

Astrid Frey  
Miriam Lenoir

# Förderung der psychischen Gesundheit von älteren Menschen in der interdisziplinären Gemeinschaftspraxis durch die Soziale Arbeit



Bachelor-Thesis zum Erwerb des  
Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule  
Soziale Arbeit

## Abstract

Diese Thesen beschäftigt sich damit, welchen Beitrag die Soziale Arbeit im Bereich der Förderung der psychischen Gesundheit leisten kann. Bei der psychischen Gesundheit handelt es sich gemäss Definition der WHO um «einen Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann.»

Gesundheitsförderung ist als Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit noch eher unbekannt. Ein besonderes Potential für die Förderung der psychischen Gesundheit sehen die Autorinnen in der Implementierung der Sozialen Arbeit innerhalb von interdisziplinären Gemeinschaftspraxen in der medizinischen Grundversorgung.

Konkret beschäftigten sich die Autorinnen in einer theoretischen Auseinandersetzung damit, wie Sozialarbeitende im Rahmen von interdisziplinären Gemeinschaftspraxen die psychische Gesundheit im Alter fördern können. Dieser Frage wird in drei Teilschritten nachgegangen: Zunächst werden Bedingungen für eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit erarbeitet. Im Weiteren werden Schutz- und Risikofaktoren der psychischen Gesundheit im Alter identifiziert. Darauf aufbauend werden konkrete Arbeitsprinzipien für Sozialarbeitende in Gemeinschaftspraxen erarbeitet, welche die psychische Gesundheit älterer Menschen positiv beeinflussen können.

Als Voraussetzung für eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit im Rahmen einer Gemeinschaftspraxis müssen alle beteiligten Professionen eine gemeinsame Grundhaltung teilen, welche von einem bio-psycho-sozialen Verständnis von Gesundheit ausgeht. Das bedeutet anzuerkennen, dass die psychische Gesundheit auch von sozialen Faktoren beeinflusst wird. Anhand eines Ungleichgewichts der Schutz- und Risikofaktoren können vulnerable ältere Personen, die einer Gefährdung der psychischen Gesundheit ausgesetzt sind, erkannt werden. Durch die Anwendung von Arbeitsprinzipien, welche die Schutzfaktoren fördern, kann die Soziale Arbeit die psychische Gesundheit von betroffenen Personen positiv beeinflussen. Der Einbezug der Sozialen Arbeit in interdisziplinäre Gemeinschaftspraxen kann einen wichtigen Beitrag leisten, die psychische Gesundheit von älteren Menschen zu bewahren und zu fördern. Damit können negative psycho-soziale Entwicklungen verhindert werden.

# Förderung der psychischen Gesundheit von älteren Menschen in der interdisziplinären Gemeinschaftspraxis durch die Soziale Arbeit

Bachelor-Thesis zum Erwerb  
des Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule  
Soziale Arbeit

Vorgelegt von  
Astrid Frey  
Miriam Lenoir

Bern, Dezember 2019

Gutachter: Prof. Salvatore Cruceli

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung .....</b>	<b>3</b>
1.1. Ausgangslage.....	3
1.2. Herleitung zur Fragestellung .....	4
1.3. Fragestellung.....	5
1.4. Grundhaltung .....	6
1.5. Handlungsfeld Gemeinschaftspraxis.....	6
1.6. Persönliches Erkenntnisinteresse .....	7
1.7. Vorgehen .....	8
<b>2. Handlungsfeld Gesundheitswesen .....</b>	<b>10</b>
2.1. Gegenstand der Sozialen Arbeit .....	10
2.2. Soziale Arbeit und Gesundheit.....	12
2.3. Auftrag und Handlungsfelder der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen .....	14
2.4. Soziale Arbeit in der medizinischen Grundversorgung.....	16
<b>3. Psychische Gesundheit .....</b>	<b>19</b>
3.1. Soziale Konstruktion von Gesundheit und Krankheit .....	19
3.2. Bipolares Konzept von Gesundheit und Krankheit .....	20
3.3. Bio-psycho-soziales Modell .....	22
3.4. Dimensionen von Gesundheit.....	23
<b>4. Förderung der psychischen Gesundheit .....</b>	<b>27</b>
4.1. Prävention .....	27
4.2. Gesundheitsförderung.....	29
4.3. Gesundheitsförderung durch die Soziale Arbeit.....	30
4.4. Vulnerabilität .....	33
<b>5. Handlungsfeld Gemeinschaftspraxis .....</b>	<b>37</b>
5.1. Interdisziplinäre Zusammenarbeit .....	37
5.2. Vision einer Sozialen Arbeit in der interdisziplinären Gemeinschaftspraxis ..	40
5.3. Möglichkeiten für die gelingende Zusammenarbeit.....	41
5.3.1. Rollen und Kompetenzen .....	41
5.3.2. Sensibilisierung aller Berufsgruppen .....	42

5.3.3.	Sammlung von Informationen.....	42
5.3.4.	Triage an die Soziale Arbeit .....	44
<b>6.</b>	<b>Psychische Gesundheit im Alter .....</b>	<b>45</b>
6.1.	<b>Lebensphase Alter .....</b>	<b>45</b>
6.1.1.	Eingrenzung Lebensphase Alter .....	45
6.1.2.	Psychische Gesundheit in der Lebensphase Alter.....	46
6.1.3.	Beispiel Depression in der Lebensphase Alter .....	47
6.2.	<b>Risiko- und Schutzfaktoren der psychischen Gesundheit im Alter .....</b>	<b>50</b>
6.2.1.	Gesellschaftliche Faktoren .....	52
6.2.2.	Lebenssituation im Alter .....	54
6.2.3.	Sozio-ökonomische Faktoren .....	55
6.2.4.	Strukturelle Faktoren .....	58
6.2.5.	Soziale Netzwerke .....	59
6.2.6.	Individuelle Faktoren .....	61
6.3.	<b>Zusammenfassung der Risiko- und Schutzfaktoren .....</b>	<b>64</b>
<b>7.</b>	<b>Ideen für Interventionen.....</b>	<b>66</b>
7.1.	<b>Ansätze der Sozialen Arbeit mit älteren Menschen .....</b>	<b>66</b>
7.2.	<b>Theoretische Grundlagen von Arbeitsprinzipien .....</b>	<b>68</b>
7.3.	<b>Strategien aus der Gerontologie .....</b>	<b>70</b>
7.4.	<b>Strategien aus der klinischen Sozialarbeit.....</b>	<b>71</b>
7.5.	<b>Konkretisierte Arbeitsprinzipien .....</b>	<b>74</b>
<b>8.</b>	<b>Schlusswort.....</b>	<b>76</b>
8.1.	<b>Beantwortung der Fragestellung .....</b>	<b>76</b>
8.2.	<b>Fazit.....</b>	<b>79</b>
8.3.	<b>Ausblick .....</b>	<b>81</b>
8.4.	<b>Persönliche Erkenntnisse.....</b>	<b>82</b>
<b>9.</b>	<b>Quellenverzeichnis .....</b>	<b>84</b>
9.1.	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>84</b>
9.2.	<b>Webbiografie .....</b>	<b>95</b>

# 1. Einleitung

## 1.1. Ausgangslage

Psychische Gesundheit ist ein hochaktuelles Thema in der Gesundheitsversorgung der Schweiz. So soll beispielsweise im breit abgestützten Projekt «10 Schritte für die psychische Gesundheit» die breite Öffentlichkeit für das Thema sensibilisiert werden, sowie Massnahmen zur Förderung psychischer Gesundheit bekannt gemacht werden (Basel-Landschaft, n.d; Netzwerk Psychische Gesundheit, n.d), Diese Thematisierung steht in einem Zusammenhang damit, dass die Wahrscheinlichkeit, einmal von einer psychischen Krankheit betroffen zu sein, für den Einzelnen sehr hoch ist. Gemäss dem Grundlagenbericht *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne* (2016) herausgegeben von der Gesundheitsförderung Schweiz erkrankt ungefähr die Hälfte der Menschen in der Schweiz einmal im Leben an einer psychischen Störung (Abel & Mattig, 2016, S. 3).

Psychische Krankheiten sind die Hauptursache für Suizide (zitiert nach Schuler et al., 2016, S. 13). Neunzig Prozent der Menschen, die in der Schweiz Suizid begingen, litten vorher an einer psychischen Erkrankung (Baer & Cahn, 2009, S. 216). Weiter stellen nach Jungbauer, Bischkopf und Angermeyer psychische Erkrankungen häufig eine grosse Belastung für die Betroffenen wie auch für deren Angehörigen dar (zitiert nach Schuler, Tuch, Buscher & Camenzind, 2016, S. 13). Eltern, Geschwister oder Kinder psychisch kranker Personen sind psychisch unausgeglichener, verfügen über eine schlechtere Gesundheit, gehen öfter zur Ärztin bzw. zum Arzt und sind häufiger in somatischen Spitälern hospitalisiert (Baer & Cahn, 2009, S. 222). Zusätzlich zu dieser individuellen Ebene stellen psychische Erkrankungen einen grossen Kostenfaktor dar. Die Behandlung psychischer Erkrankungen und die Folgen von indirekten Kosten wirken sich mit einem geschätzten Betrag von rund 7 Milliarden Schweizer Franken pro Jahr auf die gesamte Schweizerische Volkswirtschaft aus (Amstad, Bürli, Schmucki & Schibli, 2015, S. 5). Diese Fakten zeigen auf, dass psychische Krankheiten grosse negative Auswirkungen haben und deshalb eine Senkung der Anzahl Erkrankungen anzustreben ist.

Besonders im Fokus dieser Arbeit stehen ältere Personen. Im höheren Lebensalter steigt die Vulnerabilität für psychische Belastungen, da kritische Lebensereignisse, wie Einschränkungen physischer und psychischer Natur, Verluste nahestehender Personen und ein kleiner werdendes soziales Netzwerk sich kumulieren (Dellenbach & Angst, 2012, S. 8-13). Dazu wurde festgestellt, dass psychische Erkrankungen im Alter häufig nicht als solche erkannt und entsprechend behandelt werden (Schuler et al., 2016, S. 108). Somit ist es von äusserster Wichtigkeit, dieser Personengruppe Beachtung zu schenken, damit ältere Personen nicht unbehandelt unter einer psychischen Erkrankung leiden müssen. Im Sinne einer Vorbeugung, ist die Förderung der psychischen Gesundheit im Alter anzustreben.

## 1.2. Herleitung zur Fragestellung

Die psychische Gesundheit hängt unter anderem von den realen Lebensbedingungen ab. Es besteht dabei ein soziales Gefälle. Für die Schweiz wurde von Spini, Pin le Core und Klaas aufgezeigt, dass ein niedriger sozioökonomischer Status mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit psychisch zu erkranken einhergeht (2016, S. 31). Soziale Ungleichheit ist somit ein relevanter Faktor für die psychische Gesundheit. Soziale Ungleichheit ist ein zentrales Thema der Sozialen Arbeit, da sich die Soziale Arbeit mit sozialen Problemlagen befasst. Neben den sozioökonomischen Bedingungen haben auch soziale und kommunale Netzwerke, die allgemeinen Lebens- und Arbeitsbedingungen, sowie die kulturelle und physische Umwelt einen grossen Einfluss auf die psychische Gesundheit eines Individuums (Dellenbach & Angst, 2011, S. 11). Die soziale Komponente beeinflusst die psychische Gesundheit massiv, wodurch ein Bezug zur Sozialen Arbeit gegeben ist.

Auch auf der inhaltlichen Ebene bestehen zwischen dem Zustand psychischer Gesundheit und dem Auftrag der Sozialen Arbeit Parallelen. Die Analogie zwischen den Zielen der Sozialen Arbeit und der Förderung oder dem Erhalt der psychischen Gesundheit wird sichtbar, wenn man die Definition psychischer Gesundheit der World Health Organization (WHO) der Definition Sozialer Arbeit gemäss der International Federation of Social Work (IFSW) gegenüberstellt: Nach der Definition der WHO fühlt sich eine Person psychisch gesund «wenn es ihr möglich ist, ihre geistigen und emotionalen Fähigkeiten zu nutzen, die alltäglichen Lebensbelastungen zu bewältigen, produktiv zu arbeiten und in der Gemeinschaft einen Beitrag zu leisten.» (zitiert nach Schuler et al., 2016, S. 8) Mit dieser funktionalen Bestimmung lässt sich eine Verbindung zu einem Teil der Definition der International Federation of Social Work (IFSW) herstellen: «Soziale Arbeit fördert als Profession (. . .) die Ermächtigung und Befreiung des Menschen. Soziale Arbeit (. . .) befähigt Menschen so, dass sie Herausforderungen des Lebens angehen und Wohlbefinden erreichen können.» (Avenir Social, 2014, S.1) Zwischen diesen Definitionen lassen sich direkte inhaltliche Verbindungen herstellen. Die Ermächtigung und Befreiung des Menschen (Soziale Arbeit) wird erst dadurch möglich, dass die geistigen und emotionalen Fähigkeiten genutzt werden können (psychische Gesundheit). Der Punkt des Angehens der Herausforderungen des Lebens (psychische Gesundheit) kann mit der Bewältigung der alltäglichen Lebensbelastungen (Soziale Arbeit) gleichgesetzt werden. Weiter besteht ein möglicher Weg zur Erreichung des Wohlbefindens (Soziale Arbeit) darin, dass sich der oder die Einzelne sinnstiftend verhalten kann, dadurch dass ein Beitrag in der Gesellschaft geleistet wird (psychische Gesundheit). Wenn nun die psychische Gesundheit beeinträchtigt ist, sind die Fähigkeiten eingeschränkt, welche für das Führen eines selbstbestimmten Lebens notwendig sind, dessen Förderung als ein Bezugspunkt der Sozialen Arbeit gelten. Die Thematik der Förderung der psychischen Gesundheit steht somit in einem direkten Bezug zum Kernauftrag der Sozialen Arbeit. Wie die

Soziale Arbeit die psychische Gesundheit von älteren Personen in einem Beratungskontext fördern kann, ist das Thema dieser Thesis.

### **1.3. Fragestellung**

Im Rahmen dieser Arbeit wird der Frage nachgegangen, ob Sozialarbeitende in Gemeinschaftspraxen einen besonderen Beitrag zur Erhaltung der psychischen Gesundheit bei älteren Menschen leisten können. Damit das möglich ist, müssen Sozialarbeitende über entsprechendes theoretisches Wissen verfügen, um eine Gefährdung der psychischen Gesundheit bei den Klienten und Klientinnen zu erkennen. Auf diesem Wissen aufbauend, müssen sie Interventionen tätigen. Im gewählten interdisziplinären Setting müssen sie zudem eine fruchtbare Art der Weise der Zusammenarbeit finden. Aus all diesen Herausforderungen ergibt sich folgende Hauptfrage:

***Wie kann die Soziale Arbeit im Rahmen von interdisziplinären Gemeinschaftspraxen die psychische Gesundheit im Alter fördern?***

Die Hauptfrage wird anhand von drei Teilfragen beantwortet, die sich an den Teilschritten Sensibilisieren, Erfassen und Intervenieren orientieren.

*Wie soll die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen medizinischem Fachpersonal und Sozialarbeitenden in einer Gemeinschaftspraxis gestaltet werden, damit eine Sensibilisierung auf die psychische Gesundheit im Alter erfolgt und eine erfolgreiche Zusammenarbeit möglich ist?*

*Auf welches Wissen aus den Sozialwissenschaften kann die Soziale Arbeit zurückgreifen, um Einflussfaktoren für die psychische Gesundheit im Alter zu erkennen?*

*Nach welchen Arbeitsprinzipien sind sozialarbeiterische Interventionen im Rahmen einer Gemeinschaftspraxis möglich, um die psychische Gesundheit im Alter zu fördern und zu stärken?*

## 1.4. Grundhaltung

Grundlegend für die in dieser Arbeit gestellten Fragen nach möglichen Massnahmen, welche die psychische Gesundheit im Alter fördern, ist zum einen eine Haltung bezüglich des Auftrags der Sozialen Arbeit. So kann ein Standpunkt sein, dass das Verhindern von Problemen der Lebensführung Reparaturleistungen vorzuziehen ist. Somit ist die Prävention von Problemen als ein zentrales Ziel der Sozialen Arbeit zu betrachten (vgl. auch den Berufskodex der Sozialen Arbeit Schweiz von AvenirSocial).

Es wird ein Verständnis von Gesundheit und Krankheit vorausgesetzt, bei welchem die beiden Begriffe als zwei entgegengesetzte Pole eines Kontinuums betrachtet werden. Gerrig und Zimbardo (2008) verorten psychische Störungen innerhalb eines Kontinuums von psychischer Gesundheit und Erkrankung (S. 14). Ob jemand psychisch krank ist, eine beeinträchtigte oder gute psychische Gesundheit hat, zeigt sich in graduellen Unterschieden. Daraus kann gefolgert werden, dass die Stärkung der psychischen Gesundheit eine Form der Prävention darstellt, welche den Ausbruch oder den schweren Verlauf einer psychischen Erkrankung verhindern kann.

## 1.5. Handlungsfeld Gemeinschaftspraxis

Dieser Ansatz soll in der vorliegenden Arbeit konkret in einem neuen Handlungsfeld der Sozialen Arbeit angedacht werden. Ein Pilotprojekt erlaubte es der Sozialen Arbeit, innerhalb der medizinischen Grundversorgung «anzudocken». Eine Pionierin in der Schweiz ist die Gruppenpraxis Salutomed in Zollikofen, welche in ihrem interdisziplinären Team seit 2013 eine Fachperson der Sozialen Arbeit integriert hat. Praxismitarbeitende sowie Patienten und Patientinnen haben sich dem Fachteam von Grieb, Rüegg und Gehrlach von der Berner Fachhochschule (BFH) für Soziale Arbeit für Interviews zur Verfügung gestellt (2019. S. 25). Auf der Basis jener Interviews loten die Autoren in einem Fachartikel dieses neue Handlungsfeld für die Soziale Arbeit in der Schweiz innerhalb einer Gemeinschaftspraxis aus. Für die vorliegende Thesis hat dieser Artikel als Inspiration gedient. Basierend auf dem Artikel und der aktuell gegebenen Organisationstruktur des Gesundheitswesens, mit der dominanten Stellung des Hausarztes respektive der Hausärztin in der Grundversorgung, wird die Vision einer interdisziplinären Gemeinschaftspraxis entworfen, die in der Praxis noch nicht existiert, aber auch Sicht der Autorinnen ein grosses Potenzial hätte.

Eine solche Gemeinschaftspraxis würde im System der medizinischen Versorgung die gleiche Funktion wie eine Hausarztpraxis oder eine Hausärztinnenpraxis einnehmen. Der Unterschied liegt darin, dass alle möglichen Akteure (Hausärzte und Hausärztinnen, medizinische Praxisassistenten und Praxisassistentinnen, Psychologen und Psychologinnen, Psychiater und Psychiaterinnen, Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen, Ergotherapeuten und

Ergotherapeutinnen und eben auch Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen) unter einem Dach vereint sind und interdisziplinär zusammenarbeiten. Wenn in dieser Thesis von Gemeinschaftspraxen die Rede ist, soll diese Interdisziplinarität immer mitgedacht werden. Da solche Gemeinschaftspraxen in dieser Form im deutschsprachigen (noch) nicht existieren, wird in dieser Thesis Forschung und Literatur rezipiert, die sich auf Hausarztpraxen und Hausärztinnenpraxen beziehen. Bedingt durch die weite Verbreitung des Hausarztmodells im schweizerischen Gesundheitswesen ist an erster Stelle der Hausarzt oder die Hausärztin Ansprechperson für Leiden physischer oder psychischer Natur. Nach Loisl und Puchner entwickelt sich die Beziehung zum Hausarzt oder der Hausärztin über Jahre hinweg, wodurch er oder sie eine wichtige Vertrauens- und Ansprechperson sein kann (zitiert nach Grieb, Rüegger & Gerlach, 2019, S. 24). Grieb, Rüegg und Gerlach erkennen Hausarzt- oder Gemeinschaftspraxen als einen Ort an, wo Massnahmen der psychischen Gesundheitsförderung eingeleitet und/oder vermittelt werden können und die Soziale Arbeit ihren Beitrag dazu leisten könnte (2019, S. 24).

In Bezug auf unsere Fragestellung liegt die Vermutung nahe, dass gerade für ältere Personen der Hausarzt oder die Hausärztin eine wichtige Rolle spielen könnte, um soziale Problemlagen zu identifizieren und Risikofaktoren im Bereich des psychischen Wohlbefindens zu erkennen. Die Annahme beruht auf der Tatsache, dass mit höherem Alter Erkrankungen und irreversible Veränderungen organischer, physiologischer und morphologischer Art, wie beispielsweise nachlassende Seh- und Hörfähigkeit, zunehmen (Homfeldt, 2010, S. 317). Dadurch werden häufigere Besuche beim Hausarzt oder der Hausärztin notwendig. Im Rahmen dieser Thesis wird untersucht, was die Soziale Arbeit innerhalb einer Gemeinschaftspraxis auf der Einzelfallebene mit älteren Menschen im Bereich der Gesundheitsförderung zu leisten imstande ist. Die Hoffnung ist, dass an diesem Ort, der sich nahe an der alltäglichen Lebenswelt von Klienten und Klientinnen befindet, das Thema psychische Gesundheit frühzeitig bearbeitet werden kann. Die psychische Gesundheit soll positiv beeinflusst werden bevor es zum Auftreten von psychischen Erkrankungen kommt.

## **1.6. Persönliches Erkenntnisinteresse**

Die Erarbeitung dieser Fragestellung entwickelte sich aus einer Synthese zweier unterschiedlicher Interessenlagen; das Thema psychische Erkrankungen und das Thema des Lebensabschnittes Alter. Beide Autorinnen hegten den gemeinsamen Wunsch, mittels eines konkreten Praxisbezugs neue Möglichkeiten für den Bereich der Sozialen Arbeit zu betrachten. Der demografische Wandel in der Schweiz und damit der Wandel hin zu einer Gesellschaft, welche einen höheren Anteil an älteren Menschen mit sich bringt, sowie die grossen Herausforderungen durch psychische Erkrankungen für unsere Gesellschaft, zeigen aus Sicht der Autorinnen eine hohe Aktualität der beiden Zugänge auch für die Soziale Arbeit auf. Für

die Wahl der Fragestellung war ebenfalls die gemeinsame Grundhaltung ausschlaggebend, dass eine Verhinderung von sozialen Problemlagen einer Behebung ebenjener vorzuziehen ist und der Fokus der Sozialen Arbeit deshalb vermehrt im Bereich der Prävention liegen sollte.

## 1.7. Vorgehen

Um die Fragestellung beantworten zu können, wird die Methode der theoretischen Literatuarbeit gewählt. Auf den gegenwärtigen Forschungsstand wird dabei laufend in den jeweiligen Kapiteln Bezug genommen. Das Konzept, die Soziale Arbeit direkt in eine Gemeinschaftspraxis anzugliedern, ist relativ neu und als sozialarbeiterisches Arbeitsfeld innerhalb der Schweiz kaum verbreitet. Es existiert aber durchaus Fachliteratur, welche für Bezüge zur Bearbeitung der Fragestellung genutzt werden kann. Ein Bezug ist die klinische Sozialarbeit sowie interdisziplinäre Ansätze aus der Geriatrie. Es existieren ausserdem Erfahrungen der Sozialen Arbeit im Bereich der medizinischen Grundversorgung aus anderen Ländern. Soziale Arbeit im Gesundheitswesen allgemein hat eine lange Tradition, welche bereits auf Mary Richmond zurückgeht; entsprechend umfassend ist die Literatur zu diesem Handlungsfeld.

Auch die Lebenssituation von älteren Menschen in der Schweiz ist durch Studien gut untersucht. Beispielweise Wanner, Sauvain-Dugerdil, Guilley und Hussy (2005) vom Schweizerischen Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien mit der Untersuchung *Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren* oder Abel et al. (2016) mit dem *Bericht Gesundheit und Lebensqualität im Alter*, der als Grundlage für kantonale Aktionsprogramme zur Gesundheitsförderung im Alter dient, geben ausführliche Beschreibungen. In dieser Thesis werden Menschen ab 65. Jahren als alt bezeichnet. Eine ausführliche Umschreibung der Lebensphase Alter und einer Begründung für diese Eingrenzung der Lebensphase Alter erfolgt in Kapitel 6.1.1. *Eingrenzung Lebensphase Alter*.

Um Wissen darüber zu erlangen, welche Faktoren psychische Erkrankungen begünstigen und wie die psychische Gesundheit gefördert werden kann, stützt sich die Soziale Arbeit auf Wissen aus den Bezugswissenschaften der Soziologie und (Sozial-)Psychologie. Aus den Wissensbeständen dieser Bezugswissenschaften soll in einer theoretischen Literatuarbeit geschöpft und eine Adaption auf das neue Feld der Sozialen Arbeit in einer Gemeinschaftspraxis vorgenommen werden.

Zur Bearbeitung der Fragestellung wird die Thesis in folgende Teile gegliedert: Zunächst wird das Handlungsfeld Gesundheitswesen für die Soziale Arbeit näher beleuchtet. Dazu wird zu Beginn des zweiten Kapitels *Handlungsfeld Gesundheitswesen* eine allgemeine Gegenstandbestimmung der Sozialen Arbeit vorgenommen, um danach die Rolle der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen des deutschen Sprachraums näher zu beleuchten. Das zweite

Kapitel *Handlungsfeld Gesundheitswesen* wird mit einer Einführung zur Sozialen Arbeit in der primären Gesundheitsversorgung abgeschlossen.

Im dritten Kapitel *Psychische Gesundheit* und im vierten Kapitel *Förderung der psychischen Gesundheit* wird die theoretische Basis erarbeitet: Unterschiedliche Modelle von Gesundheit und Krankheit werden erläutert, psychischen Gesundheit und die Förderung jener werden mit der Sozialen Arbeit in Verbindung gebracht. Dazu werden die Begriffe der Risiko- und Schutzfaktoren sowie jener der Vulnerabilität eingeführt, um darauf aufbauend im Kapitel sechsten *Psychische Gesundheit im Alter* eine Konkretisierung der psychischen Gesundheit im Alter vorzunehmen.

Das fünfte Kapitel *Handlungsfeld Gemeinschaftspraxis* rückt die Vision der interdisziplinären Zusammenarbeit innerhalb von Gemeinschaftspraxen mit Sozialarbeitenden in den Fokus. Die erste Teilfrage nach der Ausgestaltung der Zusammenarbeit, um die Grundlagen für eine Förderung der psychischen Gesundheit zwischen medizinischem Fachpersonal und Sozialarbeitenden ermöglichen zu können, wird am Ende dieses Kapitels beantwortet.

Die Beantwortung der zweiten Teilfrage erfolgt in mehreren Strängen, einerseits in der theoretischen Fundierung im dritten Kapitel *Psychische Gesundheit* und im vierten Kapitel *Förderung der psychischen Gesundheit*, andererseits in der konkreten Ausarbeitung der Einflussfaktoren der psychischen Gesundheit im Alter im sechsten Kapitel *Psychische Gesundheit im Alter*.

Im siebten Kapitel *Ideen für Interventionen* wird das zusammengetragene Wissen zur Erarbeitung von Arbeitsprinzipien genutzt, mit deren Hilfe die Soziale Arbeit im Arbeitskontext der Gemeinschaftspraxis psychischen Gesundheit älterer Menschen fördern kann. Dazu stützen sich die Autorinnen unter anderem auf Best-Practice-Erfahrungen aus der Gerontologie und auf das Wissen erprobter Interventionsmassnahmen aus der klinischen Sozialarbeit. Damit wird die dritte Teilfrage nach sozialarbeiterischen Interventionsmöglichkeiten beantwortet.

Zum Abschluss werden die wichtigsten Erkenntnisse zusammengefasst, um dadurch die Hauptfrage beantworten zu können und entsprechend Empfehlungen für die Praxis bezüglich der Vision der Sozialen Arbeit innerhalb von Gemeinschaftspraxen beantworten zu können.

