zukommt. Ausgangspunkt war die Annahme, dass psychische Gesundheit im Alter nicht allein individuell oder medizinisch erklärt werden kann, sondern wesentlich durch soziale Lebensbedingungen, materielle Ressourcen, soziale Teilhabe und den Zugang zu Unterstützung geprägt ist. Im Folgenden werden die zentralen Erkenntnisse der Arbeit zusammengeführt, die Hauptfrage beantwortet sowie Perspektiven für Praxis, Politik und Forschung aufgezeigt.

5.1 Zentrale Erkenntnisse und Beantwortung der Fragestellung

Die Arbeit hat gezeigt, dass psychische Gesundheit im Alter wesentlich durch soziale Lebensbedingungen geprägt ist. Das bio-psycho-soziale Modell und der salutogenetische Ansatz verdeutlichen, dass psychisches Wohlbefinden nicht allein von individuellen Bewältigungsfähigkeiten abhängt, sondern ebenso von sozialen Beziehungen, materieller Sicherheit, Sinnhaftigkeit, Selbstwirksamkeit und zugänglichen Unterstützungsstrukturen geprägt wird. Gerade bei älteren Menschen mit niedrigem SES sind diese Ressourcen jedoch ungleich verteilt und durch materielle, soziale und institutionelle Bedingungen begrenzt.

Bildung, Einkommen, Vermögen, frühere berufliche Stellung, Wohnsituation, soziale Netzwerke und Zugang zu Unterstützung beeinflussen, welche Belastungen ältere Menschen erleben und welche Möglichkeiten ihnen zur Bewältigung zur Verfügung stehen. Die Lebenslaufperspektive verdeutlicht, dass sich Benachteiligungen über längere Zeit verdichten können und im Alter in Form von materieller Unsicherheit, eingeschränkter Teilhabe, Einsamkeit oder erschwertem Zugang zu Unterstützung sichtbar werden. Für ältere Menschen mit niedrigem SES entsteht dadurch eine doppelte Benachteiligung: Sie sind häufiger von psychischen Belastungen betroffen und stossen zugleich auf grössere Hürden beim Zugang zu gesundheitsfördernden Angeboten. Finanzielle Kosten, komplexe Informationen, digitale Zugänge, eingeschränkte Mobilität, sprachliche Barrieren, Scham oder fehlendes Vertrauen in Institutionen können verhindern, dass vorhandene Unterstützung tatsächlich genutzt wird.

Die Hauptfrage lässt sich damit wie folgt beantworten: Die psychische Gesundheit älterer Menschen mit niedrigem SES kann chancengerecht gefördert werden, wenn Massnahmen individuelle Ressourcenstärkung mit dem Abbau sozialer, institutioneller und struktureller Barrieren verbinden. Konkret bedeutet dies, dass Massnahmen an den Lebenslagen älterer Menschen ansetzen, soziale

Teilhabe ermöglichen, Zugänge erleichtern und gesundheitsförderliche Lebenswelten mitgestalten müssen. Der Sozialen Arbeit kommt dabei eine wichtige vermittelnde, ressourcenerschliessende, sozialräumliche und anwaltschaftliche Rolle zu. Sie kann ältere Menschen bei psychosozialen Belastungen begleiten, materielle und soziale Ressourcen erschliessen, Orientierung im Hilfesystem bieten und Zugänge zu Unterstützung erleichtern. Gleichzeitig kann sie sozialräumliche Netzwerke stärken, Begegnungsmöglichkeiten fördern und strukturelle Benachteiligungen sichtbar machen. Ihr spezifischer Beitrag liegt darin, individuelle Unterstützung mit einer kritischen Perspektive auf soziale Lebensbedingungen zu verbinden.

Chancengerechte sozialarbeiterische Massnahmen müssen deshalb zugänglich, lebensweltorientiert, partizipativ, empowermentorientiert, netzwerkbezogen und langfristig verankert sein. Sie sollten an vertrauten Orten ansetzen, verständlich kommuniziert werden und möglichst wenig finanzielle, digitale, sprachliche oder mobilitätsbezogene Voraussetzungen mitbringen. Zudem sollten ältere Menschen nicht nur als Zielgruppe angesprochen, sondern in Planung, Umsetzung und Bewertung von Massnahmen einbezogen werden. Die Grenzen dieses Beitrags liegen dort, wo psychische Belastungen durch politische, ökonomische und institutionelle Rahmenbedingungen geprägt sind, die Soziale Arbeit nicht allein verändern kann. Gerade darin zeigt sich die Bedeutung ihrer anwaltschaftlichen Rolle. Sie verbindet individuelle Unterstützung mit dem Blick auf gesellschaftliche und strukturelle Ursachen von Benachteiligung. Gleichzeitig macht sie strukturelle Probleme sichtbar, ohne die konkrete Lebenssituation einzelner Menschen aus dem Blick zu verlieren.