## 2. Handlungsfeld Gesundheitswesen

### 2.1. Gegenstand der Sozialen Arbeit

In der Einleitung wurde die Absicht und das Ziel dieser Bachelorthesis in Bezug auf die psychische Gesundheit erklärt. Aber wieso soll sich die Soziale Arbeit überhaupt mit dieser Thematik beschäftigen? Im Allgemeinen wird die Thematik der psychischen Gesundheit und Krankheit zum Feld der Psychologie respektive der Psychiatrie zugeordnet. Was Sozialarbeitende in Bezug auf die psychische Gesundheit leisten können, was die Psychologie oder Psychiatrie nicht kann, dazu besteht an dieser Stelle noch Klärungsbedarf. Anhand einer Bestimmung und Erläuterung des Gegenstandes der Sozialen Arbeit, dieses ominösen «Sozialen», wird die Berechtigung und der Ansatzpunkt der Sozialen Arbeit in Bezug auf die psychische Gesundheit offenbar. Dabei wird auf das Individuum und seine Lebensführung fokussiert, da es sich dabei um den Ansatzpunkt dieser Bachelorthesis handelt.

Nach Sommerfeld, Dällenbach, Rügger und Hollenstein von der FHNW für Soziale Arbeit (2016) beschäftigt sich die Soziale Arbeit mit der Schnittstelle von Individuen und Gesellschaft (S. 47). Es gibt eine Vielzahl an Theorien der Sozialen Arbeit, welche den Gegenstand der Sozialen Arbeit unterschiedlich beschreiben und ausdifferenzieren. Der gemeinsame Nenner bleibt jedoch der Ausgangspunkt jener Schnittstelle zwischen Individuen und Gesellschaft (S. 47). Ergänzend zu der Sichtweise von Sommerfeld et al. erklärt Röh (2013), dass in vielen skizzierten Theorien Sozialer Arbeit der Doppelfokus Mensch/Individuum/Person/Subjekt auf der einen Seite und auf der anderen Seite Gesellschaft/Sozialem/System/Gemeinschaft zu finden ist. Alle Theorien der Sozialen Arbeit betrachten auf ihre Art und Weise die problematischen Verbindungen diesen beiden Seiten (S. 55). Die Soziale Arbeit beschäftigt sich mit der Einbettung und Interaktion eines Menschen in verschiedenen Systemen und wie dieser in Bezug zu diesen steht. In diesen Systemen und an der Schnittstelle Individuum-Gesellschaft sind für das Individuum Herausforderungen vorhanden, deren Bewältigung sich als Probleme manifestieren können. Es handelt sich dabei um Probleme die typisch sind für die moderne, kapitalistische und funktional differenzierte Gesellschaft (Sommerfeld et al., 2016, S. 65). Mit diesem Bezug zur Gesellschaft wird klarer ersichtlich, was der spezifische Zugang der Sozialen Arbeit ist. «Soziale Arbeit ist als eine Theorie und Praxis zu bestimmen, die sich auf die Probleme der Lebensführung in der modernen Gesellschaft bezieht.» (Scherr, 2002, S. 35) Diese Lebensführung findet in mehreren Teilsystemen statt. Probleme der Lebensführung bestehen aus Arrangements von Zugangs- und Gestaltungsproblemen, von Inklusion und Exklusion, die Menschen daran hindern an den Ressourcen dieser Teilsysteme der Gesellschaft teilzuhaben (Wirth, 2015, S. 12).

Diese Probleme der Lebensführung sind Gegenstand der Sozialen Arbeit. Diese können auf verschiedenen Ebenen (bspw. Makro-Mikro-Mesoebene) und mit verschiedenen

Ansätzen und Blickwinkeln (individuell, gruppenbezogen, gesellschaftlich-politisch etc.) bearbeitet werden. Diese Thesen beschäftigt sich mit der individuellen psychischen Gesundheit, weshalb auch das Problem der Lebensführung aus der Perspektive einzelner Menschen betrachtet wird. Röh fokussiert in seiner Betrachtungsweise auf den handelnden Menschen anstelle des sozialen Systems. Für ihn bedeutet Lebensführung das «selbstbestimmte und selbstmächtige Handeln des Menschen innerhalb sozialer Gemeinschaften, gesellschaftlicher Strukturen wie auch kultureller und natürlicher Umwelten.» (2013, S. 61) Sommerfeld et al. haben den Begriff auf seine praktischen Implikationen in Bezug auf das Individuum hin, ausgearbeitet. Sie sprechen vom einem Lebensführungssystem mit Handlungssystemen in verschiedenen Bereichen des Lebens eines Individuums, wie sie in ihrer Darstellung verdeutlichen:

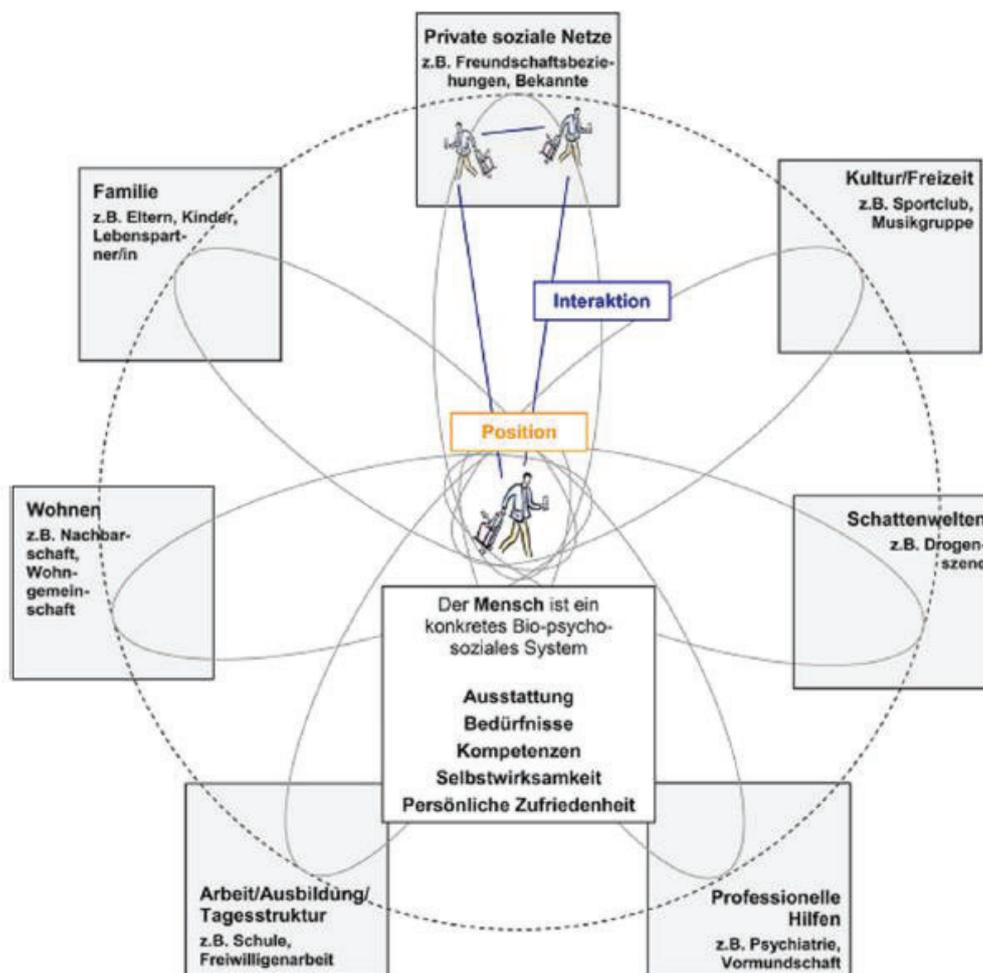


Abbildung 1. Lebensführungssystem mit Handlungssystemen in diversen Bereichen. Nach Sommerfeld et al., 2016, S. 327.

Im Konzept des Lebensführungssystems entstehen Krisen dann, wenn die Form der Einbindung in die Handlungssysteme für den einzelnen Menschen problematische Muster aktiviert und die bio-psycho-sozialen Bedürfnisse nicht mehr befriedigt werden können (FHNW Soziale Arbeit, Institut für Professionsforschung- und Entwicklung, 2019). Am Anfang dieser

Argumentation stand die Frage, was Soziale Arbeit überhaupt für eine Berechtigung hat, um sich mit Fragen der psychischen Gesundheit auseinanderzusetzen. Die Begründung liegt darin, dass Soziale Arbeit dann aktiv wird, wenn die Lebensführung in den Teilsystemen beeinträchtigt wird.

Als Ansatzpunkt dieser Thesis steht Annahme, dass die Erfahrungen und Problematiken im Lebensführungssystem und Probleme in den Teilsystemen der Lebensführung die psychische Gesundheit beeinflussen. Diese Annahme beruht auf einem bio-psycho-sozialen Verständnis psychischer Gesundheit. Das Verständnis von Gesundheit und der Zusammenhang zu der gesamten Lebensführung eines Menschen wird im Kapitel 3. *Psychische Gesundheit* ausführlich erläutert. Beeinträchtigung des Wohlbefindens durch Krisen und negative Erfahrungen in einem Lebensführungssystem, haben negative Folgen für die psychische Gesundheit. Der spezifische Ansatz der Sozialen Arbeit besteht in der Bearbeitung der Ursachen, welche sich im alltäglichen Leben, in den oben erwähnten Teilsystemen der Lebensführung, ergeben.

## **2.2. Soziale Arbeit und Gesundheit**

Nach der Einführung in den Gegenstand der Sozialen Arbeit wird in diesem Kapitel aufgezeigt, wie im Fachdiskurs Soziale Arbeit mit Gesundheit verbunden wird und welche geschichtlichen Entwicklungen zum aktuellen Stand geführt haben. Grundsätzlich kann gesagt werden, dass im aktuellen fachlichen und theoretischen Diskurs der Sozialen Arbeit innerhalb des deutschsprachigen Raums Gesundheit nur marginal im Blick ist.

In der wissenschaftlichen Auseinandersetzung wird das Verhältnis von Gesundheit und Sozialer Arbeit weitgehend ausgeblendet (Homfeldt & Sting, 2005, S. 41). Demgegenüber steht die berufliche Realität, welche in einer Studie der Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW) von Süsstrunk (2013) erhoben wurde. Demnach sind ca. 20 Prozent der Fachpersonen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen tätig (zitiert nach Friedli, 2016, S. 4). Der mangelnde Fachdiskurs zeigt sich auf der praktischen Ebene beispielsweise dadurch, dass Soziale Arbeit von den anderen Disziplinen im Gesundheitswesen als eine Hilfsprofession wahrgenommen wird. Ihre Expertise wird nicht als gleichwertig anerkannt und sie wird nicht als eigenständige Profession wahrgenommen, sondern ihr werden von anderen Professionen Tätigkeiten zugewiesen (Sommerfeld et al. 2016, S. 11). Das Gesundheitssystem ist hierarchisch durchstrukturiert, die Definitionsmacht liegt dabei bei einer kurativ orientierten klinischen Medizin (Franzkowiak, 2006, S. 25).

Diese Situation steht im Gegensatz zu den Anfängen der Sozialen Arbeit. Vor hundert Jahren hatte die Soziale Arbeit einen starken Bezug zum Thema Gesundheit. Homfeldt und Sting (2016, S. 9) sprechen vom einem «Vergessen des Gesundheitsbezuges». In der

Industrialisierung wurden problematische Lebensverhältnisse als Ursachen für Krankheiten anerkannt, und Gesundheit kristallisierte sich als soziales Problem und Wert heraus (Hünersdorf & Huber, 2008, S. 16). Anfangs des 20. Jahrhunderts entstand in der Gesundheitsfürsorge ein eigenständiges Handlungsfeld, das neben der Armen- und Jugendfürsorge eine Basis der damaligen Sozialen Arbeit bildete (Homfeldt & Sting, 2005, S. 41). Für Alice Salomon war in einer ganzheitlich ausgerichteten Wohlfahrtspflege Gesundheit selbstverständlich inbegriffen «Der Mensch soll gesichert werden (. . .) in körperlicher und geistiger Gesundheit.» (Salomon, 1998, S. 134) Die Soziale Arbeit beschäftigte sich mit vielfältigen theoretischen Bezugspunkten, mit der Entstehung von Gesundheits- und Krankheitsprozessen und deren sozialen Bezügen (Sommerfeld et al., 2016, S. 11). Friedli nimmt die Gründerinnen Alice Salomon oder Jane Addams sogar so weit in die Pflicht, dass diese Soziale Arbeit in heutiger Terminologie wahrscheinlich als Public-Health Profession bezeichnen würden (Friedli, 2016, S. 6).

Im Gegensatz zu Europa, wo die Tradition eines Bezuges der Sozialen Arbeit zu dem Feld der Gesundheit weitgehend wegbrach, kam es in den USA zu einer kontinuierlichen Entwicklung. Die National Association of Social Workers (2016) proklamiert den Fachanspruch der Sozialen Arbeit bezüglich Gesundheit selbstbewusst: «Since the early 20th century, social work has been an integral component of the U.S. healthcare system, and the profession continues to play a leadership role in the psychosocial aspects of health care.» (S. 5) Im deutschsprachigen Raum hingegen ist momentan nicht einmal mehr ein spezifisches Qualifikationsprofil der Sozialen Arbeit im Gesundheitsbereich zu finden, respektive zeichnet sich nur langsam an gewissen Orten ab (Sommerfeld et al., 2016, S. 10).

Den Grund für diese unterschiedlichen Entwicklungen sehen Homfeldt und Sting (2005) in den Veränderungen des Auftrages der Gesundheitsfürsorge der Sozialen Arbeit in Europa in der Zeit des Nationalsozialismus. Die Perversion der öffentlichen Gesundheitsfürsorge im Dritten Reich habe die Idee von Fürsorge für die Gesundheit als Teil der Wohlfahrt diskreditiert (S. 42). Reinicke (2008, S. 46-47) beschreibt eindrücklich, wie im Dritten Reich Sprachgebrauch und Inhalte der Sozialarbeit geändert wurden. Von der Gesundheit des Einzelnen verschob sich der Schwerpunkt zu der «Volksgemeinschaft». In der «Volksgesundheitspflege» hatten Sozialarbeitende ihr Fachwissen und ihr Können in den Diensten des Dritten Reiches einzusetzen. Der zentrale Bezugspunkt war dabei die «Rassenhygiene». Im System des Nationalsozialismus erfüllten Sozialarbeitende spezifische Funktionen und trugen so zur Verwirklichung der Ideologie der Nationalsozialisten bei. Die Perspektive verschob sich hin zu «einer verhängnisvollen Herrschaft der ‚Volksgesundheit‘ über das Wohlergehen des Einzelnen.» (Homfeldt & Sting, 2005, S. 42) Die realen Folgen solcher Denkweise im Dritten Reich für das Lebensrecht von tausenden Menschen (z.B. Zwangssterilisationen und Morde an «Erbkranken») sind allgemein bekannt. Aufgrund dieser Erfahrungen übersah die Soziale

Arbeit als Disziplin, dass in den Sozialwissenschaften Zusammenhänge betreffend Gesundheit erforscht wurden, welche thematische Möglichkeiten für die Soziale Arbeit geboten hätten (S. 42). Beruhend auf Homfeldt und Sting kann der Schluss gezogen werden, dass eine Art kollektive «Überreaktion» stattfand. Dadurch, dass das Thema Gesundheit im Fachdiskurs bewusst vermieden wurde, ging die Idee einer gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit verloren. Die Gräueltaten, welche im Dritten Reich begangen wurden, beeinflussten somit die Soziale Arbeit noch Jahrzehnte danach.

Seit dem Ende der 1980er Jahre vollzieht sich wieder ein Bedeutungsgewinn der Sozialen Arbeit innerhalb des Gesundheitsdiskurses und es findet eine Rückbesinnung auf dieses klassische Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit statt. Dies findet unter anderem als Konsequenz der Beschlüsse aus der Ottawa-Charta der WHO statt (*vgl. 4.2 Gesundheitsförderung*). In dieser Charta wird Gesundheit als wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens beschrieben und der Einfluss sozialer sowie individueller Ressourcen für die Gesundheit hervorgehoben (Homfeldt, 2013, S. 16). Trotz dieses Bedeutungsgewinns hält Friedli aktuell (2016) fest, dass «die gesundheitspezifische soziale Arbeit sowohl innerhalb der eigenen Profession als auch von den etablierten Gesundheitsprofessionen wenig wahrgenommen [werde].» (2016, S. 4) Lützenkirchen (2005) wie auch Friedli fordern, dass in den Fachhochschulausbildungen der Bezug zur Gesundheit (wieder) vermehrt gelehrt werden sollte. Dabei sollen nach Lützenkirchen «sozial bedingte Gesundheitsprobleme» (zitiert nach Friedli, 2016, S. 6) und «Public Health» als wichtige Themen der Sozialen Arbeit als Inhalt der Bachelorausbildung gelehrt werden (Friedli, 2016, S. 6).

### **2.3. Auftrag und Handlungsfelder der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen**

Ein Versuch einer neuen Positionierung und Proklamierung des Bezuges der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen der Schweiz nimmt der im Jahr 2017 gegründete Schweizerische Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (sages) vor. Nach diesem ist der Gegenstand der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen respektive einer gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit:

Die Förderung sozialer Teilhabe und gelingender Lebensführung von Menschen, die direkt oder indirekt von gesundheitlicher Beeinträchtigung (krankheits- oder unfallbedingt) betroffen oder bedroht sind, und die Verhinderung und Bewältigung sozialer Probleme, die aus gesundheitlichen Beeinträchtigungen entstehen bzw. zu diesen führen (sages & avenir social, 2018, S. 2).

Dieser Auftrag beinhaltet einen doppelten Blickwinkel: Einerseits sollen bereits bestehende individuelle Problemlagen aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen bearbeitet werden;

andererseits soll durch die Verhinderung und Bearbeitung von Probleme der Lebensführung welche zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen, eine Prävention von psychischen und physischen Krankheiten erfolgen. Doch Prävention hat im aktuellen System der Gesundheitsversorgung noch einen schweren Stand. Bereits in der obigen Formulierung des Auftrages erscheint die Prävention der Problembearbeitung nachrangig. Das Gesundheitswesen nimmt hauptsächlich bereits als krank identifizierbare Personen in den Blick (Franzkowiak, 2006, S. 23). Es geht primär um die Kuration und Rehabilitation von Krankheiten. Prävention ist defizitär institutionalisiert, was beispielweise darin ersichtlich ist, dass kaum eine Institution im Gesundheitswesen primär präventiv ausgerichtet ist (S. 45). Ideen der Prävention und Ansätze der Sozialen Arbeit müssen also in einem bestehenden System, welches auf eine medizinisch-biologische Behandlung ausgerichtet ist, Handlungsmöglichkeiten suchen, um wirken zu können.

Sozialarbeitende sind auf verschiedene Ebenen im Gesundheitswesen in ambulanten, stationären und teilstationären Bereich tätig. Die wichtigsten Handlungsfelder der Sozialen Arbeit im Gesundheitsbereich werden nachfolgend aufgelistet und mit Beispielen aus dem Raum Schweiz zum jeweiligen Handlungsfeld ergänzt:

- Medizinischer Akutbereich (bspw. interner Sozialdienst im Inselspital Bern und im Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi)
- Stationäre und ambulante Altenbetreuung in der Hospizarbeit, geriatrische Einrichtungen und Pflegeheime (bspw. Sozialberatung im Wohn- und Pflegeheim Utzigen als Pionierprojekt)
- Einrichtungen im Bereich der Psychiatrie wie stationäre Kliniken, ambulante Dienste Suchtberatungen und Sozialpsychiatrie (bspw. eigener Sozialdienst in den ambulanten psychiatrischen Diensten Spital FMI, Sozialpsychiatrische Wohnbegleitung Contact, sozialpsychiatrische Institution Soteria mit Millieuthérapie)
- Organisationen der Gesundheitsförderung und Prävention (bspw. Fachstelle für Suchtprävention vom Blauen Kreuz).

(Franzkowiak, 2003, S. 2; sages & avenir social, 2018, S. 4).

Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit wird jedoch nicht nur in den so betitelten Handlungsfeldern geleistet. Auch in anderen Feldern sollte die Soziale Arbeit das Thema Gesundheit als Teil der alltäglichen Lebensführung berücksichtigen. So kann Gemeinwesenarbeit gesundheitsbezogen ausgerichtet sein, wie auch viele sonstige allgemeine Handlungsfelder wie bspw. die sozialpädagogische Familienhilfe (Franzkowiak, 2003, S. 3). An dieser Aufzählung ist auffällig, dass die medizinische Grundversorgung als ein

Handlungsfeld der Sozialen Arbeit nicht aufgeführt wird. Dieses potenzielle Feld liegt im deutschsprachigen Raum momentan noch gänzlich brach.

## **2.4. Soziale Arbeit in der medizinischen Grundversorgung**

Zu dem Praxisfeld innerhalb einer Gemeinschaftspraxis für Sozialarbeitende im deutschsprachigen Raum gibt es aktuell noch kaum Erfahrungswerte. Eine Pionierin in der Schweiz ist die Gruppenpraxis Salutomed in Zollikofen, welche in ihrem interdisziplinären Team seit 2013 eine Fachperson der Sozialen Arbeit integriert hat. Praxismitarbeitende sowie Patienten und Patientinnen haben sich dem Fachteam von Grieb, Rüegg & Gehrlach von der Berner Fachhochschule für Soziale Arbeit für Interviews zur Verfügung gestellt. (2019, S. 25) Auf der Basis jener Interviews loten die Autoren in einem Fachartikel diesen neuen Weg für die Soziale Arbeit in der Schweiz innerhalb einer Gemeinschaftspraxis aus. Für die vorliegende Arbeit hat dieser Artikel als Inspiration gedient.

Was als Pionierleistung in der Schweiz bezeichnet wird, wurde in anderen Ländern bereits seit längerer Zeit erprobt. In Neuseeland, Kanada und den USA ist die Soziale Arbeit in der primären Gesundheitsversorgung bereits gut integriert (vgl. Ashcroft, Kourgiantakis, Fearing, Robertson & Brown, 2019; Döbl, Huggard & Beddoe, 2015; Geron & Keefe, 2005). Die Erfahrung in jenen Ländern hat gezeigt, dass die Sozialarbeitenden innerhalb der patientenfokussierten primären Gesundheitsversorgung dabei helfen, Behandlungslücken zu erschliessen und zu einer Verbesserung des Bewältigungsverhaltens bei Patienten und Patientinnen beitragen. Der Einbezug von Sozialarbeitenden in interprofessionelle care teams erleichtere den Zugang zu den Betroffenen und die Qualität der Behandlung könne so verbessert werden. (Ashcroft, Kourgiantakis, Fearing, Robertson & Brown, 2019, S. 324). In der Schweiz ist dieser Ansatz kaum verbreitet, wohl auch weil die Soziale Arbeit innerhalb des Gesundheitswesens im Vergleich zu den obengenannten Ländern generell weniger stark verankert ist.

Ausschlaggebend für die Praxis Salutomed in Zollikofen eine Fachperson der Sozialen Arbeit anzustellen war die Erkenntnis, dass für eine erfolgreiche Behandlung die soziale Ebene nicht vernachlässigt werden darf und jene durch das medizinische Fachpersonal innerhalb ihrer Praxis nicht abgedeckt werden konnte. Zudem stellte sich die Zusammenarbeit mit sozialen Diensten der Gemeinde meist als relativ schwierig dar (Grieb, Rüegg & Gehrlach, 2019, S. 26). Dass die Praxis Salutomed wohl nicht die einzige Praxis ist, welche mit der Schnittstelle zu Dienstleistungen der Sozialen Arbeit nicht zufrieden ist, wurde auch in einer Studie zur Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz deutlich. Die Autoren und Autorinnen der Studie kamen zu dem Schluss, dass die Schnittstelle zwischen dem Gesundheits- und Sozialsystem unterfinanziert sei (Stocker et al., 2016, S. 5). Die

Ressourcen- und Aufgabenteilung zwischen Gesundheits- und Sozialwesen könnten optimiert werden (S. 18).

Wie Sozialarbeitende die Zusammenarbeit mit Gemeinschafts- oder Hausarztpraxen im aktuellen System erleben, können die Autorinnen nur aus ihrem eigenen Erfahrungswissen beantworten. Dies wurde von beiden durch die Tätigkeit auf einem polyvalenten, öffentlichen Sozialdienst erworben: Auch wenn das Einholen von notwendigen Informationen bezüglich des Gesundheitszustandes mithilfe einer Vollmacht oder einem entsprechenden Mandat des Kindes- oder Erwachsenenschutzes möglich ist, so ist es in der Zusammenarbeit mit den Ärzten oder Ärztinnen in den seltensten Fällen zu einer engen Zusammenarbeit mit einer gemeinsamen Zielsetzung gekommen. Die unterschiedlichen Organisationsstrukturen, ungeeignete Austauschgefäße und die knappen zeitlichen Ressourcen beider Seiten standen als Hindernis einer fruchtbaren Zusammenarbeit im Weg.

#### Soziale Problemlagen in der medizinischen Grundversorgung

Dass soziale Faktoren in der medizinischen Grundversorgung ein nicht zu vernachlässigendes Thema darstellen, konnten Dietmar Jobst und Stefanie Joos in einer Studie aufzeigen. Sie führten in deutschen Hausarztpraxen eine Erhebung zur Häufigkeit von Konsultationen durch, welche mit sozialen Problemlagen (bspw. finanzielle Probleme oder Probleme bei der Arbeit) verknüpft waren. In rund einem Siebtel der Behandlungen spielte demnach die soziale Dimension eine signifikante Rolle und in knapp 30% dieser Fälle beanspruchten die sozialen Themen mehr als die Hälfte der Konsultationszeit (2014, S. 500). Bei den Ergebnissen fiel zudem auf, dass die Häufigkeitsverteilung einer Zuschreibung zu sozialen Problemen durch die Ärzteschaft sehr unterschiedlich ausfiel (S. 499), was auf eine unterschiedlich starke Sensibilisierung der Behandelnden für soziale Problemlagen deuten könnte (S. 501).

Die Feststellung bezüglich der Relevanz der sozialen Dimension im Kontext der Hausarztpraxis wird auch in einer Studie von Stocker et al. zur Versorgungssituation in der Schweiz deutlich, wonach Hausärzte und -ärztinnen festgestellt haben, dass die Probleme ihrer Klienten und Klientinnen häufig gar nicht medizinischer, sondern psychosozialer Art seien. Beispielsweise sei es vor allem für Menschen, welche die Lokalsprache nicht gut beherrschen würden, schwierig eine adäquate soziale Unterstützung zu finden (2016, S. 75).

Der Hausarzt oder die Hausärztin ist meist die erste Anlaufstelle für unterschiedlichste Problemlagen, auch für Leiden nicht physischer Natur. Aufgrund seiner oder ihrer meist langjährigen Patientenbeziehung, sowie einem breiten medizinischen Fachwissen, werden die Hausärzte und Hausärztinnen auch als prädestiniert darin gesehen, einen Beitrag zur Gesundheitsförderung zu leisten (Zoller, Badertscher & Rossi, 2011, S. 2; Haisch, Klotz & Hurrelmann, 2014, S. 450). Praktizierende in Schweizer Arztpraxen gaben jedoch zu bedenken, dass es bestehende Hürden gebe, welche die Erfüllung dieses Auftrags

erschweren würden: Unter anderem wurde die räumliche Distanz für mögliche Angebote und Dienstleistungen, die Notwendigkeit das Angebot selbst aufzusuchen und der Anmeldeaufwand für die entsprechenden Angebote bezeichnet (Zoller, Badertscher & Rossi, S. 17). Eine engere Zusammenarbeit mit Fachpersonen der Sozialen Arbeit könnte einen Beitrag dazu leisten, diese Hürden zu verkleinern und neue Impulse im Bereich der Gesundheitsförderung zu setzen. Die Erfahrungen, welche in der engen Zusammenarbeit zwischen dem medizinischen Fachpersonal und Sozialarbeitenden bisher gemacht wurden, lassen ein Potential erkennen, um Probleme in der Lebensführung früh identifizieren zu können und entsprechende Massnahmen aufzugleisen (Grieb, Rüegg & Gehrlach, 2019, S. 27). Eine Eingliederung von Sozialarbeitenden innerhalb einer Hausarzt- oder Gemeinschaftspraxis bringt den Vorteil mit sich, dass auf das Vertrauensverhältnis, welches oft zwischen Patienten bzw. Patientinnen und Hausärzten bzw. Hausärztinnen besteht, aufgebaut werden kann und eine Vermittlung sehr niederschwellig ist (S. 26). Dadurch, dass lange Wege über verschiedene Institutionen mit teils unterschiedlichen Zielsetzungen umgangen werden können, steigern sich die Chancen, soziale sowie gesundheitliche Eskalationen zu verhindern (S. 27).