Insgesamt zeigt sich, dass psychische Gesundheitsförderung im Alter immer auch eine Frage sozialer Gerechtigkeit ist. Die Soziale Arbeit kann gesundheitliche Ungleichheit nicht eigenständig aufheben, aber sie kann wesentlich dazu beitragen, Zugänge zu eröffnen, Teilhabe zu stärken, Ressourcen zu erschliessen und soziale Ursachen psychischer Belastungen sichtbar zu machen.

5.2 Ausblick

Angesichts des demografischen Wandels wird die psychische Gesundheitsförderung im Alter weiter an Bedeutung gewinnen. Mit der wachsenden Zahl älterer Menschen wird es zunehmend wichtiger werden, Bedingungen zu schaffen, die psychische Gesundheit auch im höheren Lebensalter fördern. Dazu gehören insbesondere soziale Teilhabe, materielle Sicherheit, geeignete Wohnbedingungen, Mobilität sowie ein niederschwelliger Zugang zu Unterstützungsangeboten. Besonders ältere Menschen mit niedrigem SES benötigen Angebote, die nicht nur vorhanden, sondern tatsächlich erreichbar, verständlich und an ihren Lebensrealitäten ausgerichtet sind. Die Ergebnisse dieser Arbeit legen nahe, dass psychische Gesundheitsförderung im Alter langfristig und sozialräumlich verankert

werden sollte. Gemeinden, Quartiere und Institutionen können dabei wichtige Rahmenbedingungen schaffen, indem sie Möglichkeiten für Beratung, Begegnung, Partizipation, aufsuchende Arbeit und soziale Vernetzung fördern. Zudem erscheint eine stärkere Verankerung der Sozialen Arbeit in der kommunalen Alters- und Gesundheitspolitik sinnvoll, um nachhaltige Unterstützungsstrukturen zu sichern.

Darüber hinaus ist eine enge Zusammenarbeit verschiedener Akteur:innen erforderlich. Gesundheitswesen, Sozialwesen, Gemeinden, Wohnpolitik, Raumplanung, Freiwilligenorganisationen und Altersarbeit beeinflussen die Lebensbedingungen älterer Menschen auf unterschiedliche Weise. Die Förderung psychischer Gesundheit im Alter kann deshalb als Querschnittsaufgabe verstanden werden, die eine koordinierte Zusammenarbeit über institutionelle und fachliche Grenzen hinweg erfordert. Im Sinne des Ansatzes *Health in All Policies* sollten gesundheitliche Auswirkungen sozial- und kommunalpolitischer Entscheidungen stärker berücksichtigt werden. Dazu gehören beispielsweise Fragen des bezahlbaren Wohnraums, der digitalen Teilhabe, der Mobilität, der Erreichbarkeit von Begegnungsorten sowie der Verfügbarkeit niederschwelliger Beratungsangebote.

Für Forschung und Evaluation bleibt die Frage zentral, welche älteren Menschen durch gesundheitsfördernde Angebote tatsächlich erreicht werden und welche Gruppen trotz bestehender Unterstützungsstrukturen ausgeschlossen bleiben. Dabei sollten nicht nur Teilnehmendenzahlen berücksichtigt werden. Ebenso relevant sind Faktoren wie soziale Lage, Geschlecht, Migrationserfahrung, Wohnort, Mobilität, digitale Kompetenzen und die subjektiven Erfahrungen der Betroffenen. Künftige Forschung könnte zudem dazu beitragen, die spezifische Rolle der Sozialen Arbeit in der psychischen Gesundheitsförderung älterer Menschen stärker sichtbar zu machen. Während gesundheitliche Ungleichheit, Einsamkeit und Gesundheitsförderung im Alter bereits gut untersucht sind, liegen bislang vergleichsweise wenige Erkenntnisse dazu vor, wie sozialarbeiterische Interventionen konkret zur Förderung psychischer Gesundheit beitragen. Insbesondere aufsuchende Ansätze, sozialräumliche Netzwerkarbeit, partizipative Angebotsentwicklung und die Erschliessung von Ressourcen erscheinen als wichtige Bereiche für zukünftige Forschung und Evaluation.

Aus Sicht der Autorin sollte Prävention und Gesundheitsförderung zudem stärker im Studium der Sozialen Arbeit verankert werden. Die vorliegende Arbeit verdeutlicht, dass gesundheitliche Chancengerechtigkeit, soziale Ungleichheit und psychische Gesundheit eng miteinander verbunden sind und zentrale Themen sozialarbeiterischen Handelns darstellen. Da Fachpersonen der Sozialen Arbeit in nahezu allen Arbeitsfeldern mit gesundheitsbezogenen Fragestellungen konfrontiert werden, sollten grundlegende Kenntnisse zu Prävention und Gesundheitsförderung nicht ausschliesslich im Rahmen von Wahlmodulen vermittelt werden. Vielmehr erscheint es sinnvoll, diese Themen als festen

Bestandteil des Studiums zu verankern, um angehende Sozialarbeitende auf die gesundheitlichen Herausforderungen einer alternden und sozial ungleichen Gesellschaft vorzubereiten.

Abschliessend lässt sich festhalten, dass die chancengerechte Förderung psychischer Gesundheit älterer Menschen mit niedrigem SES eine sozialarbeiterische, gesundheitspolitische und gesellschaftliche Aufgabe bleibt. Nachhaltige Verbesserungen werden voraussichtlich nur dann möglich sein, wenn individuelle Unterstützung und strukturelle Veränderungen gemeinsam berücksichtigt werden. Die Soziale Arbeit kann hierzu einen wichtigen Beitrag leisten, indem sie Menschen in belastenden Lebenslagen unterstützt, Zugänge zu Ressourcen schafft und sich gleichzeitig für gerechtere gesellschaftliche Rahmenbedingungen einsetzt.

Literaturverzeichnis

- Adebahr, P. (2020). Negative Beziehungsaspekte und gesundheitliche Ungleichheiten. In A. Klärner, M. Gamper, S. Keim-Klärner, I. Moor, H. von der Lippe & N. Vonneilich (Hrsg.), *Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten: Eine neue Perspektive für die Forschung* (S. 87–107). Springer VS.
- Alisch, M. & Kümpers, S. (2022). Gesellschaftliche Entwicklungen: Lebenslagen und Soziale Ungleichheiten im Alter. In C. Bleck & A. van Rießen (Hrsg.), *Soziale Arbeit mit alten Menschen: Ein Studienbuch zu Hintergründen, Theorien, Prinzipien und Methoden* (S. 79–98). Springer VS.
- Amstad, F. T. (2025). Förderung der psychischen Gesundheit und Prävention psychischen Erkrankungen. In Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.), *Psychische Gesundheit in der Schweiz: Entwicklung, Förderung, Prävention und Versorgung. Nationaler Gesundheitsbericht 2025* (S. 330–361). Bundesamt für Statistik (BFS).
https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2025-09/ngb2025_de.pdf
- AvenirSocial (Hrsg.). (2026). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis* [Broschüre]. https://avenirsocial.ch/app/uploads/2025/12/berufskodex_de_2026-01.pdf
- AvenirSocial & SAGES (Hrsg.). (2018). *Leitbild Soziale Arbeit im Gesundheitswesen* [Broschüre]. https://www.sages.ch/wp-content/uploads/2020/04/RZ_Leitbild_A5_mc_150420_v2.pdf
- Bachmann, N. (2026). *Soziale Ressourcen – Förderung sozialer Ressourcen als wichtiger Beitrag für die psychische Gesundheit und eine hohe Lebensqualität*. https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/2026-04/Broschuere_GFCH_2026-04_Soziale-Ressourcen.pdf
- Baume-Schneider, E. (2025). Geleitwort. In Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.), *Psychische Gesundheit in der Schweiz: Entwicklung, Förderung, Prävention und Versorgung. Nationaler Gesundheitsbericht 2025* (S. 4–5). Bundesamt für Statistik (BFS).
https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2025-09/ngb2025_de.pdf