Auch das wissenschaftliche Fachteam der Berner Fachhochschule um René Rüegg ist zu dem Schluss gekommen, dass in der direkten Zusammenarbeit zwischen Arztpraxen und Sozialarbeitenden ein brachliegendes Potential für eine bedarfsgerechtere Versorgung von Patienten und Patientinnen liegt. Die Praxissozialarbeit (Bezeichnung nach Rüegg & Team) könne eine wichtige Funktion im Bereich der Netzwerkarbeit leisten und «gesundheitlich-soziale Abwärtsspiralen» (Bundesamt für Gesundheit [BAG], n.d.) verhindern. René Rüegg und sein Team haben nun ein Projekt lanciert, welches vom BAG im Rahmen des Förderprogramms *Interprofessionalität im Gesundheitswesen* unterstützt wird. Ein Ziel davon ist es, die Praxissozialarbeit dadurch zu etablieren, dass sie sie anhand empirischer Daten legitimiert wird. Zurzeit befindet sich das Projekt in der Planungsphase, welche voraussichtlich 2020 abgeschlossen sein wird. Danach wird zwecks der Erforschung des Modells Sozialarbeitende in Arztpraxen ein Projekt mit Pilotpraxen lanciert. Erste Auswertungen des Projekts werden Ende 2021 erwartet. Den Interventionsbereich verorten sie unter anderem im Bereich der Gesundheitsförderung, der Versorgung chronisch Kranker, Versorgung im Alter, der psychischen Gesundheit und Sucht (BAG, n.d.).

## 3. Psychische Gesundheit

### 3.1. Soziale Konstruktion von Gesundheit und Krankheit

Um sich vertiefter mit der Förderung der psychischen Gesundheit bei älteren Menschen und der Rolle der Sozialen Arbeit darin auseinandersetzen zu können, muss zuerst geklärt werden, was unter den Begriffen der psychischen Gesundheit und Krankheit verstanden wird. Weiter muss das Verhältnis dieser beider Begriffe zueinander bestimmt werden. Dieses Kapitel endet damit, unterschiedliche Einflussfaktoren für die psychische Gesundheit aufzuzeigen, welche als Grundlage für eine durch die Soziale Arbeit betriebene Gesundheitsförderung dienen.

Eine klare Abgrenzung von Gesundheit und Krankheit, um im Einzelfall beurteilen zu können, ob eine Person gesund oder krank ist, bringt einige Schwierigkeiten mit sich, da es keine eindeutige und allgemein akzeptierte Definition von Gesundheit und Krankheit gibt. Die Schwierigkeit ergibt sich unter anderem dadurch, dass sich unterschiedliche Beurteilungen bezüglich dieses Zustandes ergeben können, je nachdem welche Kriterien man herbeizieht (Franke, 2012, S. 24) und über welche technischen Möglichkeiten man beispielsweise verfügt, um eine Diagnose stellen zu können (S. 25). Wichtig ist auch das Bewusstsein darüber, dass das subjektive Empfinden bezüglich des Gesundheitszustands vom Befund einer medizinischen Fachperson abweichen kann und dass für den Einzelnen beispielsweise andere Kriterien für die Beurteilung relevant sind als für den Arzt oder die Ärztin (S. 26). Eine Variante zur Klassifizierung und Diagnostik von psychischen Beeinträchtigungen als Störung mit Krankheitswert in der medizinischen Praxis ist die Bezugnahme auf verbindliche Kriterien wie der *Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD)* der Weltgesundheitsorganisation oder das *Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen DSM* der American Psychiatric Association (Schuler & Burla, 2012, S. 8). Die Symptome eines bestimmten Krankheitsbildes müssen nach Scharfetter «je nach lebensgeschichtlicher Lage und soziokulturellem Rahmen eine bestimmte Schwere, Dichte, Häufigkeit und Dauer aufweisen und zu persönlichem Leiden oder der Beeinträchtigung des Funktionierens führen.» (zitiert nach Schuler & Burla, 2012, S. 8)

Im Gegensatz zur dieser Krankheitsdiagnose kann die psychische Gesundheit auch als positiver Zustand verstanden werden. Die WHO definiert die psychische Gesundheit als «ein Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann.» (2019, S. 1)

Im *Nationalen Gesundheitsbericht (2008)* der Schweiz wird die psychische Gesundheit als seelisches Gleichgewicht beschrieben, das ständig aktiv aufrechterhalten werden muss. Die psychische Gesundheit wird als «komplexe, dynamische und ganzheitliche Eigenschaft aufgefasst, welche die Befähigung zur sinnerfüllten menschlichen Lebensführung beinhaltet.

Dies schliesst die Konflikte, Leiden, Krisen und Fehlreaktionen, welche das Leben bringt, explizit ein; entscheidend sind die Möglichkeiten ihrer Bewältigung.» (Baer & Cahn, 2009, S. 212)

Trotz Definitionen von psychischer Gesundheit respektive Krankheit, welche auf breite Anerkennung stoßen, muss man sich darüber im Klaren sein, dass Diagnosen in Relation zu Normwerten erstellt werden und sich Krankheitswerte infolge von Normabweichungen ergeben. Die Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes ist somit auch kulturgebunden, bezieht sich in erster Linie auf soziale Normen und ist an die spezifische Umwelt gekoppelt. Am Beispiel von Homosexualität kann das verdeutlicht werden: Bis 1973 wurde Homosexualität im *Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM)* noch als Krankheit aufgeführt. Mit der wachsenden gesellschaftlichen Anerkennung von Homosexualität wurde diese Diagnose aus dem Manual entfernt und gilt im westlichen Kulturkreis seither offiziell nicht mehr als Krankheit. Dieses Beispiel zeigt schön auf, dass der Begriff der Krankheit von gesellschaftlichen Wertungen abhängt, wodurch eine neutrale und absolute Bewertung von gesund und krank verunmöglicht wird (Franke, 2012, S. 26).

### **3.2. Bipolares Konzept von Gesundheit und Krankheit**

Folgende Ausführungen zu den beiden Gesundheits-Krankheitskonzepten der Dichotomie und der Bipolarität zeigen unterschiedliche Betrachtungsweisen des Verhältnisses von Gesundheit und Krankheit auf. Diese Konzepte haben einen grossen Einfluss auf die Wissenschaft der Medizin, sowie auch weiterreichende Auswirkungen zum Beispiel auf das Versorgungssystem oder den Umgang mit Krankheit in der Gesellschaft (Franke, 2012, S. 99). Die Mehrdimensionalität des bipolaren Konzepts und der Einbezug auch von sozialen Komponenten legt ein Fundament für das Handlungsfeld der Sozialen Arbeit im Bereich des Gesundheitswesens.

Im dichotomen Konzept werden Gesundheit und Krankheit als zwei sich entgegengesetzte, sich gegenseitig ausschliessende und voneinander unabhängige Zustände definiert. Eignet sich dieses Konzept zum Beispiel hervorragend, wenn es um klar definierbare Infektionskrankheiten geht, ist es in Bezug auf psychische Störungen weniger geeignet. Zum einen, weil ein eindeutiger Befund oft schwierig sein kann, die Grenzen auch mittels gängiger Diagnosekriterien nicht eindeutig sind und es dazwischen Graustufen gibt. Zum anderen, weil damit suggeriert wird, dass ein Mensch psychisch gesund wird, sobald eine bestimmte Krankheit verschwindet, was nicht zutrifft (Franke, 2012, S. 99-100).

Die Erkenntnis darüber, dass Gesundheit und Krankheit nicht einfach als absolute Werte betrachtet werden können bringt das dichotome Konzept von Gesundheit und Krankheit, welches auf einem bio-medizinischen Gesundheitsmodell basiert (vgl. 3.3. *Bio-psycho-*

*soziales Modell*) in Bedrängnis. Doch trotz der offensichtlichen Grenzen des dichotomen Konzepts von Gesundheit und Krankheit hat es in unserer Gesellschaft immer noch eine grosse Relevanz. Seine Bedeutung wird vor allem im Bereich der Sozialversicherungen deutlich, in welchen gesund oder krank über Arbeitsfähigkeit und Leistungsansprüche entscheidet (S. 99). Bezüglich der Relation zu der Sozialversicherungsgesetzgebung ist interessant, dass medizinhistorisch lange ein relatives Verständnis von Gesundheit und Krankheit vorherrschte, wobei es zwar eine Idealvorstellung von Gesundheit gab, aber leichte Abweichungen von dieser Idealvorstellung nicht dazu führten, dass man von Krankheit sprach. Erst durch die Einführung der Sozialgesetzgebung und der Krankenversicherungen in den westlichen Staaten wurde eine strikte Trennung dieser beider Begriffe notwendig, damit festgelegt werden konnte, wann jemand Anspruch auf Leistungen der Sozialversicherungen hatte (S. 32).

Obwohl das dichotome Konzept im Alltag noch immer eine grosse Bedeutung hat, ist im theoretischen Bereich seit längerer Zeit ein Trend zu entdecken, welcher sich von der klaren Trennung dieser beiden Zustände – Gesundheit und Krankheit – distanziert (Franke, 2012, S. 33). Im Bereich der psychischen Gesundheit ist ein bipolares Konzept von Gesundheit und Krankheit geeigneter, welche den einen Zustand nicht nur einfach durch die Abwesenheit des anderen definiert. Gesundheit und Krankheit werden in diesem Konzept als zwei Pole eines Kontinuums betrachtet, welche in gegenseitiger Abhängigkeit bestehen. Eine Beurteilung der psychischen Gesundheit erfolgt dadurch, dass der individuelle Zustand innerhalb dieses Kontinuums zu verorten versucht wird. Somit ist ein Mensch nicht einfach gesund oder krank, sondern er weist immer Anteile beider Zustände auf und ist entweder mehr oder weniger gesund beziehungsweise krank (Schuler & Burla, 2012, S. 8). Ein solcher Zugang bietet den Vorteil, dass abgesehen von den gängigen medizinischen Diagnose- und Klassifikationskategorien (ICD/DSM) auch weitere Dimensionen zur Verortung innerhalb des Kontinuums herangezogen werden können, wie zum Beispiel das der subjektiven Beurteilung des eigenen Befindens (Franke, 2012, S. 102). Für den Begriff der Gesundheitsförderung, auf welchen wir weiter unten eingehen werden, ist dieses Verständnis der relationalen Beziehung zwischen Gesundheit und Krankheit elementar, da wir unter Gesundheitsförderung Massnahmen verstehen, welche eine Verschiebung zugunsten der gesunden Anteile zum Ziel haben. Mittels des bipolaren Konzepts von psychischer Gesundheit lässt sich auch eine Verbindung zum bio-psycho-sozialen Modell von Gesundheit und Krankheit herstellen; dadurch, dass nicht nur biologische, sondern auch psychologische und soziale Merkmale als relevante Dimensionen zur Ermittlung der Position auf dem Gesundheits-Krankheitskontinuum herangezogen werden können.

### 3.3. Bio-psycho-soziales Modell

Seit der Mitte des 20. Jahrhunderts dominiert ein bio-medizinisches Grundverständnis von Gesundheit und Krankheit die industrialisierten Gesellschaften (Borrell-Carrio, Suchman & Epstein, 2004, S. 576). Die Entstehung des bis heute vorherrschenden Modells basiert auf Erkenntnissen der Bakteriologie mit der Annahme, dass dort wo ein Keim ist, auch eine Krankheit entsteht (Franke, 2012, S. 133). Das bio-medizinische Modell legt den Fokus auf die Krankheit, indem es Aspekte der Gesundheit nicht miteinbezieht. Dieses Grundverständnis geht von einer einfachen und monokausalen Beziehung zwischen Ursache und Wirkung aus und verortet die Ursprünge einer Erkrankung ausschliesslich innerhalb der biologischen Dimension. Das Modell basiert auf dem dichotomen Konzept. Krankheit wird als Abweichung vom natürlichen Zustand des Organismus angesehen, ohne näher zu definieren, was denn der natürliche Zustand eigentlich wäre. Die Klassifizierung einer Krankheit erfolgt ohne Einbezug des sozialen Kontextes. Das bio-medizinische Modell und die Annahme, dass eine psychische Störung eine körperliche Ursache hat, ist auch in der Psychiatrie weit verbreitet. Im Bereich der Neurowissenschaften wird viel geforscht und es werden Zusammenhänge zwischen Veränderungen im Gehirn und spezifischen Erkrankungen gesucht. Auch der breite Einsatz von Psychopharmaka beispielsweise bei Depressionen stützt grundsätzlich das bio-medizinische Grundverständnis, welches von einem körperlich verursachten Defizit ausgeht (Franke, 2012, S. 133-135).

Zu den bekannten Kritikern des bio-medizinischen Modells gehörte George Engel, welcher in seinem 1977 publizierten Artikel *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine* beanstandete, dass die Patienten und Patientinnen als Objekte betrachtet würden und deren subjektives Erleben und Erfahrungen als möglichen Einflussfaktor auf die Gesundheit schlichtweg ignoriert werde (zitiert nach Borrell-Carrio, Suchman & Epstein, 2004, S. 576). Als Konsequenz trug er massgeblich zu einem neuen Modell von Gesundheit und Krankheit bei, welches heute als bio-psycho-sozial bekannt ist und welches auf dem Hintergrund der allgemeinen Systemtheorie entwickelt wurde (Richter, 2003, S. 134). Wie es die Begriffe bio-psycho-sozial schon andeuten, geht dieses Modell von der Annahme aus, dass Gesundheit auf drei Ebenen definiert werden muss, welche sich gegenseitig voraussetzen und ergänzen: Als eine Ebene die biologischen Aspekte und damit organisch begründete Befunde, die psychische Dimension als Ebene der individuellen Wirklichkeit und die sozialen Aspekte als die Ebene der sozialen Systeme und ökologischen Lebenswelten (Uexküll & Wesiak, 1988, S. 607; Egger, 2015, S. 53). Gahleitner sieht eine Verankerung des bio-psycho-sozialen Modells in einer Tradition von einer medizinhistorischen ganzheitlichen Gesundheitskonzeption, welche seit der Antike besteht (2013, S. 51). Auch chinesische und indische Gesundheitslehren berücksichtigen psychische und soziale Aspekte als Teil von Gesundheit (Hafen, S. 6, S. 2008). Die Gesundheitsdefinition der WHO beruft sich auf eine

ganzheitliche Gesundheitskonzeption und bezieht diese älteren medizinischen Ansätze mit ein (Gahleitner 2013, S. 51; Hafen, S. 6, 2008). Gesundheit gemäss WHO ist demnach der «Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.» (zitiert nach Jost, 2013, S 14) Sommerfeld et al. verorten die Grundlagen des bio-psycho-sozialen Modells in der Gesundheitsdefinition der WHO (2016, S. 86). Die Definition beschreibt den positiven Pol des Kontinuums von Gesundheit und Krankheit. Vollständige Gesundheit ist die Vorstellung eines idealen Zustandes, der so in der Realität (fast) nie erreicht werden kann, die aber als Idee ihre Berechtigung hat.

Weiteren Auftrieb erhielt das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit durch das WHO-Konzept der Gesundheitsförderung im Rahmen der Ottawa-Charta 1986. Die Rolle der Gesundheitsförderung im Zusammenhang mit der Sozialen Arbeit und den Inhalt der Ottawa-Charta wird im Kapitel 4.2. *Gesundheitsförderung* thematisiert. In Zusammenhang mit dem bio-psycho-sozialen Verständnis ist es wichtig zu verstehen, dass durch die Beschlüsse der Ottawa-Charta das bio-psycho-soziale Modell an Relevanz gewann und sich als geeignete Grundlage für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit in Forschung und Praxis herausstellte (Egger, 2013, S. 16). Egger merkt zwar auch kritisch an, dass der Begriff bio-psycho-sozial zwar in aller Munde sei, dass darunter aber bei weitem nicht von allen dasselbe verstanden werde und in der Realität ein Paradigmenwechsel vom bio-medizinischen zum bio-psycho-sozialen noch nicht wirklich stattgefunden habe (2013, S. 54).

### **3.4. Dimensionen von Gesundheit**

Wie das bio-psycho-soziale Modell verdeutlicht, hängt die Gesundheit von zahlreichen Faktoren ab, welche in gegenseitiger Wechselwirkung zueinanderstehen. Die Einflussfaktoren auf die individuelle Gesundheit können auf fünf Dimensionen beschrieben werden und werden als Determinanten der Gesundheit bezeichnet (vgl. Dahlgren & Whitehead, 1991; Dellenbach & Angst, 2011; Jost, 2013; Franzkowiak, Homfeldt & Mühlum, 2011). Die Darstellung von Dahlgren und Whitehead verdeutlicht die Komplexität von ebendiesen:

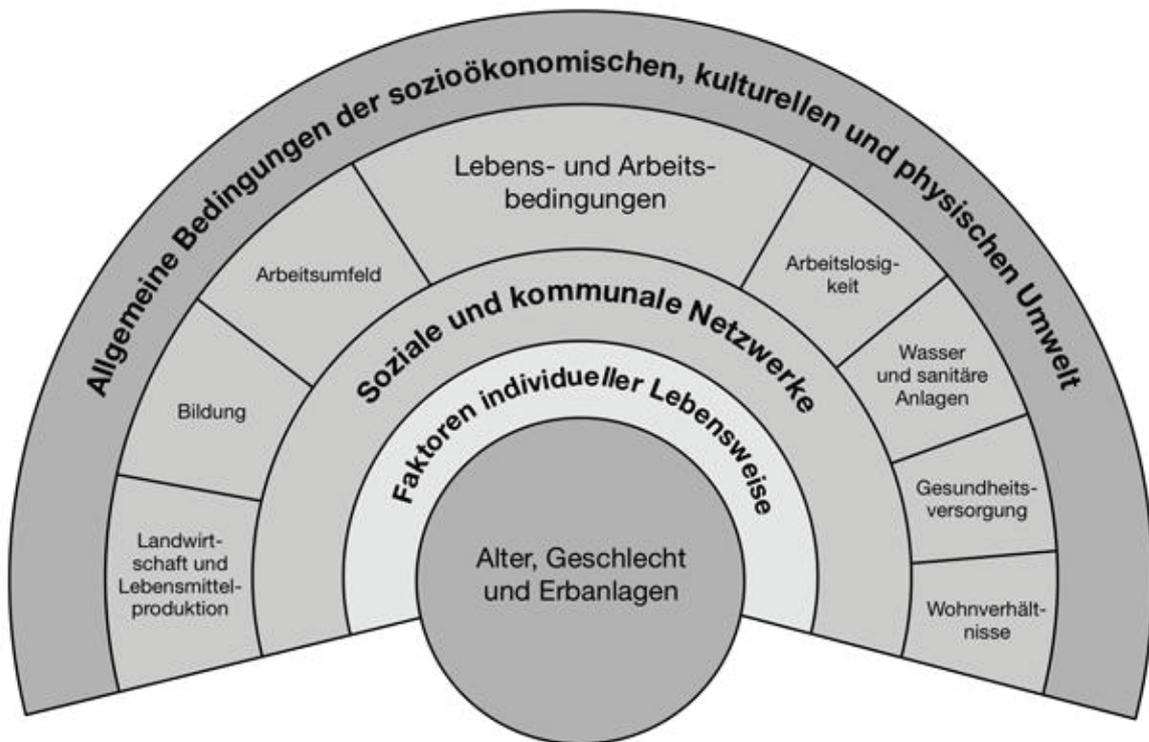


Abbildung 2. Determinanten der Gesundheit von Dahlgren und Whitehead. Zitiert nach Hurrelmann & Richter, 2018.

Aus der Abbildung wird deutlich, dass neben biologischen in der Regel nicht veränderbaren Faktoren wie Alter, Geschlecht und Erbanlagen, die Gesundheit auch durch den eigenen Lebensstil beeinflusst wird. Darunter werden unter anderem Dinge wie das Essverhalten, der Suchtmittelkonsum, Bewegung und das Schlafverhalten zusammengefasst (Jost, 2013, S. 16-17). Ebenfalls zu den Faktoren der individuellen Lebensweise sind Persönlichkeitsmerkmale zu zählen, wie Selbstwirksamkeitserwartungen, Kontrollüberzeugungen und Emotionsregulation sowie Bewältigungsstrategien und -kompetenzen (Dellenbach & Angst, 2011, S. 15).

Eine weitere Dimension der Determinanten bezieht sich auf soziale und kommunale Netzwerke. Dazu gehören die Familie, einen Freundes- oder Bekanntenkreis sowie die mögliche Zugehörigkeit zu Vereinen. Jede Person ist, jedenfalls zum Teil, in solche Netzwerke integriert (Jost, 2013, S. 16-17). Eine gute Integration in unterschiedliche soziale und kommunale Netzwerke «unterstützt die Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit und senkt das Risiko externer gesundheitsschädigender Einflüsse.» (Hurrelmann & Richter, 2018)

Ebenfalls wichtige Einflussfaktoren stellen die Lebens- und Arbeitsbedingungen dar, wie die Wohnsituation, Bildung, Arbeitsumfeld, Einkommenssituation, Hygienestandards und der Zugang zu Gesundheitsleistungen (Jost, 2013, S. 17). Auch der Zugang zu unterschiedlichen

Beratungs- und Servicedienstleistungen, zu sozialen und kulturellen Netzwerken und zu Bildungs- und Partizipationsangeboten gehören zu dieser Ebene (Dellenback & Angst, 2011, S. 16).

Die äusserste Dimension der Einflussfaktoren auf die Gesundheit umfasst allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt, wie die Einkommenssituation und die Verteilungsgerechtigkeit, die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, Rechts- und Normengefüge, Umwelt und den Lebensstandard (Jost, 2013, S. 17).

Die oben dargestellte Abbildung der fünf unterschiedlichen Dimensionen von Gesundheit muss so verstanden werden, dass jede einzelne Dimension die Gesundheit direkt beeinflusst, aber auch indirekt dadurch, dass die übereinanderliegenden Schichten in einer Wechselbeziehung stehen (Hurrelmann & Richter, 2018).

### Empirische Belege

Dass bei Menschen aus sozial und ökonomisch benachteiligten Lebensumständen ein erhöhtes Risiko besteht, unter psychischen gesundheitlichen Belastungen zu leiden, ist empirisch mehrfach belegt. Im Monitoring von 2012 des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) zur psychischen Gesundheit in der Schweiz halten Schuler und Burla fest, dass «der Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und gesundheitlicher Ungleichheit (. . .) für den Bereich der psychischen Gesundheit unbestritten [ist].» (2012, S. 6) Dies beinhaltet nicht nur, dass der sozioökonomische Status die psychische Gesundheit beeinflusst, sondern auch umgekehrt, dass die psychische Gesundheit einen Einfluss auf die soziale Position nach sich zieht (Schuler & Burla, 2012, S. 6). Im *vierten Gesundheitsbericht* der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kanton Bern (GEF) von 2010 zeigt die Auswertung der gesammelten Daten auf, dass die Verbreitung von psychischen Problemen bei Menschen mit einem tiefen sozialen Status im Vergleich zu jenen mit einem hohen sozialen Status signifikant höher ist. So kommt die Studie unter anderem zu dem Ergebnis, dass 20,8% der Bevölkerung mit einem tiefen sozialen Status unter mittlerer bis hoher psychischer Belastung leidet; im Vergleich dazu leiden nur gerade 10,7% bei der Bevölkerungsgruppe mit einem hohen sozialen Status an einer hohen psychischen Belastung. Bei der Diagnose Depression stehen sich 5,5% der Bevölkerung mit tiefem sozialem Status einem Anteil von 4,3% bei jenem mit einem hohen sozialen Status gegenüber (S. 22). Auf die konkreten Auswirkungen einer Depression auf die psychische Gesundheit wird in Kapitel 6.1.3. *Beispiel Depression in der Lebensphase Alter* eingegangen.

Schuler und Burla stellten wesentliche Unterschiede der psychischen Gesundheit in Abhängigkeit zum jeweiligen Bildungsniveau fest. Sind es bei den Personen, welche die obligatorische Schule abgeschlossen haben, rund ein Viertel, welche an psychischen

Problemen leiden, sind es bei jenen mit einem Hochschulabschluss nur gerade 14% (2012, S. 77). Insgesamt würden Personen, welche die obligatorische Schule abgeschlossen haben, über weniger Optimismus verfügen und hätten seltener eine Vertrauensperson. Bei jener Personengruppe sind auch häufiger depressive Symptome zu erkennen als bei Personen mit einem höheren Bildungsniveau. Baer, Schuler, Füglistler-Dousse und Moureau-Gruet (2013) stellten in ihrer Studie fest, dass dieses Phänomen in der Altersgruppe über 65 Jahren am ausgeprägtesten sei (zitiert nach Spini, Pin le Corre & Klaas, 2016, S. 33).

In der Schweiz wurde nachgewiesen, dass das Risiko an einer Depression zu erkranken durch eingeschränkte Lebensbedingungen erhöht wird. Ein höheres Bildungsniveau, eine Vollzeitbeschäftigung sowie die Zugehörigkeit zur Gruppe der Deutsch oder Französischsprachigen wirkt als eine Art Puffer. Dieselbe Studie kam zu dem Ergebnis, dass die Wahrscheinlichkeit, eine depressive Erkrankung nicht zu behandeln, bei sogenannten working poors mehr als doppelt so hoch ist, wie bei nicht von Armut betroffenen Erwerbstätigen (Vetter, Endrass, Schweizer, Tseng, Rossler & Gallo, 2006, S. 228). Diese gesammelten Daten geben nur einen groben Überblick über die Auswirkungen des sozialen Status. Im Kapitel 6.2.3. *Sozio-ökonomische Faktoren* erfolgt eine detaillierte und systematische Betrachtung der unterschiedlichen Einflussfaktoren Bildung, Einkommen und Migration in Bezug auf die psychische Gesundheit.

Die Determinanten der Gesundheit sind verbunden mit dem bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodell und dem Verständnis von psychischer Gesundheit der WHO. Zwischen den Determinanten der Gesundheit und der Definition der WHO von psychischer Gesundheit kann ein direkter Bezug hergestellt werden. Die psychische Gesundheit ist demnach «ein Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann.» (WHO, 2019, S. 1) Die Definition nimmt so Bezug auf unterschiedliche Determinanten wie die individuelle Lebensweise, die sozialen und die kommunalen Netzwerke, die allgemeinen Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie den allgemeinen Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt und offenbart unterschiedliche Bezugspunkte zum Handlungsfeld der Sozialen Arbeit.

Das Wissen darum, dass die Gesundheit durch unterschiedliche Determinanten beeinflusst werden kann, legt dann auch den Grundstein für eine Gesundheitsförderung durch die Soziale Arbeit, welche durch die Bearbeitung der relevanten Gesundheitsdeterminanten die Gesundheit positiv zu beeinflussen vermag (Wyss, Schibli & Huber, 2010, S. 6). Was unter Gesundheitsförderung zu verstehen ist, worin die Unterschiede zum verbreiteten Präventionsbegriff liegen und welche Rolle der Sozialen Arbeit dabei zukommt, darauf wird im folgenden Kapitel näher eingegangen.

## 4. Förderung der psychischen Gesundheit

### 4.1. Prävention

Der traditionelle und weit verbreitete Ansatz, der das Ziel hat, das Auftreten von psychischen Krankheiten zu verhindern, ist die Prävention. Prävention umfasst «alle Eingriffshandlungen, die dem Vermeiden des Eintretens oder des Ausbreitens einer Krankheit dienen.» (Hurrelmann, Klotz & Haisch, 2014, S. 14) Eine weit verbreitete, grundlegende Differenzierung von Prävention geht auf Caplan und der United States Preventive Service Task Force zurück. Prävention lässt anhand einer zeitlichen Einteilung in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterscheiden. Die primäre Prävention umfasst Massnahmen vor dem Erstauftreten von Krankheiten oder von Symptomen, die Sekundärprävention dient der Krankheitsfrüherkennung und die Tertiärprävention erfolgt, wenn sich unerwünschte Zustände bereits manifestiert haben (Hurrelmann, Klotz & Haisch, 2014, S. 36-37). Für diese Thesis relevant ist die tertiäre Prävention, da es sich bei einer Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit, bereits um einen unerwünschten Zustand handelt. Tertiärprävention beinhaltet nach Caplan Massnahmen bei bereits vorhandenen Problemen, wodurch weitere Folgeprobleme verhindert werden sollen (zitiert nach Hafén, 2013, S. 106). Tertiärprävention bewegt sich damit nahe am Begriff der Behandlung und überschneidet sich zum Teil mit diesem (Hurrelmann, Klotz & Haisch, 2014, S. 37).