Bayer-Oglesby, L., Bachmann, N., & Zumbunn, A. (2023). *Soziale Lage und Spitalaufenthalte aufgrund chronischer Erkrankungen*. (Obsan Bericht 11/2020).
https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/obsan_11_2020_bericht-korr.pdf

Boeger, A. & Lüdmann, M. (2022). *Psychologie für die Gesundheitswissenschaft*. Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-63622-0>

Bolte, G. & Kohlhuber, M. (2009). Soziale Ungleichheit bei umweltbezogener Gesundheit: Erklärungsansätze aus umweltepidemiologischer Perspektive. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2. Aufl., S. 99–116). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Budowski, M., Furrer, J. & Suter, C. (2024) Einleitung: Neue Lebenssituationen und Kontinuitäten des Älterwerdens. In Bundesamt für Statistik (BFS), Universität Neuchâtel (UNINE), Universität Freiburg (UNIFR) & Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften (SAGW) (Hrsg.), *Panorama Gesellschaft Schweiz 2024 – Älter werden und Alter in der heutigen Gesellschaft*.
https://www.gerontologie.ch/fileadmin/redaktion_gerontologie/pdf/Publikationen_und_Berichte/Aelter_werden_und_Alter_in_der_heutigen_Gesellschaft.pdf

Bundesamt für Gesundheit (BAG), Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), & Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH). (2024). *Massnahmenplan 2025–2028 zur Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie)*.
<https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/5qZgHPM6Jzxi/ncd-massnahmenplan-2025-2028.pdf>

Bundesamt für Statistik. (2023a, 3. November). *Einsamkeitsgefühle*.
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/sgb/ergebnisse-publikationen.assetdetail.28725132.html>

Bundesamt für Statistik. (2023b, 3. November). *Psychische Belastung*.
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/psychische.assetdetail.28725066.html>

Bundesamt für Statistik. (2023c, 3. November). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2022. Übersicht*.
<https://www.bfs.admin.ch/asset/de/28625352>

Bundesamt für Statistik. (2026, 2. April). *Demografische Alterung nimmt in der Schweiz weiter zu*.
<https://www.admin.ch/de/newnsb/acGCTisDEW60tUk1jSz4Z>

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

Bürli, C., Amstad, F., Duetz Schmucki, M. & Schibli D. (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz: Bestandsaufnahme und Handlungsfelder. Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik*.
https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/migration/documents/Bericht_Psychische_Gesundheit_in_der_Schweiz_-_Bestandsaufnahme_und_Handlungsfelder.pdf

Christen, A. (2025). *Wie lebt es sich im Rentenalter? Zahlen und Fakten zur Lebensqualität von Pensionierten in der Schweiz*.
<https://www.swisslife.ch/content/dam/ch/dokumente/de/private/studien/swiss-life-studie-lebensqualitaet-im-alter.pdf>

Dorner, T. E., (2021). Sozioökonomischer Status – Bedeutung und Implikationen für Prävention und Gesundheitsförderung. In M. Tiemann & M. Mohokum (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 186–196). Springer.

Dragano, N. & Siegrist J. (2009). Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2. Aufl., S. 181–194). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Franzkowiak, P. (2025, 2. Juli). Prävention und Krankheitsprävention. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. <https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q4-i091-4.0>

- Friz, A. (2019). Empowerment. In A. Willener & A. Friz (Hrsg.), *Integrale Projektmethodik* (S.42–48). Interact.
- Grunwald, K. & Thiersch, H. (2018). Lebensweltorientierung. In G. Grasshoff, A. Renker & W. Schröer (Hrsg.), *Soziale Arbeit: Eine elementare Einführung* (S. 303–315). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-15666-4_20
- Heinz, A. (2016). *Psychische Gesundheit: Begriff und Konzepte*. Kohlhammer. <https://elibrary.kohlhammer.de/book/10.17433/978-3-17-029937-5/download>
- Homfeldt, H. G. (2012). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit: Ein einführendes Handbuch* (4. Aufl., S. 489–503). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-94311-4_30
- Höglinger, M., Seiler, S., Ehrler, F. & Mauerer, J. (2019). *Gesundheit der älteren Bevölkerung in der Schweiz. Eine Studie basierend auf Daten des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit*. <https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/j1iPfMxtoVqL/gesundheits-der-aelteren-bevoelkerung-schweiz.pdf>
- Jäggi, J. & Höglinger, D. (2025). Psychische Gesundheit im sozialen Kontext. In Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.), *Psychische Gesundheit in der Schweiz: Entwicklung, Förderung, Prävention und Versorgung. Nationaler Gesundheitsbericht 2025* (S. 158–197). Bundesamt für Statistik (BFS). https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2025-09/ngb2025_de.pdf
- Kaba-Schönstein, L. & Kilian, H. (2023). Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung/Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i052-3.0>