Diese Überschneidung, zeigt die Unklarheit des Konzeptes der Prävention auf. Das Problem dieses Konzeptes, speziell für den Bereich der psychischen Gesundheit ist, dass in einem ersten Schritt eine Bestimmung von «gesund» oder «krank» versucht wird, die bei weiterer Betrachtung nicht standhält. In einer differenzierten Betrachtungsweise (Tertiärprävention als Behandlung von Problemen, wenn doch noch keine Krankheit vorhanden ist) wird ersichtlich, dass eine klare Unterscheidung nur schwer zu leisten ist. Der Begriff der Prävention ist zwar im Alltagsgebrauch weit verbreitet, geht aber von einem dichotomen Konzept aus, denn nur in einem solchen kann klar zwischen «gesund» und «krank» unterschieden werden. Ausgehend von einem bipolaren Konzept von Gesundheit und Krankheit, ist eine Unterscheidung von «gesund» und «krank» nicht notwendig, da sich Problemlagen immer auf einem Kontinuum bewegen. Eingriffe der Sozialen Arbeit, geschehen in diesem Kontinuum.

Hafén, von der Hochschule für Soziale Arbeit Luzern, gebraucht die Termini Prävention und Behandlung, zeigt aber gleichzeitig das Kontinuum auf. Er vertritt die These, dass jede Prävention behandelnde Aspekte beinhaltet, sowie auch jede Behandlung präventiv operiert (S. 84). Dabei nimmt er Bezug auf Gallaway (1991) der den gleichen Gedanken spezifisch auf die Sozialarbeit bezogen formulierte: «All prevention activities are in fact interventions, and all interventions are designed to prevent some future distress.» (zitiert nach Hafén, 2013, S. 83)

Die hier erfolgte Einordnung und referierten Schwierigkeiten des Begriffes Prävention, gilt vor allem für den Bereich von psychischen Erkrankungen und der psychischen Gesundheit. Deutlich wird das mit einem spezifischen Präventionsmodell, das sich nur auf psychische Probleme bezieht. Mrazek und Haggerty haben von Präventionsgedanken ausgehend, ein differenziertes Interventionsspektrum für die Einwirkungen auf psychische Probleme hin entwickelt. Darin werden Handlungen der Prävention nochmals in drei Typen unterteilt und in Verbindung mit der Behandlung gesetzt.

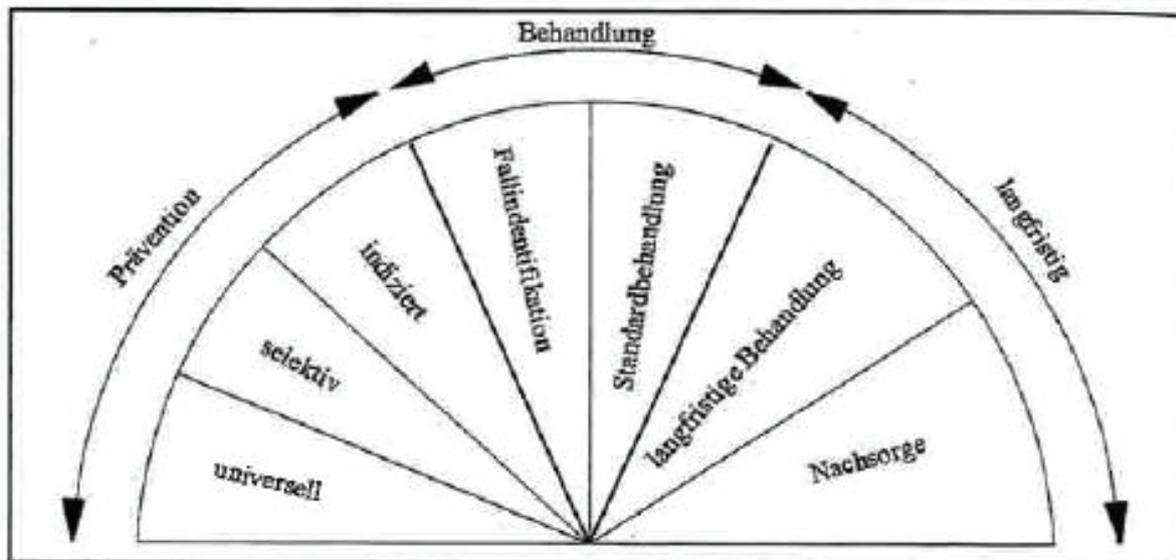


Abbildung 3. Interventionsspektrum für psychische Probleme von Mrazek und Haggerty. Zitiert nach Cuijpers, Pim, Bohlmeijer, Ernst, Riper, Helen & Smit, Filip, 2006, S. 344.

Als letzte der Prävention zugehörige Handlung ist die indizierte Prävention möglich. Bei dieser werden Individuen behandelt, die Symptome ausweisen, welche nicht den diagnostischen Kriterien einer psychischen Störung entsprechen, die jedoch auf eine Prädisposition einer psychiatrischen Erkrankung hinweisen. Das heisst, dass bei dieser Art von Prävention bereits Beschwerden auftreten, was bei den beiden vorgelagerten Präventionsformen, der universellen und der selektiven nicht zutrifft (zitiert nach Cuijpers et al., 2006, S. 343).

Der Ansatz von Mrazek und Haggerty zeigt noch einmal gut die Funktionsweise von psychischen Problematiken auf. Doch eine Unterscheidung zwischen einer indizierten Prävention und einer Behandlung ist inhaltlich nicht mehr vorhanden, da bei beiden die gleichen Tätigkeiten ausgeführt werden. Beide Ansätze bearbeiten Symptome von psychischen Störungen. Der einzige Unterschied liegt darin, dass bei einer Behandlung eine Diagnose «krank» vorhanden ist, bei der indizierten Prävention aber nicht. Diese Einteilung aufgrund (feiner) Unterschiede in «gesund» oder «krank» mithilfe von (psychiatrischen) Diagnosesystemen ist eine medizinische Art der Unterscheidung, welche für die Soziale Arbeit irrelevant ist. Ihr Ansatzpunkt sind Probleme der Lebensführung und dabei ist eine Unterscheidung in «gesund» und «krank» nicht hilfreich oder relevant. Die Problematiken

bestehen unabhängig davon, wie die einzelne Person definiert und eingeordnet wird. Mit diesen Überlegungen und Ansätzen wird offensichtlich, dass der Begriff der Prävention für die Soziale Arbeit nicht rezipiert werden kann.

## 4.2. Gesundheitsförderung

Eine neue Logik, welche für die Soziale Arbeit geeignet ist und sich auf das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit beruft, ist die Gesundheitsförderung.

In der Gesundheitsförderung steht die Förderung und Stärkung von Ressourcen im Zentrum. Hurrelmann, Klotz und Haisch sehen alle Eingriffshandlungen als Gesundheitsförderung an, «die der Stärkung von individuellen Fähigkeiten der Lebensbewältigung dienen.» (2014, S. 14) Es soll auf die Bedingungen der Lebensgestaltung – seien es die ökonomischen, kulturellen, sozialen oder hygienischen Verhältnisse – eingewirkt werden (S. 14). Im Unterschied zum Präventionsbegriff steht nach Gruber et al. bei der Gesundheitsförderung jedoch «nicht mehr der ‘der Kampf gegen’ sondern ‘die Förderung von’» im Zentrum des Bemühens (2014, S. 22). Anhand Prinzipien wie Empowerment, Partizipation und der Förderung von gesundheitlicher Chancengleichheit soll eine Verbesserung der Lage von Individuen und Gruppen erreicht werden (zitiert nach Gruber, et al., 2014, S. 24).

Die Idee von Gesundheitsförderung geht auf Ottawa-Charta der WHO zurück und beleuchtet einerseits die individuelle Ebene, wird aber auch als Aufgabe der Politik verstanden. Sie wurde 1986 von der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung verabschiedet:

Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen (WHO, 1986, S. 1).

Der Beschluss der Ottawa-Charta kann als Abkehr vom monokausalen Erklärungsansatzes des damals vorherrschenden bio-medizinischen Modells gesehen werden, hin zu einem Konzept des Gesundheitsverständnisses welches, wie bereits in der Gesundheitsdefinition der WHO von 1948, die multifaktoriellen Ursachen von Gesundheit und Krankheit betonte. Die WHO nimmt seit der Ottawa-Charta auch das Thema der sozio-ökonomischen Ungleichheit in den Blick, in dem sie den Abbau von gesundheitlichen Ungleichheiten fordert.

Auch die Zuständigkeit für das Thema Gesundheit verändert sich, anstelle ausschliesslich die Aufgabe von bestimmten Experten und Expertinnen zu sein, ist Gesundheit und Gesundheitsförderung ein Prozess, der in den konkreten Lebenszusammenhängen zu verorten ist. Damit ist sie eine Aufgabe des Gemeinwesens und aller Politikbereiche. Die Charta gilt als Startpunkt für viele Gesundheitsförderungsstrategien und Programme auf nationaler und internationaler Ebene (Altgeld & Koli, 2014, S. 48-49). In der Ottawa-Charta werden fünf Handlungsfelder für eine ganzheitliche Gesundheitsförderung genannt:

- eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik schaffen
- gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen
- die Gesundheitsdienste neu organisieren
- gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen
- persönliche Kompetenzen fördern.

(WHO, 1986, S. 3-6)

### **4.3. Gesundheitsförderung durch die Soziale Arbeit**

Da diese Thesis Möglichkeiten der Gesundheitsförderung durch die Soziale Arbeit im Rahmen von Sozialberatung in Gemeinschaftspraxen erforschen will, wird der Fokus auf das letzte von der Ottawa-Charta benannte Handlungsfeld, der Förderung von persönlichen Kompetenzen gelegt. In einer Beratungstätigkeit kann Entwicklung von persönlichen Kompetenzen unterstützt werden. Die WHO zählt beispielsweise neben der Vermittlung gesundheitsbezogenen Information auch weitere Faktoren wie die «Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fähigkeiten, Befähigung zum lebenslangen Lernen, um mit verschiedenen Lebensphasen, chronischen Erkrankungen und Behinderungen umgehen zu können.» (zitiert nach Homfeldt & Sting, 2006, S. 162)

In der Gesundheitsförderung haben die Schutz- und Risikofaktoren eine zentrale Bedeutung. Es sollen Belastungen gesenkt und Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten gefördert werden (Gruber et al., 2014, S. 25). Die unterschiedlichen Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit von Individuen lassen sich mittels konkreter Schutz- und Risikofaktoren beschreiben. Exemplarisch werden hier einige allgemeine Schutz- und Risikofaktoren der psychischen Gesundheit nach Lyssenko et al., 2011; Friedli et al., 2007; Jane-Lopis & Gabilondo, 2008; Seymour & Gale, 2004 aufgeführt, eine differenzierte Betrachtung wird im nächsten Kapitel am Beispiel der psychischen Gesundheit im Alter erfolgen.

### **Risikofaktoren der psychischen Gesundheit:**

- Negative emotionale Zustände und Persönlichkeitsmerkmale (negative Emotionen, geringes Selbstbewusstsein, Pessimismus, Stress, Einsamkeit)
- Mangelndes soziales Netzwerk (mangelnde Unterstützung, belastenden Beziehungen)  
Belastende Lebenssituation (kritische Lebensereignisse, tiefer sozio-ökonomischer Status, Rollenverlust, Migrationshintergrund)
- Erschwerende strukturelle Bedingungen (ungenügenden Infrastruktur, beschränkte Möglichkeiten für Aktivitäten, erschwerter Zugang zu Dienstleistungen, Diskriminierung)

### **Schutzfaktoren der psychischen Gesundheit:**

- Positive Persönlichkeitsmerkmale und Fähigkeiten (Optimismus, hoher Selbstwert, Bewältigungsstrategien, hohes Kohärenzgefühl, Kommunikations- und Konfliktbewältigungsstrategien)
- Lebenssituation (Vorhandensein von Bezugspersonen, soziale Aktivitäten, ökonomische Sicherheit, Ausübung von sinnvollen Aktivitäten)
- Zugangsmöglichkeiten (Zugang zu Unterstützungsleistungen, Beratungsstellen, Kursen, Bildungsangeboten)

(zitiert nach Dellenbach & Angst, 2011, S. 15-16).

Ein gelungenes Gleichgewicht von Schutz- und Risikofaktoren stellt in einer sozialwissenschaftlichen Sichtweise Gesundheit überhaupt erst her. Für Hurrelmann bezeichnet Gesundheit «das Stadium des Gleichgewichts, Krankheit (. . .) das Stadium des Ungleichgewichts von Risiko- und Schutzfaktoren auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene.» (zitiert nach Franzkowiak & Hurrelmann, 2018) Gesundheitsförderung will die Schutzfaktoren der Gesundheit stärken und die Risikofaktoren senken. Raphael et al. versteht die psychische Gesundheit als Basis und Hauptkomponente einer allgemeinen Gesundheitsförderung (zitiert nach Dellenbach & Angst, 2011, S. 9). Dellenbach und Angst sehen den Zweck von Gesundheitsförderung darin, dass dadurch die generelle Funktionalität einer Person erhöht wird. Nach ihrer Ansicht kann dadurch das Eintreten von psychischen Krankheiten wie beispielsweise einer Depression verhindert werden (S. 9).

Bei Gesundheitsförderung handelt es sich von ihrem Ursprung her um ein politisches Programm. Dass es sich dabei auch um ein Thema der Sozialen Arbeit handelt begründet Franzkowiak dadurch, dass es eine Schnittmenge der Merkmale von Gesundheitsförderung und der Sozialen Arbeit in Konzepten und Methodik, sowie gemeinsame Schlüsselbegriffe wie

Ressourcenorientierung oder Empowerment gibt. Bei beiden erfolgt der methodische Ansatz nicht fokussiert auf den Verlauf von spezifischen Krankheiten. Es wird nicht die Frage gestellt, welche (psychische) Krankheit zu diagnostizieren ist, sondern es werden Menschen in der Lebensbewältigung unterstützt, Ressourcen gestärkt und Belastung gesenkt in den Lebenswelten, in welcher die Determinanten von Gesundheit und Krankheit existieren. Für Franzkowiak ist dies der Kern präventiver sozialer Gesundheitsarbeit (2006, S. 27). Auch Steen gelangt in Bezug auf Prinzipien der Gesundheitsförderung der WHO zum Schluss, dass Gesundheitsförderung immer auch Soziale Arbeit ist (2005, S. 28).

Das Konzept der Gesundheitsförderung ist direkt anschlussfähig für die Soziale Arbeit, weil es eine Logik der genauen Definition, was «gesund» oder «krank» ist, verlässt. Es legt «gesund» und «krank» auch inhaltlich nicht fest, sondern bezieht sich auf die Beeinflussung der Faktoren, welchen Gesundheit zugrunde liegen. Auch die methodische Zielrichtung ist identisch, beide sind auf die Erschliessung von sozialen Ressourcen ausgerichtet, suchen die Entfaltung von individuellen Kompetenzen und die Erweiterung von Handlungsmöglichkeiten (Franzkowiak, Homfeldt & Mühlum, 2011, S. 230). Der Kern von Gesundheitsförderung ist die Einheit von Belastungssenkung und Ressourcenerhöhung. Diese ist auch von hoher Bedeutung für die lebensweltorientierte Soziale Arbeit (S. 231). Eine lebensweltorientierte Soziale Arbeit stellt eine grundlegende Strategie der Gesundheitsförderung dar (Franzkowiak, 2006, S. 71). Durch die Fokussierung auf die Lebenswelt, die alltäglichen Lebensweisen und auf potentielle Ressourcen der Lebensbewältigung, soll die Gesundheit erhalten werden (S. 72). Die Verschränkung von Gesundheitsförderung und Lebensweltorientierung erfolgt in der Praxis vor allem über eine Sozialraumanalyse und sozialräumliches Arbeiten in der Gemeinwesenarbeit. Es sollen bestimmte Zielgruppen in benachteiligten Gemeinwesen erreicht werden, wo wenige Schutzfaktoren, aber viele Risikofaktoren in der örtlichen Umgebung zu finden sind (Franzkowiak, 2006, S. 70-71). Franzkowiak, Homfeldt und Mühlum führen auch exemplarische Ansätze und Projekte einer Gesundheitsförderung in der Gemeinwesenarbeit auf, wie beispielsweise kultursensible gesundheitsfördernde Angebote für Migranten und Migrantinnen (2011, S. 232).

Der Fokus dieser Thesis, in welcher Soziale Arbeit im Setting einer interdisziplinären Gemeinschaftspraxis gedacht wird, nimmt Gemeinwesenarbeit nicht primär in den Blick. Den Ansatzpunkt bildet nicht das Gemeinwesen, sondern die einzelne Klientel, welchen im Rahmen von Beratungen begegnet wird. Ansätze einer Gesundheitsförderung auf einer individuellen Ebene werden im theoretischen Diskurs (noch) nicht gross rezipiert. Die Zielsetzung einer Beratung, welche auf die Förderung der Gesundheit ausgerichtet ist, könnte jedoch die Stärkung der Schutzfaktoren und Minimierung der Risikofaktoren beinhalten. Eine (potenzielle) individuelle Gefährdung der psychischen Gesundheit kann durch die

Gesundheitsförderung bearbeitet werden. Welche Zusammenhänge dabei relevant sind, wird im nachfolgenden Kapitel 4.4. *Vulnerabilität* erläutert.

Gesundheitsförderung im Gemeinwesen interveniert im Vorfeld von möglichen Problemlagen (Franzkowiak, Homfeldt & Mühlum, 2011, S. 231). Der Ansatz dieser Arbeit will das Spektrum von Gesundheitsförderung erweitern. Im Gegensatz zur klassischen Gemeinwesenarbeit, die rein präventiv auf das Gemeinwesen einwirkt, können gesundheitsfördernde Interventionen auch dann erfolgen, wenn individuelle (psychosozialen) Problematiken und sichtbar werden. Dadurch, dass bereits geringe Problemlagen vorhanden sind und sich eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit abzuzeichnen beginnt, entsteht ein Bedarf nach der Förderung derselben. Durch den niederschweligen Zugang einer freiwilligen Beratung in einem Setting der medizinischen Grundversorgung soll es ermöglicht werden, (soziale) Problematiken zu bearbeiten, bevor sie sich so manifestieren und chronifizieren, dass sie die Lebensführung massiv beeinträchtigen.

#### **4.4. Vulnerabilität**

Schutz- und Risikofaktoren der psychischen Gesundheit können mithilfe der Gesundheitsförderung bearbeitet werden. Es sind mehrere Faktoren bekannt, welche zu einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit beitragen. Aber lange nicht bei allen Personen, die von diesen Faktoren betroffen sind, tritt eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit ein, respektive erkranken an einer psychischen Krankheit. Neben den Belastungen, die einer Person ausgesetzt ist, sind immer auch Ressourcen vorhanden, welche zur Bewältigung der Belastung dienen können. Die Fähigkeit, zwischen den Ressourcen und den Belastungen ein Gleichgewicht zu finden, hängt von den individuellen Fähigkeiten einer Person ab. Ein umfassendes Modell von Schutz- und Risikofaktoren zur Herstellung von Gesundheit wurde von Becker (2006) mit dem systemischen Anforderungs-Ressourcen-Modell entwickelt:

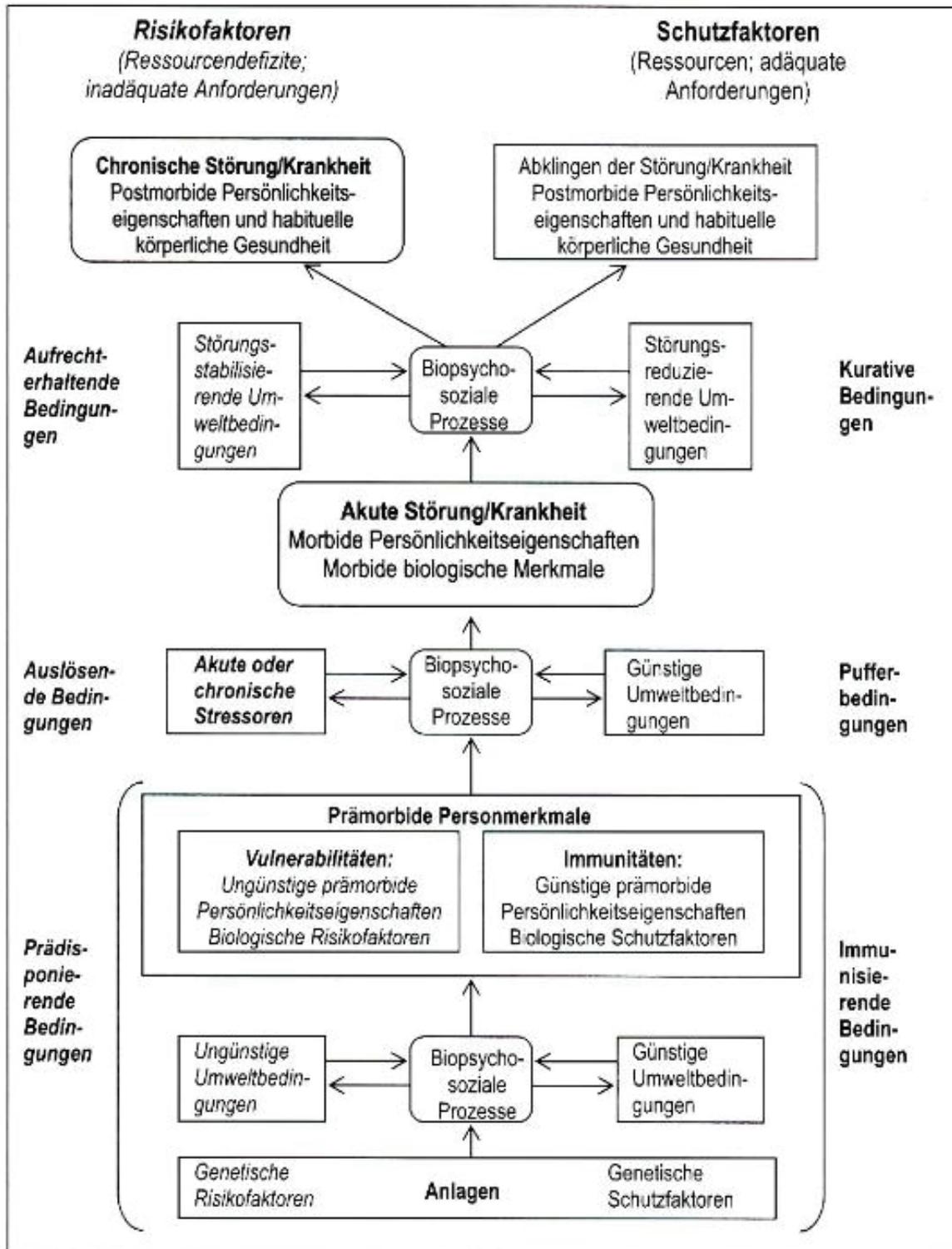


Abbildung 4. Systemisches Modell zur Entstehung von Störungen. Nach Becker, 2006, S. 174.

Dabei wird die Entstehung von gesundheitlichen Störungen anhand der gesamten äusseren wie inneren Umwelt einer Person mit ihren Möglichkeiten wie auch ihren Belastungen in einem Zusammenhang gesetzt. Das systemische Anforderungs- und Ressourcen Modell ist für die Gesundheitsförderung sehr gut rezipierbar, weil die Schutz- und Risikofaktoren einer allgemeinen Lebensführung miteinbezogen werden. Im Gegensatz zu rein psychologisch

orientierten Modellen, welche vor allem die individuellen Bewältigungsprozesse und innerpsychische Vorgänge in den Blick nehmen (bspw. das bekannte Stressmodell von Lazarus), versucht das systemische Modell nach Becker auch die realen Belastungen und Möglichkeiten aufgrund der Lebensbedingungen des Umfeldes zu erfassen (S. 179). Das Modell zeigt das Zusammenspiel zwischen den Lebensbedingungen und den Möglichkeiten der Bewältigung auf. Es bleibt aber die Tatsache, dass gewisse Umstände bei einigen Personen zu einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit führen, bei anderen aber nicht. Nach Jerusalem wird zur Erklärung dieses Umstands in den Gesundheitswissenschaften häufig auf das Konzept der Vulnerabilität respektive der Verletzlichkeit Bezug genommen (zitiert nach Richter, 2003, S. 113). Das Konzept bezieht sich auf individuelle, psychologische und gesellschaftsbezogene Aspekte (Staub-Bernasconi et al., 2013, S. 6).

Die UNO definiert den Begriff der Vulnerabilität wie folgt: «People (. . .) are vulnerable if there is loss or limitation of opportunities to take part in the normal life of the community on an equal level owing to physical or social barriers» (United Nations, 2003, S. 6) Die aktuelle Vulnerabilität im Lebenslauf ist durch biologische Faktoren, Persönlichkeitsfaktoren und Determinanten der sozialen Umwelt bestimmt (Richter, 2003, S. 113). Vulnerable Personen sind gegenüber externen (sozialen) Stressoren weniger belastbar als andere Menschen. Der gleiche externe Stressor bedeutet für einen vulnerablen Menschen eine grössere Belastung als für einen widerstandsfähigeren Menschen (S. 112). Die Entstehung einer vulnerablen Persönlichkeit als Erwachsener ist verbunden mit der Fähigkeit zur Stressverarbeitung, die vor allem in der Kindheit erworben wird. Im Gegensatz dazu kann in der Kindheit soziales Kapital im Sinne materieller und kognitiver Ressourcen erworben werden, welches positiv für die psychische Gesundheit genutzt werden kann (S. 114). Wenn keine oder nicht genügend Ressourcen vorhanden sind, wird die psychische Gesundheit beeinträchtigt und die Entwicklung einer psychischen Krankheit wird begünstigt. Wenn hingegen genügend interne und externe Ressourcen, vorhanden sind, ist eine Widerstandskraft (Resilienz) gegenüber der Entwicklung einer psychischen Krankheit da, trotz der Belastung (Dellenbach & Angst, 2011, S. 13).

Neben diesen psychologischen/individuellen Aspekten ist Vulnerabilität auch durch die gesellschaftliche Position bestimmt. Reichert führt aus, dass vulnerable Personen häufig von einem mangelnden oder eingeschränkten Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen betroffen sind. Es handelt sich dabei um einen fehlenden Einfluss auf die Kontrolle Ihrer Lebensumstände und die Möglichkeiten der individuellen Entwicklung, weil gesellschaftliche Macht fehlt (zitiert nach Staub-Bernasconi et al., 2013, S. 6-7). Dieser soziale/kulturelle Aspekt von Vulnerabilität bezieht sich auf die Zugehörigkeit zu einer Gruppe mit einem niedrigen sozialen Status. Gesellschaftliche Merkmale wie Alter, Geschlecht, Armut, Erwerbslosigkeit, Wohnort, etc., wie auch die gesellschaftliche Position, die man als Angehöriger dieser Gruppe

hat. Diese bedingen eine gemeinschaftliche Vulnerabilität; Wenn man zu dieser Gruppe gehört ist man vulnerabel, weil Möglichkeiten und Zugänge fehlen. Solche vulnerablen Gruppen und Personen, sind mehrheitlich Adressaten und Adressatinnen für die Soziale Arbeit (Staub-Bernasconi et al., 2013, S. 7).

Zusätzlich zu dieser individuell und gesellschaftlich bedingten Vulnerabilität ist das Individuum im Laufe des Lebens bestimmten Herausforderungen und kritischen Ereignissen ausgesetzt. In allen Lebensphasen ergeben sich spezifische Anforderungen die als Entwicklungsaufgabe bewältigt und gestaltet werden müssen (Kruse, 2014, S. 166). Beispielsweise muss im Alter eine Anpassung an die nachberufliche Lebensphase erfolgen (S. 171). Durch diese lebensphasenbezogenen Aufgaben erhöht sich die Vulnerabilität. Durch zunehmende Verluste physischer, psychischer und sozialer Natur entstehen im älteren Lebensalter vermehrt Stresssituationen. Bedeutsam sind dabei vor allem die kritischen Lebensereignisse, die im höheren Erwachsenenalter vermehrt auftreten und so die Vulnerabilität dieser Lebensphase für psychische Beeinträchtigungen erhöhen (Dellenbach & Angst, 2011, S. 13). Im Kapitel 6.2. *Risiko- und Schutzfaktoren der psychischen Gesundheit im Alter* dieser Theses werden spezifische Herausforderungen der Lebensphase Alter und ihre Bedeutsamkeit für die psychische Gesundheit detailliert aufgezeigt.

Bezogen auf die Idee der Vulnerabilität ist der grundlegende Mechanismus bedeutsam. Es gibt Lebensphasen, in denen sich kritische Lebensereignisse häufen (auch die Jugendzeit kann als so eine Phase betrachtet werden) und so die Vulnerabilität erhöhen. Diese betrifft alle Personen in dieser Lebensphase, ist aber für bereits vulnerable Persönlichkeiten und Angehörige von benachteiligten sozialen Gruppen schwieriger zu bewältigen und mit mehr Risiken verbunden als für andere.

Vulnerabilität kann also grundsätzlich durch drei verschiedene Ursachen bedingt sein: Die vulnerable Persönlichkeit aufgrund der persönlichen Coping- Möglichkeiten, die Vulnerabilität aufgrund der sozialen Lagen respektive der Zugehörigkeit zu einer benachteiligten sozialen Gruppe und die Vulnerabilität, die durch die Lebensphase entsteht. Ähnlich wie bei der Theorie der Intersektionalität ist die Verletzlichkeit umso höher, je mehr Arten der Vulnerabilität aufeinandertreffen. Beispielsweise hat eine ältere Reinigungsfachkraft albanischer Herkunft mit geringem sozio-ökonomischem Status (geringes Einkommen, tiefe Bildung, Zugehörigkeit zu einer marginalisierten Gruppe) und mit wenigen Fähigkeiten der Stressverarbeitung, eine höhere Vulnerabilität als eine gleichalterige Schweizerin, die an der Zürcher Goldküste wohnhaft ist. Bei der Frau mit albanischen Wurzeln ist in diesem Beispiel bei gleichen Stressoren (bspw. den Tod des Lebenspartners) von einer höheren Vulnerabilität auszugehen. Damit hat Sie ein grösseres Risiko, in Ihrer psychischen Gesundheit beeinträchtigt zu werden.

## 5. Handlungsfeld Gemeinschaftspraxis

In diesem Kapitel erfolgt die Beantwortung der ersten Teilfrage der Thesis, die sich mit der Tätigkeit in dem konkreten Handlungsfeld einer Gemeinschaftspraxis befasst. Wie im Kapitel 2.4. *Soziale Arbeit in der medizinischen Grundversorgung* bereits erwähnt wurde, wäre aus Sicht der Autorinnen die Einbettung der Sozialen Arbeit in die Grundversorgung ein anzustrebendes Ideal. In diesem Kapitel erfolgt ausgehend von einem übergeordneten Blick auf die bereits bestehenden Modelle und Erfahrungen der interdisziplinären Zusammenarbeit im Gesundheitswesen, eine Fokussierung auf die konkrete Vision einer interdisziplinären Gemeinschaftspraxis. Diese Praxis existiert in dieser Form noch nicht. Inspiriert von der Praxis Salutomed, wo in einer Hausarztpraxis Sozialarbeitende direkt eingebunden werden, erlauben wir es uns, eine Vision zu kreieren, wie es sein könnte. Ein Bestandteil der Vision ist eine medizinische Grundversorgung, in welcher das bio-psycho-soziale Modell gelebt wird. Weiterhin wird in dieser in der Behandlung ein selbstverständliches Augenmerk auf die psychische Gesundheit gelegt.

### 5.1. Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Um Sozialarbeitende in einer Gemeinschaftspraxis der medizinischen Grundversorgung implementieren zu können, muss die Frage nach der gelingenden Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Professionen geklärt werden. Die Soziale Arbeit hat im Gesundheitswesen im Allgemeinen einen schweren Stand. Je nach Setting ist sie mehr oder weniger präsent (vgl. 2.3. *Auftrag und Handlungsfelder der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen*). Sommerfeld et al. benennen als Problem, welches verschiedene Autoren (bspw. Carigiet, 2004; Crefeld, 2005; Homfeldt & Sting, 2006) wahrnehmen, dass die Soziale Arbeit im medizinischen Bereich von den anderen Professionen, wie der somatischen Medizin und Psychologie, nicht als gleichwertige Profession wahrgenommen werde (2016, S. 11). Verbunden mit dem Gedanken des bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodells halten Ortman und Schaub (2002) etwas plakativ eine Rangordnung der Zugänge im Gesundheitswesen fest: «Der biologische Zugang (kann als) der gesellschaftlich akzeptierte, der Psychologische der in Grenzen gewollte und der Soziale als der Vernachlässigte angesehen werden.» (zitiert nach Franzkowiak, 2006, S. 22)

Nach Sommerfeld et al. findet im Gesundheitswesen häufig keine echte interprofessionelle Kommunikation im Sinne eines Austausches zwischen gleichwertig anerkannten Professionen statt, da die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen nicht als gleichwertige Profession betrachtet wird (2016, S. 10). Soziale Arbeit wird von den anderen Professionen durchaus geschätzt, solange jene Aufgaben erfüllt werden, welche das medizinische Fachpersonal wünscht und bestimmt. In erster Linie handelt es sich dabei um administrative und vermittelnde Tätigkeiten,

wie beispielsweise den Auftrag, in einem bestimmten Fall für jemanden eine neue Wohnform zu suchen (S. 11). Im Kontrast dazu steht das Fachwissen, dass die psychische Gesundheit durch soziale Zusammenhänge und soziale Ursachen stark beeinflusst wird und über jene Komponenten auch beeinflussbar ist. Wenn Sozialarbeitende die Rolle und Zuständigkeiten, die sie aus Sicht der anderen Professionen haben, akzeptieren und sich selbst als Hilfspersonen der anderen Professionen definieren, kann das eigentliche Potential der Sozialen Arbeit nicht ausgeschöpft werden. Darum ist es notwendig, dass sich Sozialarbeitenden ihrer eigenen (sozialen) Expertise bewusst sind und diese in der Zusammenarbeit vertreten, damit eine qualitativ gute interprofessionelle Zusammenarbeit gelingt. Dabei ist für eine hohe Qualität der interprofessionellen Kooperation wichtig, «dass die Soziale Arbeit eigene für sie spezifische Aufgaben und Funktionsbereiche hat, die sie von anderen Professionen unterscheidet.» (Homfeldt & Sting, 2006, S. 206) Eine klare Aufteilung der Rollen, Aufgaben und Kompetenzen sind essenziell für das Zustandekommen einer gelingenden interprofessionellen Kooperation (Homfeldt & Sting, 2006, S. 206). Sozialarbeitende müssen sich ihrer eigenen Kompetenzen und Expertise bewusst sein und damit ihre Rollen und Aufgaben begründen können. In der Kommunikation mit anderen Professionen müssen Sie diese nachvollziehbar und überzeugend darlegen können. Damit dies möglich wird ist es jedoch auch notwendig, dass die anderen Professionen im Behandlungssetting bereit dazu sind, die Expertise der Sozialen Arbeit anzuerkennen und zu nutzen.

#### Verschiedene Modelle der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Praxis

Wie die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Gesundheitswesen in der Praxis gelingt, wurde in einer Studie für die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften aus medizinischer und vor allem soziologischer Sicht untersucht. Dabei wird von Atzeni, Schmitz und Berchthold (2017) festgehalten, dass sich in der Praxis verschiedene Modi der gelingenden Zusammenarbeit für verschiedene Professionen in unterschiedlichen Kontexten des Gesundheitssystems entwickelt haben (S. 5). Dabei verorten sie diese verschiedene Modi auf einem Kontinuum (S. 25). Auf der einen Seite steht dabei die koordinative Verdichtung, welche von einer ausgeprägten Dominanz der Medizin geprägt ist. In dieser greifen derer klar antrainierte Handlungsmuster ineinander, um krisenhafte Situationen (bspw. Reanimation im Schockraum) zu bewältigen. Auf der anderen Seite des Kontinuums ist die ko-kreative Verdichtung zu finden, bei welcher ein Mit- und Nebeneinander verschiedener Professionen stattfindet, die Deutungshoheit verteilt ist und keine Profession Dominanz beanspruchen kann (S. 45). Dieser Ansatz ist beispielweise bereits in der palliativen Pflege verbreitet (S. 27). Es geht in dieser Art der Zusammenarbeit um eine schöpferische Arbeit, die gemeinsam von verschiedenen Professionen geleistet wird und die sich am individuellen Leben von Patienten und Patientinnen orientiert (S. 28). Zwischen diesen beiden Formen steht die projekthafte

Verdichtung, in der nicht krisenhafte Situationen in Zentrum stehen, sondern Settings, in welchen sich (medizinische) Problemlagen wiederholen (S. 45). Dabei behält eine Profession die Führung, zieht aber je nach Bedarf (beim Erreichen ihrer Fachgrenze) andere Experten hinzu (S. 48). Atzeni, Schmitz und Berchthold verorten die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Grundversorgung in der projekthaften Verdichtung.



Abbildung 5. Grundversorgung im Kontinuum der Interprofessionellen Zusammenarbeit. Nach Atzeni, Schmitz & Berchthold, 2017, S. 42.

Im weit verbreiteten Hausarzt- und HMO-Krankenversicherungsmodell nimmt der Hausarzt oder die Hausärztin eine Triagefunktion ein. Bei Beschwerden melden sich Patienten und Patientinnen bei ihrem Hausarzt oder ihrer Hausärztin, der respektive die eine allgemeine Untersuchung vornimmt und durch Verordnungen und Überweisungen je nach Situation weitere Fachkräfte vermittelt. Der Hausarzt oder die Hausärztin und weitere Akteure der Grundversorgung sind dabei räumlich häufig nicht am gleichen Ort. Jeder arbeitet in seiner eigenen Praxis und muss den Kontakt zu anderen Berufsgruppen, die in einem Fall involviert sind, aktiv herstellen. Dies unterscheidet den Kontext der Grundversorgung von anderen medizinischen Kontexten und es entstehen weniger situative Zwänge der Zusammenarbeit als andernorts (S. 42). Die Voraussetzungen für die interprofessionelle Zusammenarbeit sind weniger selbstverständlich gegeben. Sie ist im Alltag eine Möglichkeit, aber nicht zwingend eine Notwendigkeit.

Wenn interprofessionelle Zusammenarbeit gelingt, handelt es sich in Anlehnung an Luhmann «um Inseln verdichteter Kommunikation in einem Meer von geringer Dichte.» (zitiert nach Atzeni, Schmitz und Berchthold, 2017, S. 42) Darum wird in der Studie die interprofessionelle Zusammenarbeit in diesem Bereich eher als etwas Fragiles gesehen, das gegen Widerstände immer wieder hergestellt und gepflegt werden muss (S. 42). In der momentanen Realität der Grundversorgung gibt es noch wenige integrative Anbieter, die alle Dienstleister unter einem Dach vereinen. Es gibt netzwerkartige Strukturen von verschiedenen Institutionen (S. 42). Beispielsweise arbeitet ein Hausarzt oder eine Hausärztin mithilfe von Zuweisungen und Empfehlungen regelmässig mit bestimmten Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen, Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, Angestellten der Spitex und sozialen Diensten

zusammen, aber der direkte Kontakt muss aktiv und bewusst hergestellt werden. Durch eine solche Organisationsform sind strukturelle Barrieren vorhanden, welche die interdisziplinäre Zusammenarbeit erschweren (S. 42).

## **5.2. Vision einer Sozialen Arbeit in der interdisziplinären Gemeinschaftspraxis**

Wie die referierten Ausführungen des aktuellen Standes zeigen, ist momentan das Modell der isolierten Behandlung die Regel und die Zusammenarbeit über die eigene Organisation hinaus, also beispielsweise zwischen einer Hausarztpraxis und einem Sozialdienst, bringt einige Schwierigkeiten mit sich. Eine bessere interdisziplinäre Zusammenarbeit und Umsetzung des bio-psycho-sozialen Ansatzes würde sich in einer interdisziplinären Gemeinschaftspraxis, wo alle Akteure unter einem Dach sind, verwirklichen lassen. Innerhalb der visionären Gemeinschaftspraxis, wie sich jene die Autorinnen vorstellen, arbeiten neben Hausärzten respektive Hausärztinnen und medizinischen Praxisassistenten respektive Praxisassistentinnen, auch Fachpersonen aus den Bereichen der Psychologie, Psychiatrie, Physiotherapie, Ergotherapie und der Sozialen Arbeit. Durch die Ergänzung der unterschiedlichen Fachkräfte unter einem Dach, wird eine bessere Art der integrierten Behandlung möglich.

Atzeni, Schmitz und Berchthold zeigten anhand eines Interviewbeispiels mit einem Physiotherapeuten, welcher innerhalb einer Gemeinschaftspraxis arbeitet, auf welcher grosse Gewinn für die Behandlung von Patienten und Patientinnen durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit geschaffen werden kann. Dadurch, dass sich alle beteiligten Berufsgruppen in einem konkreten Fall gemeinsam mit den Angehörigen zu einem runden Tisch zusammenfinden können, kann anstelle nur eines einzelnen Ausschnitts aus der Lebensrealität ein ganzheitlicheres Bild einer Person, deren Problematik(en) und Bedürfnisse entstehen. So wird eine ganzheitliche Behandlung anhand des Lebensplanes einer Person anstelle der Behandlung ausschliesslich von Symptomen wahrscheinlicher (2017, S. 43). In der Situation, in welcher alle gleichberechtigt miteinander an einem Tisch sitzen und eine Behandlungsplanung koordiniert und gemeinschaftlich erfolgt, ist eine gleichberechtigtere Stufe der interdisziplinären Zusammenarbeit erreicht. Es wird eine ko-kreative Verdichtung möglich (S. 43), in welcher alle Professionen auf gleicher Höhe zusammenarbeiten und alle Deutungsmuster gleich viel gelten (S. 45). Diese Gleichwertigkeit ist eine zwingende Voraussetzung für eine Art der interdisziplinären Zusammenarbeit, welche die Expertise aller Professionen, inklusiver der Sozialen Arbeit, gewinnbringend nutzen will.

### Tätigkeitsfeld von Sozialarbeitenden in Gemeinschaftspraxen

Um der Fragestellung nachgehen zu können, welche Rolle Sozialarbeitende in Gemeinschaftsarztpraxen im Bereich der Förderung der psychischen Gesundheit älterer

Menschen einnehmen können, wird eine konkretere Vorstellung davon benötigt, welches die Aufgabengebiete der Sozialen Arbeit in diesem Kontext sein könnten. Aufgrund von mangelnden Erfahrungswerten der Sozialen Arbeit in diesem Kontext und obwohl sich die Autorinnen stark an der Pionierpraxis Salutomed in Zollikofen orientieren, muss die Beschreibung eher als Vision verstanden werden und nicht als exakte Beschreibung der Abläufe innerhalb des Handlungsfeldes:

Die Aufgaben der Sozialarbeitenden in der Gemeinschaftspraxis sind vielfältig und sind in der Regel als Ergänzung zur medizinischen oder psychologischen Behandlung eines Patienten oder einer Patientin zu sehen. In einer patientenfokussierten Versorgung leisten die Sozialarbeitenden psychosoziale Beratungen, lebenspraktische Unterstützung, tragieren bei Bedarf an spezialisierte Beratungs- oder Unterstützungsangebote, Netzwerkarbeit und sie können bei Bedarf auch das Case Management übernehmen. Ihre Arbeit wird nicht als etwas von aussen Eindringendes erlebt, sondern ist für die Patienten und Patientinnen ein normaler Teil der Behandlung. Ihre Erfahrung mit der Sozialberatung in der Praxis Salutomed in Zollikofen schildert eine Patientin folgendermassen: «Da hatte ich nicht das Gefühl, ich bin dem ausgeliefert, sondern, das gehört zur Behandlung und da schaut man mal. 'In einer Einzelpraxis hingegen (. . .) ist für mich der grosse Unterschied, dass die Überzeugungsarbeit grösser sein muss (. . .). Dass der Arzt sich mehr engagieren muss, bis ich einen Schritt auf eine andere Person [einen externen Sozialarbeitenden a.d.R.] zu mache'.» (Grieb, Rüegg & Gehrlach, 2019, S. 26)

### **5.3. Möglichkeiten für die gelingende Zusammenarbeit**

Auf der Grundlage des zusammengetragenen Wissens über interprofessionelle Zusammenarbeit und der Vision der Sozialen Arbeit in Gemeinschaftspraxen wird an dieser Stelle die erste Teilfrage dieser Thesis beantwortet. Es wird beschrieben, wie die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen medizinischem Fachpersonal und Sozialarbeitende in einer Gemeinschaftspraxis gestaltet werden sollte, damit soziale Problemlagen, welche einen Einfluss auf die psychische Gesundheit haben können, erkannt werden können. Zudem werden Möglichkeiten aufgezeigt, wie der Informationsfluss innerhalb der Gemeinschaftspraxis gestaltet werden könnte.

#### **5.3.1. Rollen und Kompetenzen**

Damit eine Zusammenarbeit in einer Gemeinschaftspraxis gelingt, ist die klare Definition der Rollen und Kompetenzen zwingend notwendig. Die anderen Akteure müssen wissen, was die Soziale Arbeit innerhalb der Praxis leisten kann und welche sozialen Probleme von Patienten und Patientinnen dort bearbeitet werden könnten. Die Expertise und das Wissen um die Zuständigkeiten, Möglichkeiten und Grenzen muss klar vorhanden sein.

Damit sich die Soziale Arbeit als Profession innerhalb von Gemeinschaftspraxen erfolgreich etablieren kann und das bio-psycho-sozialen Faktoren wahrgenommen und berücksichtigt werden, ist es notwendig, dass regelmässige Besprechungen, Supervisionen und Fallbesprechungen stattfinden. Solche Gefässe dienen nicht nur einer multiperspektivischen patientenfokussierten Behandlungsausrichtung, sondern sind auch notwendig, damit Chancen und Grenzen der einzelnen Disziplinen diskutiert werden können.

### **5.3.2. Sensibilisierung aller Berufsgruppen**

Die Thematisierung der psychischen Gesundheit muss in der Vision einer interdisziplinären Gemeinschaftspraxis mit allen beteiligten Fachpersonen der unterschiedlichen Bereiche erfolgen. Es muss die gemeinsame Grundhaltung erarbeitet werden, dass Gesundheit nicht nur durch biologische Faktoren, sondern eben auch durch psychologische und soziale Faktoren beeinflusst wird. Wissen über die Dynamiken von psychosoziale Problemlagen muss an das medizinische Fachpersonal weitergegeben werden. Die Soziale Arbeit soll auf mögliche Probleme der Lebensführung bei Patienten und Patientinnen aus Sicht der Sozialen Arbeit aufmerksam machen und ihre Handlungsmöglichkeiten aufzeigen.

Im Kapitel 6.2. *Schutz- und Risikofaktoren der psychischen Gesundheit im Alter* erarbeiteten die Autorinnen eine eigene Darstellung der spezifischen Schutz- und Risikofaktoren der psychischen Gesundheit im Alter. Diese könnte als Grundlage dienen, um Mitarbeitenden im Gemeinschaftspraxen das wissenschaftliche Wissen über die Faktoren der psychischen Gesundheit zu erläutern.

### **5.3.3. Sammlung von Informationen**

Von grosser Wichtigkeit für das Erkennen von sozialen Problemlagen, welche die psychische Gesundheit beeinträchtigen können, ist das Zusammentragen von Informationen. Alle Beteiligten in einer Gemeinschaftspraxis erhalten durch die alltägliche Arbeit Informationen über die soziale Lage eines Patienten. Ohne eine Sensibilisierung werden diese aber vermutlich nicht als relevante Informationen erkannt oder nicht erfragt. Nach einer Sensibilisierung wären die Mitarbeitenden in der Lage diese zu erkennen, aber damit sie im Alltag nicht verloren gehen, ist eine Form notwendig, um soziale Informationen zu sammeln. Dafür müsste ein Instrument entwickelt werden (bspw. in Form eines Fragebogens) um Beobachtungen bezüglich der individuellen Schutz- und Risikofaktoren von Patienten und Patientinnen festzuhalten. Auch für dieses Instrument, könnte die Darstellung mit den erarbeiteten Schutz- und Risikofaktoren der psychischen Gesundheit im Alter als Inspiration und Grundlage dienen.

Beispielsweise könnte die Information, dass jemand ein tiefes Einkommen hat, durch die Thematik der Sturzprävention sichtbar werden. Dabei wird häufig ein Notfallknopf für das Handgelenk empfohlen; wenn dies von dem Klienten oder der Klientin abgelehnt wird, könnten

finanzielle Gründe die Ursache sein. Bei einer vorhandenen Vertrauensbeziehung (welche aufgrund der langjährigen Beziehungen in der Praxis der Grundversorgung bestehen kann) könnte diese Problematik angesprochen werden und das gewonnen Wissen anschliessend festgehalten werden. Eine solche Sensibilisierung und Einbezug bezüglich sozialer Themen müsste zwingend das ganze Team erfassen, vor allem auch das administrative Personal. Denn diese haben gehäuft Alltagskontakte mit den Patienten und Patientinnen, bspw. durch den Ablauf der Anmeldung, Gespräche im Wartezimmer, etc. Relevante Informationen zur sozialen Lage müssten vom ganzen Team festgehalten und weitergegeben werden. Der Ablauf, wie solche Informationen festhalten werden (bspw. in der Patientenakte) und wie sie weitergegeben werden (bspw. in Teamsitzungen oder durch das regelmässige Aktenstudium) müsste klar strukturiert und festhalten sein. In Gesprächen zwischen «Tür und Angel» ist das Risiko zu gross, dass die Informationen nicht oder nur unvollständig fließen.

Ein einfacher Fragebogen für die Professionellen, in welchem nach den relevanten Informationen der Schutz- und Risikofaktoren der psychischen Gesundheit gefragt wird, wäre da eine Hilfestellung zur Sammlung dieser Informationen. Die Idee ist nicht, dass die Faktoren auf diesem Bogen direkt mithilfe eines Formulars bei den Patienten erfragt werden. Psychische Gesundheit ist analog zu psychischen Krankheiten ein schamhaftes Thema, zu welchen in der Bevölkerung noch vielfältige Stigmata vorhanden sind (Amstad, Bürli, Schmucki & Schibli, 2015, S. 37). Entsprechend wichtig sind geschulte Professionelle, welche die Informationen aus dem alltäglichen Interagieren mit den Patienten sensibel wahrnehmen und bezüglich der psychischen Gesundheit einordnen können.

Auch Akteure ausserhalb der Gemeinschaftspraxis, die aber für die Lebenswelt von älteren Patienten und Patientinnen wichtig sind, müssten miteinbezogen werden. Wenn Patienten oder Patientinnen aufgrund von körperlichen Erkrankungen und/oder altersbedingten Abbauprozessen auf eine körperliche Pflege zuhause angewiesen sind, kann der Hausarzt oder die Hausärztin Pflegeleistungen der Spitex verordnen. Die Angestellten der Spitex, welche diese körperliche Pflege leisten, haben keine spezifische psychiatrische oder soziale Ausbildung. Sie erhalten aber einen direkten Einblick in den Alltag und die Wohnsituationen der Patienten und Patientinnen. Dadurch erhalten Sie eine Vielzahl von Informationen, die (auch) soziale Problemlagen betreffen, die sie aber nicht unbedingt als solche identifizieren. Durch eine Sensibilisierung über die psychische Gesundheit und deren Einflussfaktoren, könnten auch Spitexmitarbeitende lernen, diese Informationen in Bezug auf die psychische Gesundheit einzuordnen. Um ein Gesamtbild einer Person und Ihrer Lebenslage zu erhalten, müsste dann sichergestellt das die Informationen von der Spitex in die Gemeinschaftspraxis fließen.

Um die Praxistauglichkeit eines solchen Instrumentes zu gewährleisten, müsste bereits in der Entwicklung die Perspektiven von anderen Professionen miteinbezogen werden. Ein weiteres Instrument für einen gemeinsamen Austausch um alle Information zusammen zu betrachten, könnte ein regelmässiger „runder“ Tisch sein, an welchem sich alle beteiligten professionellen Akteure (Hausärzte und Hausärztinnen, Spitexmitarbeitende, Sozialarbeitende, etc.), Patienten und Patientinnen, sowie die Angehörigen sich über den Stand und ein mögliches weiteres Vorgehen austauschen.

#### **5.3.4. Triage an die Soziale Arbeit**

In der Praxis Salutomed definiert der Zeitpunkt, wann die Soziale Arbeit hinzuziehen ist, der Hausarzt oder die Hausärztin. Die Überweisung an die Sozialarbeitenden als freiwilliges Angebot wird durch das medizinische Fachpersonal vorgenommen und ist von deren Initiative abhängig. Denn die «Überweisung zum Sozialarbeiter läuft nach gewohnter hausärztlicher Manier: Mit der Einwilligung der Patientin oder des Patienten wird ein Überweisungsformular ausgefüllt, das den Sozialarbeiter über Problemlage, Fragestellung und Dringlichkeit informiert.» (Grieb, Rüegg & Gehrlach, 2019, S. 26)

Theoretisch würden Atzeni, Schmitz und Berchthold diese Art der Zusammenarbeit wohl bei der projekthaften Verdichtung einordnen: Der Hausarzt oder die Hausärztin entscheidet, wann die Grenzen seiner Expertise erreicht sind und zieht einen anderen Experten, in diesem Fall Sozialarbeitende, bei. Die Deutungshoheit darüber, was ein soziales Problem ist, liegt bei dieser Form der Zusammenarbeit beim Arzt oder der Ärztin, was aus Sicht der Sozialen Arbeit problematisch ist. Weitere (soziale) Informationen, die andere Berufsgruppen sammeln, die nicht bis zum Arzt gelangen, gehen auf diese Art und Weise verloren. Es handelt sich dabei nicht um ein Modell einer ko-kreativen Verdichtung, bei welchem alle wirklich gleichberechtigt zusammenarbeiten und welches den Autorinnen als Ideal, für die visionäre Gemeinschaftspraxis vorschwebt. Die Form der Zusammenarbeit zwischen dem medizinischen Fachpersonal und den Sozialarbeitenden, wie es in der Modellpraxis Salutomed gehandhabt wird, ist also für die Vision der Autorinnen eher ungeeignet. Wie genau aber die Abläufe gestaltet sein müssten, damit das bio-psycho-soziale Modell berücksichtigt wäre und eine gleichberechtigtere Deutung von allen Professionen von Anfang an geschehen würde, bleibt im Rahmen dieser Arbeit unklar. Solche neuen Modelle müssen in realen Situationen in der Praxis erarbeitet werden.

## **6. Psychische Gesundheit im Alter**

### **6.1. Lebensphase Alter**

Im vorherigen Kapitel wurden im Zusammenhang mit dem Begriff der Gesundheitsförderung allgemeine Schutz- und Risikofaktoren aufgeführt, welche einen Einfluss auf die psychische Gesundheit des Individuums haben können. In einem nächsten Schritt werden Schutz- und Risikofaktoren für eine bestimmte Gruppe, die der älteren Menschen, präzisiert. Bevor dieser Schritt jedoch vollzogen werden kann, muss geklärt werden, wer alles in diese Gruppe gehört und welche Überlegungen dazu führten, dass eine Fokussierung auf diese grundsätzlich heterogene Gruppe erfolgte.

#### **6.1.1. Eingrenzung Lebensphase Alter**

Eine eindeutige Definition der Lebensphase Alter kann nicht vorgenommen werden. So sprechen Kühnert und Ignatzi von unterschiedlichen Dimensionen des Alterns, die auf unterschiedliche Aspekte Bezug nehmen. Sie beziehen sich auf sechs unterschiedlichen Dimensionen des Alterns: dem kalendarischen, biologischen, psychischen, sozialen, historisch und kulturell bedingten Altern. Erst die Verknüpfung dieser unterschiedlichen Dimensionen würde ein differenziertes Bild von Alter entstehen lassen. Alter kennzeichnet sich somit nicht nur durch die Anzahl Lebensjahre aus, sondern hängt auch von organischen und funktionellen Abbauprozessen im Körper ab, welche mit fortschreitendem Alter zunehmen, jedoch nicht direkt an das Lebensalter gekoppelt sind (biologisches Alter). Alter wird auch durch soziale Normen bestimmt, durch Rollenerwartungen sowie Rechte und Pflichten wie beispielsweise der Renteneintritt, welche durch die jeweilige Gesellschaft an das kalendarische Alter gekoppelt werden (soziales Alter). Das subjektiv empfundene Alter (psychisches Alter) schliesslich steht in einem engen Zusammenhang mit Altersbilder, dem Stellenwert älterer Menschen und deren Entwicklungsmöglichkeiten innerhalb einer Gesellschaft (2019, S. 41-42).