- Kessler, D., Höglinger, M., Heiniger, S., Läser, J. & Hümbelin, O. (2021). *Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden. Analysen zu Gesundheitszustand, -verhalten, -leistungsinanspruchnahme und Erwerbsreintegration. Schlussbericht zuhanden Bundesamt für Gesundheit*. <https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/915ZJ3AC4TcB/studie-gesundheit-von-sozialhilfebeziehenden.pdf>
- Klärner, A., Gamper, M., Keim-Klärner, S., von der Lippe, H., Moor, I., Richter, M. & Vonneilich, N. (2020). Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten – eine neue Perspektive für die Forschung. In A. Klärner, M. Gamper, S. Keim-Klärner, I. Moor, H. von der Lippe & N. Vonneilich (Hrsg.), *Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten: Eine neue Perspektive für die Forschung* (S. 1–31). Springer VS.
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Hrsg.). (2021). *Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/02-PDF/07-Good-Practice/2021-Broschuere-Good-Practice-Kriterien.pdf
- Lampert, T. & Hoebel, J. (2023). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In K. Hurrelmann und 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
- Lamprecht, M., König, C. & Stamm, H. (2006). *Gesundheitsbezogene Chancengleichheit mit Blick auf «Psychische Gesundheit – Stress» und «Gesundes Körpergewicht» Grundlagendokument im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz*. https://www.lssfb.ch/inhalte/publikationen-2/N163047_Chancengleichheit_de.pdf
- 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>

- Mielck, A. (2010). Welche sozialen Unterschiede im Gesundheitszustand sind „ungerecht“? Plädoyer für eine stärkere ethische Reflexion der Zielsetzung „Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit“. In G. Marckmann, D. Strech & J. Wasem (Hrsg.), *Public Health Ethik* (S. 79–94). LIT Verlag.
- Müller, B. & Ellwardt, L. (2020). Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten im Alter. In A. Klärner, M. Gamper, S. Keim-Klärner, I. Moor, H. von der Lippe & N. Vonneilich (Hrsg.), *Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten: Eine neue Perspektive für die Forschung* (S. 227–256). Springer VS.
- Neukomm, S. & Gisiger, J. (2019). *Erreichbarkeit von sozial benachteiligten älteren Personen durch Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention*. <https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/QLyNDMOJAiP1/erreichbarkeit-sozial-benachteiligten-aelteren-personen.pdf>
- Paone, N. (2025). Gesund altern im eigenen Zuhause in Südtirol, Italien. In A. Teti, S. Neuderth, M. K. Pavlova & G. Ziese (Hrsg.), *Soziale und gesundheitliche Ungleichheit im Alter: Ein Thema, vielfältige Perspektiven* (S. 67–87). Springer VS.
- Peter, C., Tuch, A. & Schuler, D. (2023). *Psychische Gesundheit – Erhebung Herbst 2022. Wie geht es der Bevölkerung in der Schweiz? Sucht sie sich bei psychischen Problemen Hilfe?* (Obsan Bericht 03/2023). https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2023-05/Obsan_03_2023_BERICHT.pdf
- Pfister, A., Koschmieder, N. & Wyss, S. (2023). *Wege der Erreichbarkeit sozioökonomisch benachteiligter Familien. Ein umsetzungsorientierter Dialog zwischen Forschung und Praxis in der Suchtprävention*. Seismo. <https://www.seismoverlag.ch/de/daten/wege-der-erreichbarkeit-sozioookonomisch-benachteiligter-familien/>
- Roder, U., Paz Castro, R. & Salis Gross, C. (2019). *Ansätze und Erfolgskriterien zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit mit benachteiligten Bevölkerungsgruppen*. <https://www.zora.uzh.ch/server/api/core/bitstreams/540648e5-2993-474b-84cd-7dcb1df8854a/content>