Es wird deutlich, dass Alter keine eindeutig abgrenzbare Lebensphase darstellt. Die Alterspopulation ist enorm pluralisiert. Durch die reflexive Moderne wurde das Alter entstandardisiert. Dadurch ist das kalendarische Alter alleine kein guter Indikator für die tatsächliche Lebenssituation eines älteren Menschen. Die Bedürfnisse, Erfahrungen und Ressourcen sind sehr unterschiedlich, diese können nicht verallgemeinernd für alle älteren Menschen zusammengefasst werden (Schweppe, 2010, S. 505; Schwab, 2019, S. 17). Aner und Karl (2010) lehnen beispielsweise sowohl das kalendarische Altern als auch das mögliche Merkmal des Erreichens des Ruhestands als mögliche Abgrenzungskriterien dieser Lebensphase ab (S. 10). Trotz der heterogenen Lebenslagen im Alter und der nicht eindeutigen Eingrenzbarkeit dieser Lebensphase setzten sie sich jedoch dafür ein, dass es sich bei Alter um ein spezifisches Thema für die Soziale Arbeit handeln würde. Sie begründen

dies dadurch, dass der «Übergang in die Lebensphase Alter und des Alterns mit besonderen Aufgaben einhergehen, die sich von denen anderer Lebensphasen unterscheiden.» (2010, S. 10) Kühnert und Ignatzi ergänzen, dass im höheren Alter auch eine klare Tendenz zu erkennen sei, dass «Entwicklungsgewinne ab und Entwicklungsverluste» zunehmen würden (2019, S. 40).

Trotz nachvollziehbaren Einwänden Alter nur anhand des kalendarischen Alters zu definieren, wird in dieser Arbeit das Alter als Lebensphase bezeichnet, welche mit dem 65. Lebensjahr erreicht wird. Für die Bearbeitung der Fragestellung war es notwendig, die Lebensphase Alter klar von anderen Lebensphasen abgrenzen zu können. Die Orientierung am kalendarischen Alter bietet dabei den einzigen stabilen und klar definierten Bezugsrahmen (Pohlmann, 2011, S. 112). Von Alter ab dem 65. Lebensjahr zu sprechen, ist weit verbreitet und wird auch in diversen genutzten Bezugsquellen so definiert (vgl. Boss, 2016; Diebold & Widmer, 2019; Schuler & Burla, 2012; Frischknecht & Hornung, 2012). Für vorliegende Bachelorthesis macht es zudem auch Sinn, die Lebensphase Alter ab diesem Zeitpunkt zu definieren, weil es sich dabei um den Zeitpunkt der Pensionierung in der Schweiz – bei den Frauen ein Jahr früher – handelt und damit verbunden eine Reihe neuer Herausforderungen auf die Betroffenen die Bevölkerungsgruppe zukommen, welche das 65. Lebensjahr erreicht hat.

### **6.1.2. Psychische Gesundheit in der Lebensphase Alter**

Der Entscheid, den Fokus auf die Lebensphase Alter zu legen, fiel zum einen aufgrund der Tatsache des demografischen Wandels in der Schweizer Bevölkerung. Dieser Wandel führt dazu, dass in den kommenden Jahrzehnten ein rasantes Wachstum der Bevölkerungsgruppe mit Menschen ab 65 Jahren zu verzeichnen sein wird. Die Ursachen dafür liegen in den geburtenstarken Jahrgängen zwischen den 1950er und 70er Jahren, ein anschliessender signifikanter Rückgang der Geburtenrate in den folgenden Jahrzehnten und eine fortlaufende Erhöhung der Lebenserwartung (Bundesamt für Statistik [BFS], 2015, S. 10-11). Durch den Zuwachs der Bevölkerungsgruppe, welche sich in der Lebensphase Alter befindet, ergeben sich neue Herausforderungen für die Gesellschaft als Ganzes und somit auch für die Soziale Arbeit, welche für die Arbeit mit Menschen in dieser Lebensphase zunehmend mehr Ressourcen einsetzen müssen. Eine weitere Begründung für den gewählten Fokus auf Menschen im Alter ist in Bezug auf die psychische Gesundheit und der damit verbundenen Fähigkeit, die alltäglichen Lebensbelastungen meistern zu können, zu finden. Im Allgemeinen ist von einer erhöhten Vulnerabilität für psychische Belastungen im Alter auszugehen, bedingt durch einige Einflussfaktoren, welche mit erhöhter Wahrscheinlichkeit im Alter auftreten (Dellenbach & Angst, 2012, S. 13). Eine Übersicht solcher für die Lebensphase Alter charakteristischen Risikofaktoren erfolgt im Kapitel 6.2. *Risiko – und Schutzfaktoren der psychischen Gesundheit im Alter.*

Nach Moreau-Gruet nimmt die allgemeine Lebenszufriedenheit im Alter zu. Ganze drei Viertel der über 65-jährigen Menschen bezeichnen sich als zufrieden mit ihren Leben (zitiert nach Boss, 2016, S. 108). Dies erstaunt, da es im Alter vermehrt zu Ereignissen kommt, die psychische Belastungen darstellen können. Die psychische Gesundheit kann jedoch von einer Mehrheit der älteren Menschen aufrechterhalten werden (Boss, 2017, S. 107-108). Nach Benz, Gut, Hock, Minder, Noser und Radman sowie Schuler und Meyer ist die Bevölkerungsgruppe der Menschen ab 65 Jahren etwa gleich häufig von psychischen Erkrankungen betroffen wie jüngere Menschen (zitiert nach Boss, 2016, S. 108). Mit steigendem Alter, dem Schwinden der physischen und kognitiven Fähigkeiten sowie verminderter sozialer Vernetzung, steige jedoch nach Ugolini und Angst, die Vulnerabilität für psychische Erkrankungen aufgrund der Lebensumstände (zitiert nach Boss, 2016, S. 108). Boss, Autorin des Beitrags zum Alter im *Bericht zur Psychischen Gesundheit über die Lebensspanne im Auftrag der Gesundheitsförderung Schweiz*, geht auch davon aus, dass psychische Erkrankungen im Alter häufig nicht als solche erkannt und dementsprechend nicht behandelt werden würden (S. 108).

### **6.1.3. Beispiel Depression in der Lebensphase Alter**

Anhand des Beispiels der Depression wird mittels eines konkreten Störungsbildes der Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und psychischer Krankheit aufgezeigt. Damit wird die im Alter wachsende Vulnerabilität für psychische Erkrankungen verdeutlicht und mit dem Thema dieser Thesis, der psychischen Gesundheit verbunden. Das Krankheitsbild der Depression eignet sich besonders als Beispiel, da nach Stoppe Depressionen neben Angststörungen und Delir zu den häufigsten Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit ab 65 Jahren zu zählen sind (zitiert nach Boss, 2016, S. 108). So geht aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (2007) des BFS hervor, dass Symptome einer leichten Depression bei Menschen in der Lebensphase Alter im Vergleich zu jüngeren Lebensphasen häufiger auftreten, wie in der folgenden Abbildung ersichtlich wird:

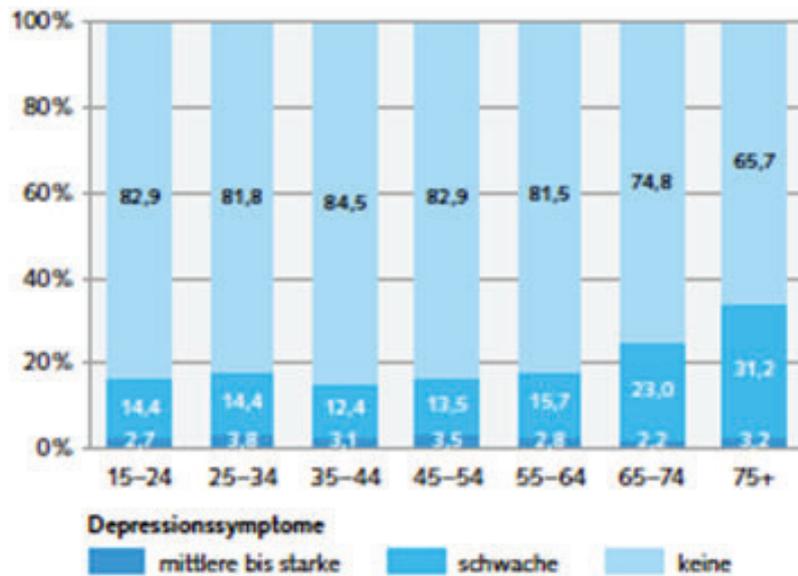


Abbildung 6. Depressionssymptome nach Altersklassen. Nach Baer, Schuler Füglistler-Dousse & Moreau-Gruet, 2013, S. 53.

Diese Häufigkeitsverteilung über die unterschiedlichen Lebensphasen hat sich in der Gesundheitsbefragung von 2012 und 2017 bestätigt, zudem wurde über alle Altersgruppen hinweg ein Anstieg der Häufigkeit von Depressionssymptomen festgestellt (Diebold & Widmer, 2019, S. 6). Analog zu Boss merken auch Baer, Schuler, Füglistler-Dousse und Moureau-Gruet an, dass Symptome einer leichten Depression im fortgeschrittenen Alter vom Umfeld meistens gar nicht als solche wahrgenommen würden (2013, S. 33). Charney et al. führen dazu aus, dass dieses «Nicht-Wahrnehmen» mit Altersstereotypen zusammenhänge, welche dazu führen würden, dass Symptome wie Interessenlosigkeit oder Rückzug als alterstypisch abgetan werden würde (zitiert nach Wilk, Havers, Bramesfeld & Hegerl, 2007, S. 1). Dadurch verschärft sich der Verdacht, dass die Dunkelziffer von Betroffenen im Alter noch einiges höher ausfallen dürfte als die Gesundheitsbefragung ergab. Symptome einer Depression sind Ausdruck einer Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit, wobei anhand der Ausprägung der Beschwerden und dem eigenen subjektiven Empfinden eine entsprechende Verschiebung hin zum Krankheitspol auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum vorgenommen wird. Wesentliche Merkmale des Störungsbilds der Depression als psychische Erkrankung sind eine «Beeinträchtigung der Stimmung, Niedergeschlagenheit, Verlust der Freude, emotionale Leere, Antriebslosigkeit, Interessenverlust und zahlreiche körperliche Beschwerden» (Hautzinger, 2000, S. 3) wie zum Beispiel Appetit- und Schlafstörungen (S. 3). Weitere mögliche Auffälligkeiten sind Konzentrationsprobleme und Suizidideen (S. 3). Ausschlaggebend für eine Diagnose des Krankheitsbilds im klinischen Sinne ist die Dauer und Intensität der auftretenden Beschwerden, wobei jedoch die Grenze zwischen normal und bereits krank nicht exakt bestimmt werden kann. Das klinische Urteil und das Abwägen des

Arztes spielt nebst der Symptomerfüllung eine entscheidende Rolle (S. 3-4). Die beschriebenen Symptome einer Depression beeinflussen das Wohlbefinden einer Person, hindern sie daran, ihre Fähigkeiten auszuschöpfen, erschweren die Bewältigung normaler Lebensbelastungen, produktiv zu arbeiten sowie einen Beitrag zur Gemeinschaft zu leisten und stellen somit eine Abweichung des von der WHO definierten Zustands psychischer Gesundheit dar.

Die Entwicklung einer depressiven Störung hängt von unterschiedlichen Faktoren ab, die sich gegenseitig beeinflussen. So geht man davon aus, dass neben prädisponierenden genetischen Faktoren auch erschwerte Lebensbedingungen in der Kindheit, ein eher melancholisches Gemüt, belastende Lebensereignisse, biologische Faktoren wie Erkrankungen, neurobiologische Mechanismen und die Einnahme gewisser Medikamente das Entstehen einer Depression begünstigen können. Auch das Geschlecht sei als Einflussfaktor zu berücksichtigen, da Frauen etwa doppelt so oft von einer Depression betroffen sind wie Männer (Bramesfeld & Stoppe, 2006, S. 1-2). Anhand des Beispiels dieser spezifischen Störung wird deutlich, wie unterschiedliche Determinanten die psychische Gesundheit beeinflussen können und dass sich daraus typische Risikofaktoren für das Entstehen einer Depression ableiten lassen.

Bezüglich der Behandlung von Depressionen in der Grundversorgung, ist eine aktuelle Untersuchung von hoher Relevanz, dass in der Schweiz besonders Hausärzte und Hausärztinnen (vor)schnell Antidepressiva verschreiben. Eine Analyse der Forschernetzwerkes Cochrane ergab, dass bei der schweizerischen Bevölkerung zwischen 45 bis 74 Jahren, 12,5 Prozent innerhalb eines Jahres Antidepressiva erhielten. Dieser Wert steigt bei älteren Patienten; ab 85 Jahren erhielten fast ein Viertel aller Patienten innerhalb eines Jahres solche Medikamente verordnet. Mehr als die Hälfte aller Patienten, erhielten die Verschreibung vom Hausarzt oder der Hausärztin. Die Autoren und Autorinnen der Studie schätzen diese Verschreibungen als zu hoch ein, und gehen von einer Fehlversorgung von depressiven Patienten aus. Denn nach Birgit Watzke, Professorin für klinische Psychologie an der Universität Zürich und Mitautorin der Studie, haben Antidepressiva besonders bei leichten Depressionen, welche im Alter gehäuft vorkommen, keine signifikante Wirkung, die über einen Placeboeffekt hinausgehen würden, dafür aber oft starke Nebenwirkungen. Dabei wäre es wichtig, Antidepressiva besonders im hohen Alter sparsam zu verschreiben. Ältere Patienten nehmen häufig mehrere Medikamente ein, mit jeder zusätzlichen Tablette steigt die Gefahr von gefährlichen Interaktionen und Nebenwirkungen (Straumann, 2019). Diese Studie wurde in mehrere Medien rezipiert und aus ihr kann der Schluss gezogen, dass viele Hausärzte und Hausärztinnen bei leichten Depressionen schnell Antidepressiva verschreiben (Sozialinfo.ch, 2019). Regina Straub hält in einem Kommentar für Sozialinfo.ch fest, dass diese Resultate

dafürsprechen «die Behandlung von Depressionen grundsätzlich neu zu denken.» (zitiert nach Sozialinfo.ch, 2019)

Aus Sicht der Autorinnen, sprechen diese Resultate und diese Schlussfolgerung dafür, dass in der Thematik Depression und psychische Gesundheit im Alter ein hoher Handlungsbedarf besteht, welcher die Soziale Arbeit aufnehmen sollte. Auch die Tatsache, dass Signale einer ernsthaften psychischen Belastung wie beispielsweise einer Depression bei älteren Menschen oftmals nicht als solche wahrgenommen werden, verweist darauf, dass in diesem Bereich eine grössere Sensibilisierung stattfinden sollte, um die Lebensqualität im Alter so hoch wie möglich zu halten. Die Vermutung liegt nahe, dass den Risikofaktoren, welche einen negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit von Menschen in der Lebensphase Alter haben, zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird. Die Zusammenarbeit von Hausärzten und Hausärztinnen mit Sozialarbeitenden, wie es im Kapitel 5. *Handlungsfeld Gemeinschaftspraxis* aufgezeigt wurde, könnte an diesem Punkt ansetzen und durch die Bearbeitung einzelner Gesundheitsdeterminanten die psychische Gesundheit fördern anstelle einer unspezifischen und potenziell gefährlichen Verschreibung von Antidepressiva. Dazu ist es notwendig, dass spezifische Schutz- und Risikofaktoren des Alters auf die psychische Gesundheit bekannt sind.

## **6.2. Risiko- und Schutzfaktoren der psychischen Gesundheit im Alter**

Analog zum bipolaren Konzept der psychischen Gesundheit (*vgl. 3.2. Bipolares Konzept von Gesundheit und Krankheit*) sind Risiko- und Schutzfaktoren als fluide Zustände auf einem Kontinuum zu verstehen. Sie hängen thematisch zusammen, je nach Ausprägung kann etwas im negativen Zustand ein Risikofaktor sein, oder im positiven Sinn ein Schutzfaktor. Beispielsweise wirkt eine hohe Bildung als Schutzfaktor, während eine tiefe Bildung einen Risikofaktor darstellt. Risikofaktoren der psychischen Gesundheit sind nicht als kausale Ursachen zu verstehen, welche automatisch zu einer Erkrankung führen. Stattdessen gibt ein Risikofaktor Auskunft über eine potenzielle, sich in der Regel erst mit Verzögerung zeigende Gefährdung der Gesundheit (Franzkowiak, 2011, S. 479).

Demgegenüber sind gemäss Zapf und Semmer Schutzfaktoren als Ressourcen zu verstehen, welche den Menschen dabei unterstützen, mit Belastungen der psychischen Gesundheit umzugehen und die Wahrscheinlichkeit erhöhen, negative Folgen für die psychische Gesundheit abzumildern oder gar zu verhindern (zitiert nach Amstad & Blaser, 2016, S. 16). Obwohl es sich bei Schutzfaktoren häufig um Risikofaktoren mit negativen Vorzeichen handelt, betonen Bengel und Lyssenko, dass Schutzfaktoren nicht lediglich als Abwesenheit von Risikofaktoren aufgefasst werden können. Schutzfaktoren stellen stattdessen eine Art Puffer gegen die schädigenden Einflüsse durch Risikofaktoren dar. Sie können auch als

Einflussgrösse für die Widerstandskraft bzw. Resilienz einer Person bezeichnet werden (2012, S. 27). Schutz- und Risikofaktoren wirken dabei in einem Prozess wechselseitig aufeinander ein (Hafen, 2008, S. 7). Auf dem Kontinuum kann ein Individuum auf ganz verschiedenen Punkten verortet werden. Wie die folgende Darstellung aufzeigt, geht es nicht um eine einfache Kausalität, sondern um ein Prozessgeschehen.

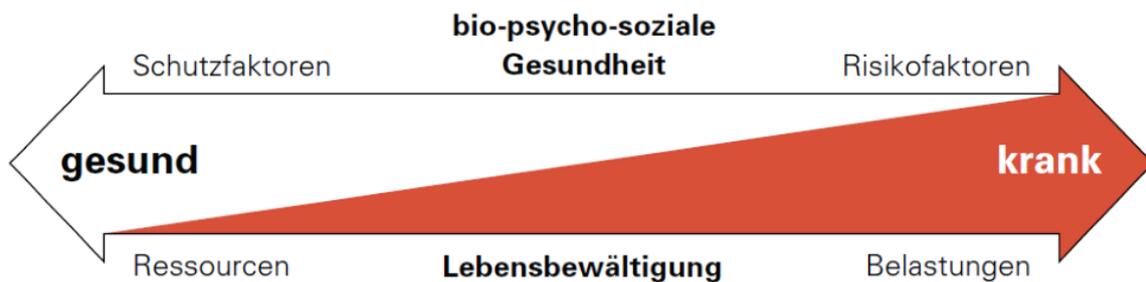


Abbildung 7. Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum als Prozess. Nach Hafen, 2008, S. 7.

Wie in den Ausführungen zu dem Konzept der Vulnerabilität bereits erläutert wurde, kann auch jemand trotz vieler Risikofaktoren psychisch gesund bleiben, sofern genügend Schutzfaktoren vorhanden sind. Hingegen kann auch jemand mit vergleichsweise wenigen Risikofaktoren eine massive Verschlechterung der psychischen Gesundheit erfahren, wenn nicht ausreichend Schutzfaktoren vorhanden sind. Die Risikofaktoren- und Schutzfaktoren im Alter unterscheiden sich inhaltlich nicht grundsätzlich von jenen in anderen Lebensphasen des Erwachsenenalters. So bleiben beispielsweise die Unterschiede der sozialen Position und der Lebensumstände zwischen verschiedenen Gruppen und Individuen weiterhin relevant. Das Alter unterscheidet sich von den anderen Lebensphasen des Erwachsenenalters durch spezifische Herausforderungen der Lebensphase. Im Alter ergeben sich neue (alltägliche) Herausforderungen: So wird im Alter in der Regel beispielsweise keiner bezahlten Lohnarbeit mehr nachgegangen, wodurch eine andere Art der Tagesstruktur hergestellt werden muss. Auch Lebensübergänge von einer Phase in die nächste, wie ihn das Erreichen des Ruhestands darstellen kann, ist als weiterer ans Alter gekoppelter Risikofaktor zu sehen (Kolip, 2011, S. 362). Nach Homfeldt hat sich «im Alter die bio-psycho-soziale Einheit Mensch mit zunehmend mehr alterungsbezogenen Stressoren auseinanderzusetzen.» (2010, S. 316)

Die verschiedenen Einflussfaktoren werden anhand einer thematischen Einteilung, jeweils in ihrer Ausprägung als Risiko- und Schutzfaktor beschrieben. Die Einteilung in die verschiedenen Ebenen soll nicht als sakrosankt verstanden werden, sie dient der besseren Strukturierung und Verständlichkeit des Materials. Zudem ist die Aufzählung der unterschiedlichen Schutz- und Risikofaktoren nicht als vollständig zu betrachten. Der Fokus wurde auf jene gelegt, die für die Soziale Arbeit, speziell mit Fokus von Interventionsmöglichkeiten in Gemeinschaftspraxen, von besonderer Bedeutung sind.

### 6.2.1. Gesellschaftliche Faktoren

Jede Person wird von gesellschaftlichen Bildern und Rollenzuschreibungen beeinflusst. Gesellschaftliche Vorstellungen über das Altern und über Funktionen und Möglichkeiten des Alterns, haben reale Auswirkungen. Für Amann stellt sich das so dar: «Altersbilder beeinflussen unsere Wahrnehmung, prägen mit Nachdruck unser Handeln und senken ihre vielfältigen Keime ins Altwerden jedes einzelnen Menschen selbst.» (zitiert nach Pichler, 2010 S. 416)

#### Als Risikofaktor

Im gesellschaftlichen Diskurs dominieren momentan eher negative Altersbilder, welche negative Stereotypen beinhalten, wie bspw. die Annahme, das Älterwerden grundsätzlich einhergeht mit abnehmender körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit sowie, dass Älterwerden ein Leben in Abhängigkeit bedeutet (BAG, 2019, S. 8). Die massive Verbreitung solcher Altersbilder kann zu Diskriminierung aufgrund des Alters führen, welche mit dem Begriff ageism bezeichnet wird. Im Projekt *Global Campaign to Combat Ageism* definiert die WHO ageism wie folgt: «Ageism is the stereotyping, prejudice, and discrimination against people on the basis of their age.» (WHO, 2019)

Die Auswirkungen von negativen Altersstereotypen und Altersdiskriminierung auf die psychische Gesundheit zeigt sich dabei einerseits auf der individuellen Ebene: «Ageism has been shown to cause cardiovascular stress, lowered levels of self-efficacy and decreased productivity. Socially ingrained ageism can become self-fulfilling by promoting in older people stereotypes of social isolation, physical and cognitive decline, lack of physical activity and economic burden. » (WHO, 2019) Altersdiskriminierung ist ein Stressor, der durch die wiederholende Erfahrung, das Selbstbild, die Selbstbewertung und das Wohlbefinden von älteren Menschen beeinflusst (Rothermund & Meyer, 2009, S. 100). Es kann eine Selbststereotypisierung auftreten, in der ältere Menschen selbst ein negatives Altersbild vertreten. Negative Stereotypen, beispielsweise die Zuschreibungen, dass ältere Menschen inkompetent seien, fließend in das Selbstbild mit ein. In einer Studie von Kemper, Finter-Urczyk, Ferrell, Harden und Billington, wurden die Auswirkungen eines stark vereinfachten Kommunikationsverhalten von Studierenden mit älteren Menschen untersucht. Je deutlicher die Studierenden in einer Versuchsanordnung die Anweisung vereinfachten, desto mehr waren die älteren Gesprächspartner geneigt, die Veränderung auf ihre eigenen Defizite und Inkompetenzen zurückzuführen, obwohl die Studierenden unabhängig von Alter der Gesprächspartner die Anweisungen immer mehr vereinfachten (zitiert nach Rothermund & Meyer, 2009, S. 105). Eine solche Selbststereotypisierung ist ein Risikofaktor, welcher die Bewältigung von altersbezogenen Problemen und Veränderungen erschwert (Rothermund & Meyer, 2009, S. 105).

Andererseits ist auch auf der Seite des Erkennens und des Bewertens der psychischen Gesundheit von «aussen», vom privaten Bezugssystem wie auch durch professionelle Fachpersonen, ein Einfluss von negativen Altersbildern festzustellen: «Negative attitudes are also widely present even within the health and social-care settings where older adults are at their most vulnerable.» (WHO, 2019) Vorstellungen von Angehörigen wie auch vom medizinischen oder sozialen Fachpersonal, dass Probleme und (psychische) Schwierigkeiten im Alter «normal» seien, können verhindern, dass Personen adäquate Hilfestellungen erhalten, die sie benötigen würden. Wenn beispielsweise eine ältere Person über Schwierigkeiten klagt, die einer schlechten psychischen Gesundheit zuzuordnen sind, wie längerfristige Schwierigkeiten bei der Umstellung auf einen veränderten Alltag nach einem kritischen Lebensereignis, kann es geschehen, dass dies aufgrund Altersstereotypen, bspw. «alte Menschen können sich halt nur schwer auf neue Umstände einlassen» als normal interpretiert wird und keine Bearbeitung oder Hilfestellung erfolgt.

Auch die soziale Anerkennung kann wegen negativer Altersstereotypen wegfallen. Nach Hafan war ein hohes Lebensalter früher vermehrt mit der Idee verbunden, dass alte Menschen Weisheit besitzen würden. Dies wirkte sich positiv auf die Inklusion älteren Menschen in soziale Systeme der Gesellschaft aus. Doch diese soziale Wertschätzung des Alters hat abgenommen. Soziale Anerkennung ist ein Schutzfaktor der psychischen Befindlichkeit und ihr Wegfall demzufolge ein Risikofaktor (2013, S. 226).

#### Als Schutzfaktor

Positive Altersbilder und eine soziale Wertschätzung des Alters sind Schutzfaktoren der psychischen Gesundheit. Mithilfe der Förderung von positiven Altersbildern kann die Lebensphase Alter entstigmatisiert und die soziale Wertschätzung von älteren Menschen erhöht werden. Dabei sollte der Fokus auf den Potenzialen älterer Menschen liegen, da diese über vielfältige Ressourcen und Kompetenzen verfügen. Eine Möglichkeit dafür ist, dass alte Menschen als wichtige Ressourcen für ehrenamtliche Tätigkeiten entdeckt und gefördert werden. Auch im Bereich der Erwerbsarbeit wird immer wieder betont, dass ältere Menschen über ein grosses Erfahrungswissen verfügten und die Fachkompetenzen über das bisherige Rentenalter hinaus erhalten sein sollte (Kühnert & Ignatzi, 2019, S. 68-69). Ein positives Altersbild kann jedoch nur dann entstehen, wenn das breite alltagspraktische Lebenswissen von älteren Menschen ebenfalls als Ressource betrachtet wird. Ansonsten findet eine Diskriminierung jener alten Menschen statt, welche beispielsweise weniger gebildet oder körperlich weniger fit sind. Konkrete Strategien und Ansätze, wie Sozialarbeitende Altersdiskriminierung bekämpfen und positive Altersbilder fördern können, werden im Kapitel 6.1. *Ansätze der Sozialen Arbeit mit älteren Menschen* referiert.

## 6.2.2. Lebenssituation im Alter

Speziell für die Lebensphase Alter treten Veränderungen auf, welche Risikofaktoren für die psychische Gesundheit darstellen. Diese stehen in Konzept des Kontinuums von Schutz- und Risikofaktoren etwas isoliert da, da es für sie keine entsprechenden inhaltlich zusammenhängenden Schutzfaktoren gibt. Durch eine gute Bearbeitung und Begleitung der Veränderungen, bspw. durch die Stärkung individuellen Schutzfaktoren wie Optimismus und Kohärenzgefühl, können diese aber kompensiert werden.

### Körperliche Gesundheit

Die Lebenssituation im der Lebensphase Alter ist dadurch geprägt, dass im Alter gesundheitliche Probleme und Beschwerden zunehmen (Flor, 2011, S. 19). Einerseits liegen die Prävalenzraten für viele körperliche Krankheiten (bspw. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen) höher als bei jüngeren Erwachsenen (S. 20). Andererseits entstehen als Teil des normalen biologischen Alterungsprozesses organische, physiologische und morphologische Veränderungen (bspw. nachlassende Sehkraft und schlechteres Gehör) welche die körperliche Vulnerabilität erhöhen (Homfeldt, 2010, S. 317). Dazu gehören auch Veränderungen des Nervensystems (bspw. Bewegungs- Empfindungs- und Koordinationsstörungen) (Vogel, 2010, S. 151). Was ein «normaler» Alterungsprozess ist und was ein Krankheitsprozess, ist dabei nicht immer klar voneinander abzugrenzen (Homfeldt, 2010, S. 317). Dabei muss aber zwischen objektiver medizinischer Diagnose und dem subjektiven Gesundheitsempfinden unterscheiden werden (Flor, 2011, S. 20). Die objektive Gesundheit ist nicht durch (soziale) Interventionen beeinflussbar, wohl aber die subjektive Bewertung und Einschätzung der eigenen Gesundheit. Weiterhin führen degenerative Veränderungen als Teil des normalen Alterns wie auch Krankheitsprozesse häufig zu einer Einschränkung der Mobilität (Vogel, 201, S. 151; Schmid, 2010, S. 173). Auf der sozialen Ebene führt dies dazu, dass ältere Menschen stärker auf die räumliche Nahwelt angewiesen sind und das eigene Wohngebiet einen neuen Stellenwert bekommt (Böhnisch, 2010, S. 191).

### Kritische Lebensereignisse

Einen bedeutsamen Belastungsfaktor für die psychische Gesundheit stellen kritische Lebensereignisse dar. Dabei handelt es sich um Geschehnisse, welche im Laufe des Lebens auftreten können und die eine qualitative und strukturelle Anpassungsleistung erfordern. Als kritisch werden sie darum bezeichnet, da durch solche Ereignisse persönliche Werte und Ziele in Frage gestellt werden, die Übernahme von neuen Rollen verlangt und neue Fähigkeiten erlernt werden müssen (Ladwig, 2014, S. 10). Kritische Lebensereignisse können dabei auch Veränderungen und Übergänge sein, die positive Möglichkeiten beinhalten, bspw. die Pensionierung. In einer solchen Situation, der Infragestellung des Gewohnten und der abrupten Veränderung, ist eine hohe Anpassungsleistung erforderlich um die psychische Gesundheit zu erhalten (Dellenbach & Angst, 2011, S. 47). Falls dies nicht gelingt, kann daraus

eine psychische Erkrankung entstehen. So wird bspw. in verschiedenen Studien (Bifulco et al., 2000; Kessler, 1997; Paykel, 2003; Vinkers et al., 2004) ein Zusammenhang zwischen kritischen Lebensereignissen und Depressionen hergestellt (zitiert nach Schuler & Burla, 2012, S. 38).

Im höheren Erwachsenenalter kommen kritische Lebensereignisse vermehrt vor. Es handelt sich dabei vor allem um Verluste körperlicher wie auch sozialer Art, welche sich auch kumulieren können, dass bedeutet das sie gleichzeitig oder nahe beieinander auftreten können. Einige kritische Lebensereignisse, die im Alter gehäuft auftreten, sind gemäss Dellenbach und Angst (2011, S. 3):

- Eigene Erkrankung / Behinderung
- Verlust der Funktionalität, Autonomie, Selbständigkeit und Mobilität
- Pflege einer Person mit Erkrankung oder Behinderung
- Tod eines Familienangehörigen, spez. Ehepartner
- Scheidung oder Trennung
- Verlust des Netzwerks
- Pensionierung
- Umzug in eine / Leben in einer Alters- oder Pflegeeinrichtung

### **6.2.3. Sozio-ökonomische Faktoren**

Im dritten Kapitel *Psychische Gesundheit* wurde aufgezeigt, dass ein Zusammenhang zwischen sozialen und ökonomisch Benachteiligungen und dem Auftreten von psychischen Problemen besteht. Es handelt sich um sozioökonomische Einflussfaktoren, die sich auf das Individuum als chronische Belastung auswirken (Amstad, Bürli, Duetz, Schmucki & Schibli, 2015, S. 14).

Dabei sind vor allem die drei Faktoren Bildung, Einkommen und Migration massgebend. Als Schutzfaktoren wirken sie, wenn eine hohe Bildung und ein hohes Einkommen vorhanden sind und es keine Migrationserfahrung gab. Wenn das Gegenteil zutrifft, handelt es sich um Risikofaktoren. In ihrer Ausprägung als Risikofaktoren werden sie nachfolgend ausführlicher beschrieben und mit empirischen Daten belegt.

#### Bildung

Eine tiefe Bildung ist ein Risikofaktor für die psychische Gesundheit. Spezifisch für das höhere Lebensalter ist durch diverse Studien (u. a. Lampert, Kuntz, Hoebel, Müters & Kroll, 2016; Mielck, Lungen, Siegel & Korber, 2012; Motel-Klingebiel, Wurm & Tesch-Römer, 2010; Böhm et al., 2009) ein Zusammenhang zwischen schlechter Bildung und schlechter Gesundheit belegt (zitiert nach Konopik, 2019, S. 29). Eine beeinträchtigte psychische Gesundheit wird dabei mit dem Begriff der psychischen Belastung erfasst. Psychische Belastungen sind nach

Scharfetter negative emotionale Zustände, welche von der Intensität von leichten Stresssymptomen bis hin zu einem Schwere- und Häufigkeitsgrad, welcher bereits psychischen Störungen zugerechnet werden muss, reichen können. In Umfragen wird die Häufigkeit negativer emotionaler Zustände, bspw. in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (2007), wie Nervosität, Niedergeschlagenheit und Entmutigung erfragt, um die individuelle erlebte psychische Belastung zu erfassen (zitiert nach Schuler und Burla, 2012, S. 24).

In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung welche im Jahr 2007 erfolgte, wurde das Ausmass der psychischen Belastung verbunden mit dem Bildungsstand aufgeschlüsselt. Dabei zeigt sich, dass sich Personen mit einer tieferen Bildung in einem grösseren Ausmass psychisch belastet sind, als Personen mit einer höheren Bildung:

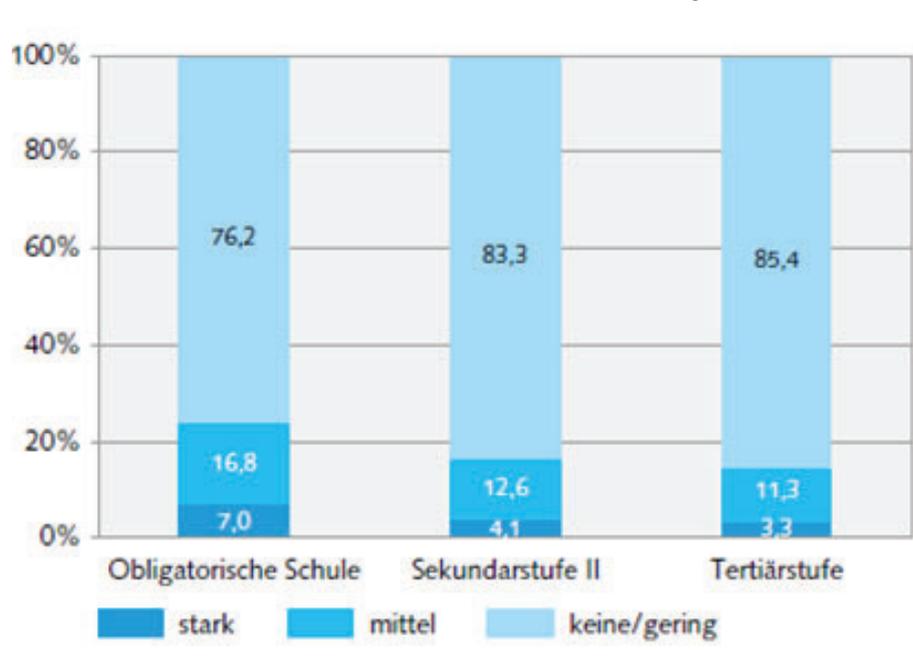


Abbildung 8. Psychische Belastung nach Bildung. Nach Schuler & Burla, 2012, S. 79.

Relevant für das Feld der Gemeinschaftspraxis ist dabei die Tatsache, dass Personen aus verschiedenen Bildungsgruppen bei psychischen Problemen verschiedene Leistungserbringer aufsuchen. Personen mit einem obligatorischen Schulabschluss ohne weiterführende Ausbildung, suchen bei psychischen Problemen häufiger den Hausarzt oder die Hausärztin auf als Personen mit einem höheren Bildungsabschluss. Personen mit einem höheren Schulabschluss wenden sich eher an einen Psychiater oder einer Psychiaterin (Schuler und Burla, 2012, S. 79).

Eine tiefe Bildung senkt den sozio-ökonomischen Status. Wenn eine Person einen tiefen sozio-ökonomischen Status hat, gehört jene zu einer vulnerablen Gruppe. Angehörige von vulnerablen Gruppen sind Adressaten und Adressatinnen der Sozialen Arbeit (vgl. 4.4 *Vulnerabilität*). Die Tatsache, dass sich diese bei psychischen Beschwerden eher an den

Hausarzt oder an die Hausärztin wenden, deutet darauf hin, dass eine Implementierung einer Sozialen Arbeit in diesem Bereich sinnvoll ist.

### Einkommen

Ein weiterer sozio-ökonomischer Risikofaktor ist Armut. Je weniger finanzielle Ressourcen vorhanden sind, desto höher ist das Risiko für eine Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit. Wo ein Mensch auf der Skala der psychischen Gesundheit zu verorten ist, lässt sich einerseits durch die psychischen Belastungen beschrieben, andererseits aber auch durch positive Zustände und Emotionen. In der Schweizer Haushalt-Panel Umfrage (2012) wurde nach der Häufigkeit von Zuständen von «Kraft, Energie und Optimismus» gefragt (zitiert nach Moreau-Gruet, Stamm & Wiegand, 2013, S. 1). Dabei fällt ein deutlicher Unterschied bezüglich des subjektiven Empfindens von Optimismus und Einkommen auf, wie untenstehende Abbildung verdeutlicht:

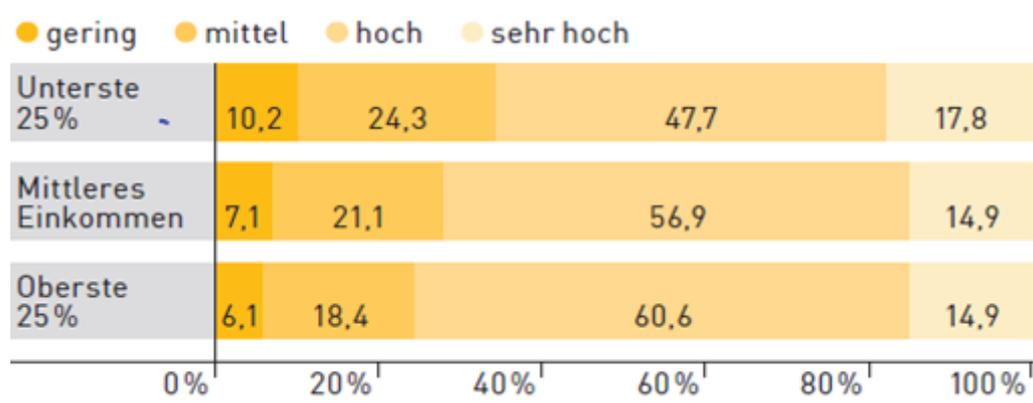


Abbildung 9. Zusammenhang subjektiv empfundener Optimismus und Haushaltseinkommen in der Haushalt-Panel Umfrage. Nach Moreau-Gruet, Stamm & Wiegand 2013, S. 13.

### Migration

Das Erleben von Migration senkt häufig den sozio-ökonomischen Status. Einwanderer haben häufig geringere Karrieremöglichkeiten und weniger Einkommen im neuen Land als die ursprünglich Einheimischen. Empirisch wurde dabei von Bolzman & Vagni im Jahr 2015 folgende Verteilung für Personen über 65 Jahren erfasst: «70,9 % der Menschen mit Schweizer Staatsbürgerschaft sind bei guter psychischer Gesundheit, verglichen mit 54,3 % der Einwanderer, die die Schweizer Staatsbürgerschaft erworben haben, mit 46,4 % der Einwanderer italienischer oder spanischer Nationalität sowie mit 41 % der Einwanderer mit portugiesischer Staatsbürgerschaft.» (zitiert nach Spini, Pin le Corre & Klaas, 2016, S. 34)

Der genaue Zusammenhang zwischen Migration und psychischer Gesundheit ist nach Spini et al. allerdings nicht einfach herzustellen, weil sich die Lebensumstände und Erfahrungen von Migranten stark unterscheiden. Faktoren wie beispielsweise die Zugehörigkeit zur ersten oder zweiten Generation in der Schweiz, Nationalität, oder Art des Aufenthaltstitels kreieren grosse Unterschiede (2016, S. 34). Man denke nur an den immensen Unterschied, der zwischen

Zwangsmigration (bspw. aufgrund von Krieg) und freiwilliger Migration (bspw. wegen einer attraktiven Arbeit) liegt. Weiterhin spielen auch in Zusammenhang mit Migration die anderen zwei grossen Ungleichheiten Bildung und Einkommen eine grosse Rolle. So haben nach Baer et al. Einwanderer mit einem geringeren Bildungsniveau ein besonders hohes Risiko eine Depression zu entwickeln (zitiert nach Spini, Pin le Corre & Klaas, 2016, S. 34).

#### **6.2.4. Strukturelle Faktoren**

##### Als Risikofaktor

Diese sozio-ökonomischen Faktoren wirken sich auf der strukturellen Ebene als Ungleichheiten aus. Es handelt sich dabei vor allem um eingeschränkte Zugangsmöglichkeiten. Ein Faktor ist dabei die Wohnumgebung; so wohnen Personen mit einer niedrigen Bildung häufiger in einer schlechteren Wohnumgebungen und sozial benachteiligten Gebieten. Dort haben sie weniger Zugang zu Erholungsmöglichkeiten, sozialer Unterstützung und Gesundheitsdienstleistungen (Schuler & Burla, 2012, S. 76). Auch für Dellenbach und Angst sind ungenügende Wohnbedingungen und ein erschwerter Zugang zu Dienstleistungen, Risikofaktoren der psychischen Gesundheit. Andererseits sind auch negative Umwelteinflüsse schädlich (2011, S. 13). Für Menschen mit einem allgemeinen niedrigen sozio-ökonomischen Status ist aus finanziellen, kulturellen und sozialen Gründen der Zugang zu Dienstleistungen der Gesundheitsförderung häufig eingeschränkt (Spini et al., 2016, S. 36).

##### Als Schutzfaktor

Der Zugang zu Beratungs- und Dienstleistungsangeboten ist dagegen ein Schutzfaktor (Boss, 2016, S. 109). Je rascher jemand bei Anzeichen einer erhöhten psychischen Belastung reagiert und Hilfe sucht, desto wahrscheinlicher ist es, dass das Auftreten einer Störung durch gezielte Unterstützung verhindert werden kann. Nach Schuler und Burla erhöht sich die Wahrscheinlichkeit von schweren Krankheitsverläufe, Komorbiditäten, sozialer Isolierung und Suizidalität bei einer späten oder qualitativ ungenügenden Versorgung (Schuler & Burla, 2012, S. 4). Deshalb ist es wichtig, dass es ausreichend Angebote gibt, welche psychosoziale Beratungen durchführen. Beratungsstellen sind jedoch nicht nur dazu da, um konkrete Hilfestellung zu leisten, sondern sie können auch einen wichtigen Beitrag dazu leisten, ein Unterstützungsnetzwerk zu erschliessen und den Zugang zu anderen Dienstleistungen zu ermöglichen. Eine gute Erreichbarkeit der Angebote und ein unkompliziertes Anmeldeverfahren sind zudem weitere Faktoren, welche den Zugang für Betroffene erleichtern. Die Erreichbarkeit ist auch davon abhängig, wie mobil jemand ist, ob jemand also über ein eigenes Fahrzeug, einen guten Anschluss an öffentliche Verkehrsverbindungen oder entsprechenden Zugang zu Fahrdiensten verfügt.

Dellenbach und Angst beschreiben den Zugang zu Bildungsmöglichkeiten als weiteren strukturellen Schutzfaktor (2012, S. 16). Die menschliche Entwicklung ist auch im höheren Alter noch form- und gestaltbar. Bildungsprozesse, welche auf einem selbstgesteuerten und kreativen Lernen basieren, sollen nach dem deutschen Bundesamt für Familie, Senioren, Frauen und Jugend «zur Selbstentfaltung der Persönlichkeit und zum Erhalt der Selbstständigkeit bis in das hohe Alter führen.» (zitiert nach Kühnert & Ignatzi, 2019, S. 182) Der Prozess des selbstbestimmten Lernens kann dabei als sinnstiftende Aktivität verstanden werden. Bildungsangebote können aber auch dazu dienen, sich neue benötigte Kompetenzen anzueignen (Boss, 2016, S. 197). Ein Beispiel dafür sind die verbreiteten Kursangebote bezüglich digitaler Medien speziell für ältere Menschen. Auch die Möglichkeit, sich mit Menschen mit ähnlichen Erfahrungen auszutauschen, wie beispielsweise über gemeinsame Herausforderungen des Alterns, stellt eine Ressource dar (Dellenbach & Angst, 2012, S. 16).

### 6.2.5. Soziale Netzwerke

#### Als Risikofaktor

Der Mensch ist ein soziales Wesen. Eine verringerte soziale Teilhabe und wenige soziale Beziehungen stellen Risikofaktoren für die psychische Gesundheit dar. Das soziale Netz, in das ein Mensch eingebunden ist, muss ausdifferenziert in Art, Anzahl und Qualität von Beziehungen betrachtet werden. Eine grundsätzliche Unterscheidung lässt sich vornehmen in (enge) Vertrauensbeziehungen und Weak-Ties Beziehungen (Bachmann, 2019, S. 3).

Die Anzahl von Personen ohne Vertrauensbeziehungen nimmt im Alter zu. Ältere Menschen haben zudem seltener mehrere Vertrauenspersonen (Moreau-Gruet, Stamm & Wiegand, 2013, S. 5). Beispielsweise geben nach dem BFS (2012), 30% der 75-Jährigen an, nur über eine Vertrauensperson zu verfügen. Über gar keine enge Vertrauensperson zu verfügen geben ausserdem 9% der 75-jährigen Frauen und 6% der Männer an (zitiert nach Boss, 2016, S. 110). Dies ist mit der erhöhten Mortalität im höheren Lebensalter erklärbar, in der Partner und Partnerinnen, Freunde und Freundinnen, aber auch Personen des nahen Umfeldes wie Nachbarn und Nachbarinnen, sterben. Auch die Qualität von Beziehungen kann abnehmen, bspw. durch die schrittweise Einbindung eines Partners oder der engen Familie in die Pflege eines Angehörigen, wodurch die Beziehung belastet werden kann (Boss, 2016, S. 110).

Die Verkleinerung des sozialen Netzes im Alter, bspw. durch den verkleinerten örtlichen Mobilitätsradius aufgrund von körperlichen Einschränkungen, betrifft auch die Weak-Ties. Dabei handelt sich um eher flüchtige soziale Begegnungen. So kann aber bspw. bereits ein Gruss unter Nachbarn, ihre Bedeutung für die psychische Gesundheit darin haben, dass sie eine Ortsbestimmung der Zugehörigkeit und des Respekts in einer Gesellschaft ermöglichen (Bachmann, 2019, S. 4). Wenn aber nun bspw. die Teilnahme an kulturellen oder sozialen Veranstaltungen aufgrund körperlicher Einschränkungen nicht mehr möglich ist, kommt es zu

weniger dieser Weak-Ties Begegnungen. Auch die Selbstverständlichkeit der sozialen Rollen und Aufgaben nimmt ab, bspw. durch den Verlust der beruflichen Rolle infolge der Pensionierung (S. 7).

### Als Schutzfaktor

Wo die Unterstützung durch die Familie gegeben und ein intaktes soziales Netzwerk vorhanden ist, übernehmen jene die Funktion eines Schutzfaktors. Tragfähige zwischenmenschliche Beziehungen, Menschen im nahen Umfeld, welchen man vertraut und durch die Unterstützung geleistet wird, bilden eine signifikante Einflussgrösse für die Lebensqualität älterer Menschen (BAG, 2019, S. 34). Bereits das Vorhandensein einer Vertrauensperson kann unterstützend dabei wirken, Krisensituationen positiv zu bewältigen (Moureau-Gruet, Stamm & Wiegand, 2014, S. 23).

Partizipation und Integration in die Gesellschaft als Form der sozialen Teilhabe gelten als wirksamer Schutzfaktor für die psychische Gesundheit (Boss, 2016, S. 109). Ein konkretes Beispiel und verbreite Möglichkeit der sozialen Teilhabe ist die Möglichkeit, Freiwilligenarbeit leisten zu können. Kennzeichnet sich das Alter grundsätzlich durch das Ausscheiden aus dem Berufs- und Arbeitsleben und geht damit ein Verlust der positiv bewerteten Rolle der Erwerbstätigkeit einher (Hillmann, 2007, S. 22), verhilft das freiwillige Engagement zu einer neuen sozial positiv bewerteten Rolle, welche als sinnstiftend erlebt wird (Schulz-Nieswandt & Köstler, 2011, S. 190).

Durch Freiwilligenarbeit können gleich mehrere Funktionen in Bezug auf die psychische Gesundheit erfüllt werden: Freiwilligenarbeit wirkt der Vereinsamung entgegen, dadurch dass die Einbettung in ein soziales Netzwerk gefördert wird. Die Sinnhaftigkeit wird erhöht, da etwas geleistet wird, was als Mehrwert für die Gesellschaft betrachtet wird. Dies kann wiederum einen positiven Einfluss auf die Selbstwirksamkeit älterer Menschen haben (BAG, 2019, S. 34). Durch die Möglichkeit, sich in der Gesellschaft zu engagieren, kann die Erfahrung gestärkt werden, dass man weiterhin ein wichtiger Teil der Gesellschaft ist und einen aktiven Einfluss ausüben kann.

Ein besonderes Augenmerk bei der Schaffung und Förderung von Tätigkeiten, welche ehrenamtlich ausgeübt werden können, muss auf der Zugänglichkeit für alle liegen. Denn der Zugang zur Freiwilligenarbeit ist ungleich verteilt, ein ehrenamtliches Engagement korreliert mit einer hohen materiellen Absicherung sowie einem höheren Bildungsniveau (Karl, 2008, S. 193). Niederschwellige Angebote für verschiedene Lebenslagen, bspw. für Menschen mit eingeschränkter Mobilität, sind zu entwickeln (BAG, 2019, S. 35).

## 6.2.6. Individuelle Faktoren

### Emotionale Zustände und Persönlichkeitsmerkmale

#### Als Risikofaktor

Das häufige Erleben von negativen Gefühlen wie Nervosität, Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Angst und Entmutigung hat eine schädigende Auswirkung auf die psychische Gesundheit und stellt einen Risikofaktor dar (Schuler & Burla, 2012, S. 23-24). Dabei spielt die Perspektive der subjektiven psychischen Belastung eine grosse Rolle. Je höher die Belastungen empfunden werden «desto grösser ist auch die Wahrscheinlichkeit, dass die psychische Gesundheit beeinträchtigt wird.» (Moreau-Gruet, Stamm & Wiegand 2013, S. 26) Die psychische Belastung ist dabei eine Erfahrung, die auf der individuellen Ebene anzusiedeln ist. Negative Denkmuster, wie eine geringe Kontrollüberzeugung und ein Gefühl einer tiefen Selbstwirksamkeit erschweren es, Anforderungen zu bewältigen (Franke, Heusinger, Konopik & Wolter, 2017, S. 38). Zu nennen sind auch ein schlechter Selbstwert und ungenügende Copingstrategien (Spini et al., 2016, S. 109). Auch dysfunktionale Emotionsregulation wie bspw. das Unterdrücken von Gefühlen, wirken sich negativ aus (S. 17).

Solche negativen Persönlichkeitseigenschaften und Muster führen zu einem häufigeren Erleben von psychischen Belastungen. Beispielsweise fühlt sich jemand mit einer Neigung zu Pessimismus schneller und häufiger entmutigt. Es wird mit einer erhöhten psychischen Belastung auf eine äussere Anforderung reagiert, bei welcher eine optimistische Persönlichkeit die gleiche Anforderung einfacher bewältigen könnte. Die psychische Belastung ist als die Beschreibung einer möglichen Reaktion auf Anforderungen zu verstehen. Diese stellt einen Risikofaktor dar, weil dadurch ein negativer Einfluss auf die psychische Gesundheit stattfindet. Dabei sollen die äusseren Anforderungen nicht negiert werden, sie entstehen aufgrund realer Lebenslagen wie auch aufgrund der sozialen Ungleichheiten (bspw. tiefes Einkommen und ein Mobilitätsverlust). Ob und wie stark darauf jemand mit Empfindungen von Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit und Angst reagiert, hängt jedoch (auch) von der Persönlichkeit ab.

#### Als Schutzfaktor

Neben diesen negativen wirkenden Persönlichkeitseigenschaften sind die jeweiligen Bewältigungsstrategien- und Kompetenzen einer Person als Schutzfaktoren von grosser Bedeutung. Diese werden genutzt, um (psychische) Belastungen zu bewältigen und zu verarbeiten, so dass es nicht oder weniger zu den beschriebenen negativen Gefühlen der psychischen Belastung kommt. Ein wichtiger Indikator diesbezüglich, ist beispielsweise die Kontrollüberzeugungen und die Selbstwirksamkeit (Dellenbach & Angst, 2016, S. 15). Die Kontrollüberzeugungen umfassen subjektive Einschätzungen einer Person darüber, inwieweit die Ereignisse des eigenen Lebens kontrollierbar sind (Schuler & Burla, 2012, S. 35):

Personen mit hoher Kontrollüberzeugung sind überzeugt, dass sie das eigene Leben beeinflussen können (internale Kontrollüberzeugungen). Personen mit tiefer Kontrollüberzeugung nehmen dagegen ihr Leben als von äusseren Faktoren wie Zufall, Schicksal oder anderen Menschen gesteuert wahr und sehen wenig eigenen Einfluss (externale Kontrollüberzeugungen) (ebd.).

Aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 geht ein direkter Zusammenhang zwischen Kontrollüberzeugung und psychischer Belastung hervor: je höher die internale Kontrollüberzeugung einer Person ausgeprägt ist, desto geringer fühlen sie sich psychisch belastet. Spannend hierbei ist das Ergebnis der Gesundheitsbefragung, dass mit zunehmendem Alter die internale Kontrollüberzeugung zuzunehmen scheint und über die Hälfte der Befragten, welche 65 Jahre und älter waren angaben, dass sie über eine hohe internale Kontrollüberzeugung verfügen würden (zitiert nach Schuler & Burla, 2012, S. 35-36).

Ein weiterer Schutzfaktor ist ein hohes Kohärenzgefühl, welches auf das Modell der Salutogenese von Antonovsky zurückgeht. Das Kohärenzgefühl besteht aus den drei Komponenten der Handhabbarkeit, der Verstehbarkeit und der Bedeutsamkeit. Unter dem Begriff der Handhabbarkeit versteht er das Ausmass an Überzeugungen, über welche eine Person verfügt, dass sie über die geeigneten internen und externen Ressourcen verfügt, um die Herausforderungen des Lebens erfolgreich meistern zu können (zitiert nach Franke, 2012, S. 174). Diese eine Komponente weist eine grosse Gemeinsamkeit mit dem psychologischen Konzept der Kontrollüberzeugung auf. Die Komponente der Verstehbarkeit bezeichnet gemäss Antonovsky das Ausmass darüber, wie «die Stimuli, die sich im Verlaufe des Lebens aus der inneren und äusseren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und [als] erklärbar wahrgenommen [werden].» (zitiert nach Franke, 2012, S. 175) Die Bedeutsamkeit kennzeichnet den motivationalen Aspekt des Kohärenzgeföhlt und umschreibt die Überzeugungen, über welche jemand verfügt, dass das eigene Leben sinnvoll ist und «die Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.» (zitiert nach Franke, 2012, S. 175) Ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl hat somit einen Einfluss auf das Empfinden von Sinnhaftigkeit des Lebens. Das Kohärenzgefühl ist das Produkt der eigenen Biografie und umso stärker ausgeprägt, desto häufiger jemand die Erfahrung macht, Situationen, welche mit Stress verbunden sind, nicht wehrlos ausgeliefert zu sein (S. 174).