- Schäffler, H. (2019). *Förderung der sozialen Teilhabe im Alter in Gemeinden. Planungsleitfaden*.
https://promotionsante.ch/sites/default/files/migration/documents/Broschuere_GFCH_2019_09_-_Planungsleitfaden_Foerderung_der_sozialen_Teilhabe_im_Alter.pdf
- Schubert, I. (2022). Ressourcenorientierung: Ein Ansatz zur professionellen Arbeit mit alten Menschen.
In C. Bleck & A. van Rießen (Hrsg.), *Soziale Arbeit mit alten Menschen: Ein Studienbuch zu Hintergründen, Theorien, Prinzipien und Methoden* (S. 513–529). Springer VS.
- Schuler, D., Tuch, A. & Peter, C. (2020). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2020*. (Obsan Bericht 15/2020).
https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/obsan_15_2020_bericht_2.pdf
- Seifert, A. (2022). Digitale Transformation in den Haushalten älterer Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 55, 305–311. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01897-5>
- Spiess, M. & Schnyder-Walser, K. (2018). *Chancengleichheit und Gesundheit – Zahlen und Fakten für die Schweiz – Hintergrunddokument*. socialdesign ag. <https://www.bag.admin.ch/dam/en/sd-web/09C5pyyF-nCi/documento-di-base-pari-opportunita-e-salute.pdf>
- Stade, P. (2019). Partizipation. In A. Willener & A. Friz (Hrsg.), *Integrale Projektmethodik* (S. 50–67). Interact.
- Stoppe, G. (2012). Psychische Gesundheit im Alter: Lasst uns mehr dafür tun! *Schweizerische Ärztezeitung*, 2012(93:39), 1–3. <https://www.gabriela-stoppe.com/wp-content/uploads/2012/10/SAEZ-00745-de-Psychische-Gesundheit-im-Alter.pdf>
- Teti, A. & Ziese, G. (2025). Einleitung. In A. Teti, S. Neuderth, M. K. Pavlova & G. Ziese (Hrsg.), *Soziale und gesundheitliche Ungleichheit im Alter: Ein Thema, vielfältige Perspektiven* (S. 1–7). Springer VS.
- Thorshaug, K., Schwegler, C. & Müller, F. (2021). *Wie erheben wir Geschlecht, Migrationshintergrund und sozioökonomischen Status? Methodische Ansätze zur Evaluation der Zielgruppenerreichung*. https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/2022-12/Arbeitspapier_059_GFCH_2021_11_-_Evaluation_Zielgruppenerreichung.pdf

Tudor Hart, J. (1971). *The inverse care law*.
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(71\)92410-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(71)92410-X/fulltext)

Weber, D. (2020). *Grundlagenbericht. Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz: Begriffserklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen*.
https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/migration/documents/Grundlagenbericht_Chancengleichheit_in_der_Gesundheitsfoerderung_und_Praevention_in_der_Schweiz.pdf

Weber, D. & Hösli, S. (2020). *Chancengleichheit in Gesundheitsförderung und Prävention: Bewährte Ansätze und Erfolgskriterien. Kurzversion für die Praxis*.
https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/migration/documents/Kurzversion_Grundlagenbericht_Chancengleichheit_in_Gesundheitsfoerderung_und_Praevention_in_der_Schweiz.pdf

Weber, D. (2022). *Gesundheitsförderung für und mit älteren Menschen – Wissenschaftliche Erkenntnisse und Empfehlungen für die Praxis*.
https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/2022-12/Bericht_010_GFCH_2022-11_-_Gesundheitsfoerderung_fuer_und_mit_aelteren_Menschen.pdf

Weber, D. & Kessler, C. (2022). *Gesundheitsförderung im Alter lohnt sich! Argumente und Handlungsfelder für Gemeinden und Städte*.
https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/migration/documents/Broschuere_GFCH_2021_08_-_Gesundheitsfoerderung_im_Alter_lohnt_sich.pdf

Weltgesundheitsorganisation. (1946). *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*.
https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1948/1015_1002_976/de

Weltgesundheitsorganisation. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*.
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a34c4f31-f35b-45a4-ad8f-9c1f7c169232/content>

World Health Organization. (2013). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/b8223153-d8bc-48d6-9a36-dd3d762c7863/content>