## **Umgang mit Veränderungen**

### **Als Risikofaktor**

Aus körperlichen Abbauprozessen und kritische Lebensereignisse als Teil der Lebensphase Alter (vgl. 6.2.2. *Lebenssituation im Alter*) entstehen im Alter eine Vielzahl von Veränderungen. Diese Veränderungen sind vielfach mit dem Erleben von Verlusten verbunden (Spini et al., 2016, S. 110). Dabei ist zentral, wie diese Erfahrungen und Übergänge gestaltet werden. Denn

konkrete Einschränkungen auf der individuellen Ebene, wie mangelnde Mitbestimmung bei Entscheidungsprozessen und eine mangelhafte Selbstbestimmung stellen Risikofaktoren für die psychische Gesundheit dar (Ricja, Gurtner & Lehmann, 2004, S. 24). Veränderungen, die von aussen kommen, können die Selbstwirksamkeit bei älteren Personen stark einschränken. So erfolgt beispielsweise der Entscheid zum Umzug in ein Heim bei Pflegebedürftigkeit, häufig nach einem Unfall oder einer akuten Überforderung. Dies ist meistens eine unfreiwillige Entscheidung, welche eine Belastung darstellt (von Rohr, 2017, S. 15). Eine solche Erfahrung beeinträchtigt die psychische Gesundheit von Betroffenen wie auch von den Angehörigen umso stärker, je mehr fremdbestimmt die Veränderungen erlebt wird.

#### Als Schutzfaktor

Das Erleben und Wahrnehmen von Veränderungen ist ein subjektives Geschehen. Die Kontrollüberzeugung als Schutzfaktor hängt von der subjektiven Einschätzung einer Person ab (Schuler & Burla, 2012, S. 35). Angewandt auf das Erleben von Veränderungsprozessen bedeutet dies, dass wenn der Übergang so gestaltet werden kann, dass sich eine Person beteiligt fühlt, die internale Kontrollüberzeugung gestärkt wird.

Block und Kramer bezeichnen die subjektive Erfahrung der Autonomie als Schutzfaktor (zitiert nach Bengel & Lyssenko, 2012, S. 37). Daraus kann geschlossen werden, dass das eigenständige Gestalten in Entscheidungsprozessen auch als Schutzfaktor wirkt. Dabei ist die «objektive» Bewertung von anderen Personen irrelevant, wichtig ist einzig, wie die betroffene Person dies bewertet und ob sie die Veränderung als eine eigenständige Entscheidung attribuieren und diese inhaltlich mitgestalten kann (bspw. bei der Wahl des Heims). Selbstbestimmt notwendige Veränderungen anzugehen und sich dabei als handelnde Person zu erleben, hilft auch mit schmerzhaften Veränderungen einen positiven Umgang zu finden. Prozesse der Veränderungen im Alter finden unter enger Zusammenarbeit mit der Familie statt. Ob sich betroffene Personen in einem solchen Entscheidungsprozess einbringen können, ihre Wünsche äussern können und auch gehört werden, hat einen grossen Einfluss auf ihre psychische Gesundheit.

Obwohl mit steigendem Alter eine erhöhte Häufigkeit von Erkrankungen und Beschwerden auftreten, verfügen ältere Menschen im Allgemeinen über eine hohe Lebenszufriedenheit und ein hohes psychisches Wohlbefinden. Dies wird als Paradoxon des Wohlbefindens bezeichnet. Ein wichtiger Grund dafür ist gemäss Perrig-Chiello die Fähigkeit des adaptiven Copings, welche es erlaubt, Situationen positiv zu deuten und sich an neue Situationen erfolgreich anzupassen (zitiert nach Boss, 2016, S. 108). Eine weitere Begründung für dieses Phänomen kann in der bereits erwähnten Kontrollüberzeugung liegen, welche bei älteren Menschen relativ stark ausgeprägt ist. Die Überzeugung, Herr bzw. Frau des eigenen Lebens zu sein ohne die Schicksalhaftigkeit des Lebens zu leugnen, erweist sich im Alter als wertvolle

mentale Ressource, welche dabei hilft, eigene Autonomiespielräume durch die Aktivierung eigener Möglichkeiten besser auszuschöpfen (Perrig-Chiello, 2007, S. 3-4). Um diesen Gedanken zu verdeutlichen, stellt Perrig-Chiello in Anlehnung an Robert Musil die Frage, ob «Leute mit zunehmendem Alter einen ausgeprägten Sinn für das, was gegeben ist entwickeln, ebenso wie für das, was sich daraus entfalten kann?» (2007, S. 4) Eine weitere Schlüsselfunktion für das Wohlbefinden im Alter übernimmt das wohlwollende Akzeptieren der eigenen Vergangenheit und die Integration von neuen Erfahrungen in die bestehende Biografie. Dies erlaubt es das subjektiv Sinnhafte im Leben zu entdecken, was dabei hilft, sich den Herausforderungen des Lebens im Alter erfolgreich zu stellen (S. 5).

### **6.3. Zusammenfassung der Risiko- und Schutzfaktoren**

Um die Ergebnisse dieses Kapitel zusammenzufassen, wurde von den Autorinnen eine Darstellung der vorgängig dargelegten Schutz- und Risikofaktoren entworfen. Die Darstellung eines geteilten Pfeiles (siehe *Abbildung 10*) lehnt sich an die Darstellung von Hafen anfangs dieses Kapitels an, bei welchem der Wirkungsmechanismus der Schutz- und Risikofaktoren verbunden mit dem bio-psycho-sozialen Modell der Gesundheit aufgezeigt wurde. Diese Darstellung, ist als Zusammenfassung zu verstehen, mithilfe derer über die zweite Teilfrage (die Teilfrage nach den Einflussfaktoren der psychischen Gesundheit im Alter) ein Überblick gewonnen werden kann. Die Darstellung ist eine Konkretisierung der Gesundheitsdeterminanten und kann für die Soziale Arbeit insofern von Nutzen sein, dass sie mittels der Risikofaktoren Menschen mit Unterstützungsbedarf rascher identifizieren kann. Zudem lassen sich daraus konkrete Ansatzpunkte für Interventionsmassnahmen herauslesen, welche die psychische Gesundheit fördern können. Basierend auf den Schutzfaktoren, werden im nächsten Kapitel konkrete Interventionsideen zur Förderung der psychischen Gesundheit durch Sozialarbeitenden in einer Gemeinschaftspraxis entwickelt.

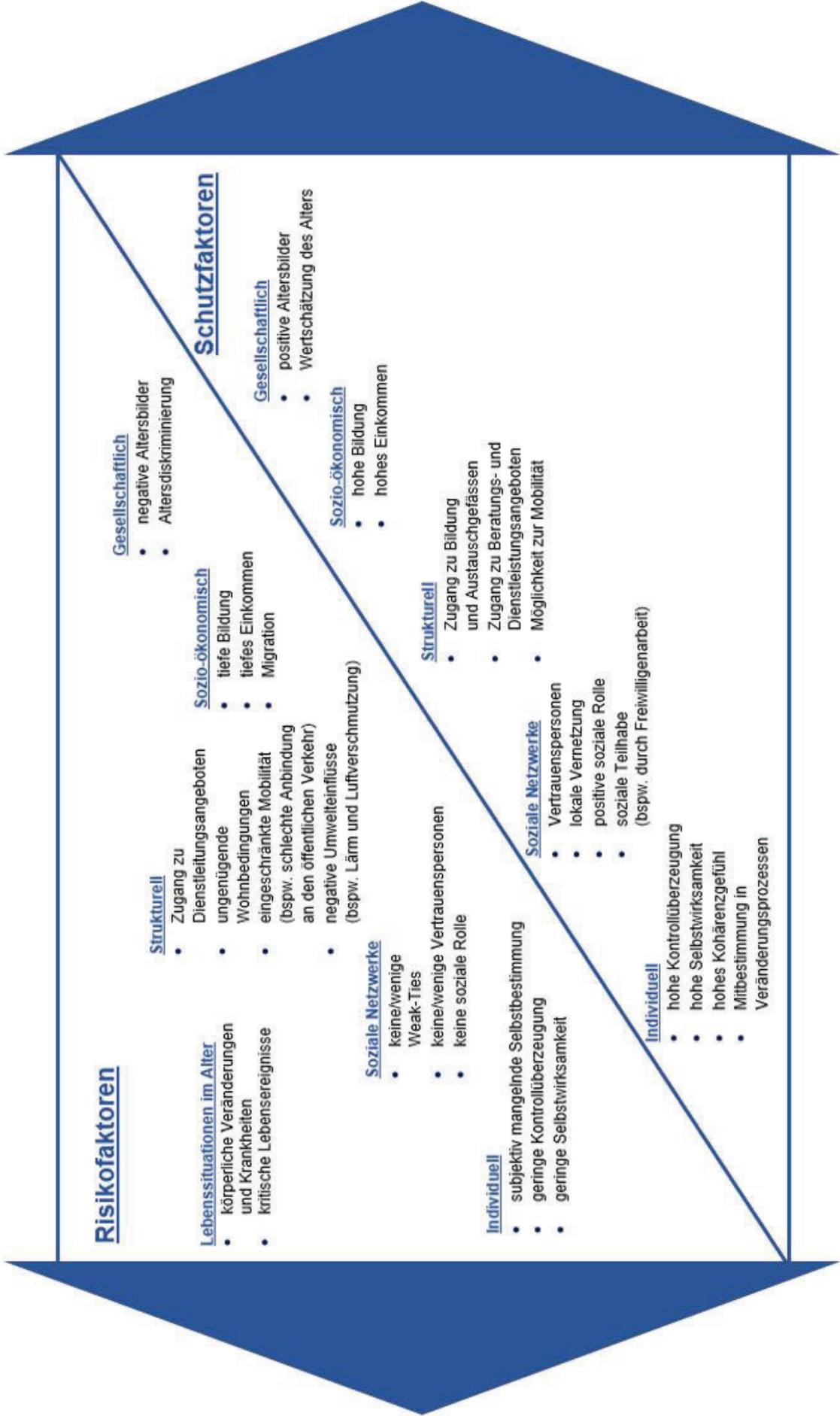


Abbildung 10. Die Schutz- und Risikofaktoren der psychischen Gesundheit im Alter und Ihr Zusammenspiel.

## 7. Ideen für Interventionen

In den vorherigen Kapiteln wurden Ergebnisse der sozialwissenschaftlichen Forschung aufbereitet, Schutz- und Risikofaktoren für die psychische Gesundheit im Alter erarbeitet und die Vision einer integrierten Sozialen Arbeit innerhalb interdisziplinären Gemeinschaftspraxen beschrieben. Darauf aufbauend sollen nun in diesem Kapitel Ideen für Interventionen zur Förderung der psychischen Gesundheit von älteren Personen durch Sozialarbeitende im Setting einer interdisziplinären Gemeinschaftspraxis ausgearbeitet werden. In einem ersten Schritt folgt eine Auseinandersetzung mit der Sozialen Arbeit mit älteren Menschen um besondere Aufgaben der Sozialen Arbeit mit älteren Menschen aufzuzeigen. Darauf wird der Begriff der Arbeitsprinzipien nach Marianne Meinhold eingeführt, auf deren Grundlage eigene Arbeitsprinzipien zur Förderung der psychischen Gesundheit durch Sozialarbeitende in Gemeinschaftspraxen erarbeitet werden. Dabei stützen sich die Autorinnen auf wissenschaftliche Erkenntnisse und Strategien aus den Bereichen der Gerontologie und der klinischen Sozialarbeit.

### 7.1. Ansätze der Sozialen Arbeit mit älteren Menschen

Gemäss Kittl-Satran und Simon handelt es sich bei der Sozialen Altenarbeit um eine Arbeit für und mit alten Menschen (2010, S. 225). Die Sozialen Altenarbeit unterscheidet sich inhaltlich nicht durch das methodische Vorgehen von Sozialarbeitenden, sondern durch die Handlungsfelder und konkreten Aufgaben. Das wird auch in der Zeitschrift Sozial Aktuell mit dem Themenschwerpunkt Alter des Oktobers 2019 deutlich, in welcher Handlungsfelder der Sozialen Arbeit mit älteren Menschen näher beleuchtet wird und über die Kooperation mit anderen Berufsgruppen (beispielsweise Pflege und Ärzteschaft) berichtet wird.

Aner und Karl sehen die Berechtigung einer spezifischen Altenarbeit darin, dass es alterstypische Bewältigungsaufgaben gibt (2010, S. 10). Auch Knöpfel von der FHNW für Soziale Arbeit teilt diese Meinung und erarbeitete vier spezifische Handlungsfelder, respektive Aufgaben, der Sozialen Arbeit in Bezug auf ältere Menschen:

- Unterstützung einer selbständigen Lebensführung inkl. Fragen der Sinnfindung
  - Sinngestaltende Alltagsgestaltung
  - Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe von älteren Menschen
  - Organisation & Begleitung von Freiwilligenarbeit
- (2019, S. 24).

Diese Aufgaben stimmen mit den Ergebnissen zu den Schutzfaktoren der psychischen Gesundheit im Alter weitgehend überein. Auch bei Kittl-Satran und Simon geht es in der Sozialen Arbeit mit alten Menschen darum, in «Isolations- und Desintegrationsprozesse einzugreifen und soziale Risiken zu vermindern.» (2010, S. 227) Die Soziale Arbeit orientiert sich dabei an der Lebenswelt der Adressaten und Adressatinnen, bei welcher es allgemein darum geht, Hilfestellungen zu der Erhaltung, Verbesserung oder Wiederherstellung von Lebensqualität zu bieten (S. 277). Gemäss Kittel-Satran und Simon sind Aufgaben der Sozialen Arbeit mit älteren Menschen:

- Prävention (bspw. soziale Netzwerke aufbauen, Freiwilligenarbeit fördern)
- Information und Beratung (bspw. über Sozialversicherungen)
- Bedarfsermittlung, Organisation und Koordination von Unterstützungsleistungen
- Unterstützung bei der Durchsetzung von Rechten (bspw. für Angehöriger marginalisierter Gruppen)

(2010, S. 227-228).

Was in einer Arbeit mit älteren Menschen speziell Beachtung finden muss, sind die Altersbilder von Professionellen der Sozialen Arbeit sowie das Problem der Altersdiskriminierung. Für die Interaktion von Sozialarbeitenden mit älteren Klienten und Klientinnen ist es nach Schwab essentiell, dass sich diese ihrer eigenen Altersbilder bewusst werden. Da Altersdiskriminierung verharmlost wird und sozial breit akzeptiert wird, müssen sich die Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen mit gesellschaftlichen Altersbildern aktiv auseinandersetzen und sich über ihre eigenen Ansichten, Vorurteile und Verhaltensweisen gegenüber älteren Menschen klar bewusst werden (2019, S. 17). Dies kann über Fragen geschehen wie: «Würde ich mich gleich verhalten, wenn es sich um eine jüngere Person handeln würde? Was sagt meine Art zu sprechen darüber aus, wie ich ältere Menschen sehe? Würde ich mich auch so äussern, wenn es andere Bevölkerungsgruppen wie beispielsweise Frauen, Menschen ausländischer Herkunft oder Homosexuelle betreffen würde?» (Schwab, 2019, S. 17)

Die Auswirkungen von ageism auf die psychische Gesundheit wurde in Kapitel 6.2.1. *Gesellschaftliche Faktoren* in Bezug auf die Altersbilder bereits aufgezeigt. In der Arbeit mit älteren Menschen sind viele verschiedene Berufsgruppen, Experten und Expertinnen tätig, welche aber von Altersstereotypen und agesim nicht gefeit sind. Die notwendige Sensibilisierung dafür sehen Bischoff, Fabian und Janet von der Fachhochschule Nordwestschweiz als eine Aufgabe der Sozialen Arbeit an (2019, S. 19).

## 7.2. Theoretische Grundlagen von Arbeitsprinzipien

Als theoretische Orientierung für die Entwicklung von Ideen für Interventionen, dient die Idee der Arbeitsprinzipien als ein Element des methodischen Handelns. In der Fachliteratur der Sozialen Arbeit nehmen nur wenige Autoren und Autorinnen den Begriff des Arbeitsprinzips auf (vgl. Meinhold, 1998; Stimmer, 2006; Wendt, 2018). Die Autorinnen orientieren sich in dieser Arbeit an dem Verständnis von Arbeitsprinzipien nach Meinhold. Diese sind ein zentraler Bestandteil ihres Entwurfs eines Rahmenmodells des methodischen Handelns. Angelehnt an ihr Verständnis werden anschliessend Arbeitsprinzipien für die Förderung der psychischen Gesundheit von älteren Menschen formuliert. Meinhold geht der Frage nach, «wie aus wissenschaftlich erarbeiteten Konzepten und Ansätzen Handlungen entstehen.» (Meinhold, 1998, S. 220) Meinhold nimmt dabei Bezug auf Boulet, Krauss und Oelschlegel (1980). Für diese sind «Arbeitsprinzipien (. . .) allgemeine Grundsätze, an denen sich das Handeln orientiert.» (zitiert nach Meinhold, 1998, S. 223)

Die Funktion der Arbeitsprinzipien besteht darin, dass sie die Brücke zwischen Denken und Handeln bilden (Meinhold, 1998, S. 223). Arbeitsprinzipien speisen sich aus mehreren Quellen: Einerseits geht es um theoretische Konzepte aus der Wissenschaft (S. 226). So haben schon Geissler und Hege (1978) Erklärungswissen der Sozialwissenschaften und dem Wissen über die Lebenslagen von Klienten und Klientinnen als Wissensbestände für Arbeitsprinzipien gesehen (zitiert nach Meinhold, 1998, S. 226). Andererseits beruhen sie auf moralischen Überzeugungen und Werteorientierungen (S. 226). Diesen normativen Ansatz von Arbeitsprinzipien teilt zum Beispiel auch Stimmer, in dem er die Arbeitsprinzipien an die Orientierungsrate Anthropologie, Sozialphilosophie und Ethik rückgekoppelt einordnet (2006, S. 31). Den Ansatz von Meinholds Arbeitsprinzipien als eine Art Scharnier zu sehen, bei welchen sozialwissenschaftliches Wissen in das (methodische) Handeln von Sozialarbeitenden transportieren wird, teilt Stimmer jedoch nicht. Für Meinhold liefern Arbeitsprinzipien die «Begriffe, mit denen die Handelnden ihr Tun verstehen, deuten und legitimieren können.» (1998, S. 226) Dabei können sie sehr allgemein formuliert sein wie beispielsweise «Stadtteilorientierung», «Partizipation», oder bereits eine Eingrenzung beinhalten wie «Entlasten des Klienten», «Vernetzen» (S. 223). Weil die Arbeitsprinzipien einen verallgemeinernden Charakter aufweisen, lassen sie den Sozialarbeitenden einen Spielraum und können in der Ausformung je nach Situation angepasst werden. «In welchen Handlungen sich ein Arbeitsprinzip schliesslich niederschlägt, hängt von Situationen und Personen ab.» (S. 226) Das liegt daran, dass Arbeitsprinzipien als konzeptioneller Überbau immer nur einen Ausschnitt eines komplexen Geschehens beleuchten, es bleibt ein Handlungsspielraum zwischen der konzeptionellen Idee und dem tatsächlichen Verhalten der Fachkraft (S. 226).

Um im folgenden Arbeitsprinzipien formulieren zu können, erfolgt eine Orientierung an dem Ansatz, dass sich Arbeitsprinzipien aus dem Erklärungswissen von Sozialwissenschaften und dem Wissen über spezielle Lebenslagen von Klienten und Klientinnen speisen. Das erarbeitete sozialwissenschaftlichen Wissen (vgl. 3. *Psychische Gesundheit*, 4 *Förderung der psychischen Gesundheit* und 6.2. *Risiko- und Schutzfaktoren der psychischen Gesundheit von älteren Menschen*) soll durch die Arbeitsprinzipien für die praktische Ebene des Alltages von Sozialarbeitenden nutzbar werden. Die zweite mögliche Quelle von Arbeitsprinzipien, die normative Ebene der Sozialen Arbeit, wird in der Erarbeitung nicht berücksichtigt, da diese Ebene nicht das Thema dieser Thesis darstellt.

Für die Erarbeitung der Prinzipien werden verschiedene Quellen als Bezugswissen herbeigezogen. Einerseits wurde bereits im Kapitel 6.2. *Schutz- und Risikofaktoren der psychischen Gesundheit von älteren Menschen* vielfältiges Wissen erarbeitet, welches in die Arbeitsprinzipien einfließen soll. Zum anderen wird auf Strategien und Ideen zur Förderung der psychischen Gesundheit zurückgegriffen, welche bereits von verschiedenen Akteuren und Akteurinnen erarbeitet wurden. Explizit die Förderung der psychischen Gesundheit von älteren Menschen ist ein Thema, das in der interdisziplinären gerontologischen Forschung bereits bearbeitet wurde. Konkrete sozialarbeiterische Ansätze, können aus der klinischen Sozialarbeit herbeigezogen werden. Dieses Wissen soll auch für das Erarbeiten der Arbeitsprinzipien als Bezugsquellen und Inspirationsquellen genutzt werden. Ausgewähltes Wissen aus diesen Bezugsquellen wird in den nächsten zwei Kapiteln 7.3. *Strategien aus der Gerontologie* und 7.4. *Strategien aus der klinischen Sozialarbeit* präsentiert. Die Arbeitsprinzipien dieser Arbeit basieren auf einer Synthese von drei Wissensquellen (Schutz- und Risikofaktoren der psychischen Gesundheit im Alter, Gerontologie und klinische Sozialarbeit). Sie sind aber auch das Ergebnis eines kreativen Prozesses. Das vorhandene Wissen zur Förderung der psychischen Gesundheit wird mit eigenen Ideen der Autorinnen verknüpft und ist das Ergebnis einer Synthese. Dabei ist das Forschungswissen prägend für die eigenen Ideen, weshalb sie auch vorgängig referiert werden. Die erarbeiteten Ergebnisse der Arbeitsprinzipien gehen aber über das schlichte Wiedergeben der Bezugsquellen hinaus. Sie sind eine eigenständige Weiterverarbeitung und bewusst hergestellte Eigenleistung dieser Arbeit.

Jeweils zugeordnet zu den Arbeitsprinzipien werden auch Handlungsideen erarbeitet. Dabei handelt es sich um Methoden, Verfahren und Techniken, die zur Umsetzung der Arbeitsprinzipien geeignet sein könnten. Nicht jede dieser Ideen ist für jede Situation geeignet, denn die Stärke der Arbeitsprinzipien liegt ja gerade darin, dass bewusst ein Handlungsspielraum für die Sozialarbeitenden gelassen wird. Jedes Prinzip kann sich in der sozialarbeiterischen Praxis auf verschiedene Arten verwirklichen lassen. Die Handlungsideen in dieser Arbeit sind nicht als vollständig oder repräsentativ zu betrachten. Sie werden auch

nicht bezogen auf eine bestimmte Theorie oder Methode hin entwickelt. Sie sollen als Inspirationsquelle für das methodische Handeln in der Praxis dienen und die Intention der erarbeiteten Arbeitsprinzipien verdeutlichen.

### 7.3. Strategien aus der Gerontologie

Gesundheitsförderung im Alter ist in einer alternden Gesellschaft ein grosses Thema. Von Seiten der politischen Organisationen, des Gemeinwesens wie auch dem interdisziplinären Fachbereich der Gerontologie wurden in westliche Ländern verschiedene Strategien und Projekte zur Förderung der allgemeinen Gesundheit, wie auch spezifisch der psychischen Gesundheit im Alter entwickelt.

Die Gerontologie ist dabei geprägt von einer Interdisziplinarität (Kühnert & Ignatzi, 2019, S. 30; Grolimund Daepf, 2017, S. 51). Verschiedene Bildungseinrichtungen wie beispielsweise das Institut Alter der Berner Fachhochschule oder die Universität Zürich mit ihrem Zentrum für Gerontologie haben interdisziplinäre Kompetenzzentren für Forschung und Weiterbildung eingerichtet. Dellenbach und Angst von ebendiesem Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich haben unterschiedliche europäische Projekte für verschiedene Risikogruppen, bspw. «offene Gesprächsnachmittage für verwitwete Frauen in Zürich» (CH), «In anticipation of the golden years» (NL), «aktiv55plus – Gesundes und aktives Altern in Radevormwald» (D), «Caregivers out of Isolation» (CAN), «Western Health Action Zone» (Ireland/UK) zur Förderung der psychischen Gesundheit von verschiedenen Risikogruppen im Alter analysiert und evaluiert. Einige Strategien und Massnahmen haben sich in verschiedenen evaluierten Projekten als erfolgreich erwiesen:

- Förderung eines gesunden Lebensstils
- Anreize zu spirituellen und kreativen Aktivitäten
- Vermittlung von Bewältigungsstrategien und Kompetenzen
- Möglichkeiten zur sozialen Integration
- Verbesserung kommunaler Partizipation
- Verfügbarkeit von Möglichkeiten für sicheres und unabhängiges Leben
- Zugang zu sozialer Unterstützung und sozialen Netzwerken
- Bekämpfung von Altersdiskriminierung  
(Dellenbach & Angst, 2011, S. 39-40).

Auch im kanadischen Programm «Older Adults 55+» des Centre for Addiction and Mental Health (CAMH), Kanadas grösstes Lehrspital für psychische Gesundheit und ein weltweit führendes Forschungszentrum für psychische Gesundheit (CAMH, 2019), wurden konkrete Empfehlungen für die Förderung der psychischen Gesundheit im Alter verfasst. Ein Teil der Empfehlungen ist politischer Natur. Jene sind auf der Ebene einer beratenden Sozialen Arbeit

so nicht umsetzbar und werden darum hier nicht miteinbezogen. Ergänzend zu den Ergebnissen von Dellenbach und Angst enthält das Programm «Older Adults 55+» des CAMH weitere Punkte, mit denen die psychische Gesundheit im Alter gefördert werden soll. Einerseits soll ein Schwerpunkt auf Resilienz und Empowerment gelegt werden mithilfe von:

- Selbsthilfegruppen, um älteren Personen dabei zu helfen, kritische Lebensereignisse zu meistern.
- Workshops zum Entwickeln von Fähigkeiten (z. B. Verhaltensmanagement, Stressmanagement, Lebensweisen, Sprache, körperliche Aktivität)

Andererseits können auch die (sozialen) Unterstützungssysteme gestärkt werden durch:

- die Entwicklung oder Optimierung eines starken sozialen Netzwerks für ältere Personen, einschliesslich emotionaler, sozialer und physischer Unterstützung durch Gemeinde- und Gesundheitsdienste sowie finanzielle Unterstützung und Transportmöglichkeiten
- Formelle und informelle Netzwerke und Unterstützungssysteme mit der Familie, mit Freunden und mit Dienstleistungsanbietern

(zitiert nach Dellenbach & Angst, 2011, S. 65-66).

#### **7.4. Strategien aus der klinischen Sozialarbeit**

Für die Erarbeitung der Arbeitsprinzipien greifen die Autorinnen neben den Strategien und Massnahmen aus dem Bereich der Gerontologie auf Erkenntnisse der klinischen Sozialarbeit zurück. Diese nimmt die sozialen Dimensionen von Krankheit in den Blick nimmt und bearbeitet jene (Sommerfeld et. al., 2016, S. 197). Obwohl die klinische Sozialarbeit in ihrem Verständnis zu einem Zeitpunkt ansetzt, zu welchem Menschen bereits von einer Erkrankung im medizinischen Sinne betroffen sind, eignen sich die Ansätze durchaus auch für die Förderung der psychischen Gesundheit älterer Menschen. Dies weil sowohl bei der klinischen Sozialarbeit als auch bei der Förderung der psychischen Gesundheit durch die Soziale Arbeit der Mensch als bio-psycho-soziales Wesen gefördert werden sollte. Während in der klinischen Sozialarbeit eine Wiederintegration in die verschiedenen Teilbereiche der Lebensführung angestrebt wird, sollen durch die Förderung der psychischen Gesundheit solche Desintegrationsprozesse frühzeitig bearbeitet oder verhindert werden. Es können ähnliche Strategien und Massnahmen genutzt werden.

Die klinische Sozialarbeit ist eine: «Teildisziplin der Sozialen Arbeit, die sich mit psychosozialen Störungen und den sozialen Aspekten psychischer und somatischer Störungen/Krankheiten und Behinderungen unter Berücksichtigung der Lebenslage der

Betroffenen befasst.» (Pauls, 2013, S. 22) Homfeldt und Sting ergänzen, dass es sich bei der klinischen Sozialarbeit im klassischen Sinne um das Arbeitsfeld in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken handelt, dass darunter aber auch weitere Aufgabenfelder der Sozialen Arbeit in der Gesundheitsversorgung zu verstehen wären, ohne diese weiteren Aufgabenfelder jedoch näher zu umschreiben (Homfeldt & Sting, 2006, S. 198). Helmut Pauls arbeitete ein erfahrungsorientiertes Konzept der klinischen Fallarbeit aus, in welchen er neben konkreten Behandlungsschritten auch Haltungen erarbeitete, welche als eine Grundlage für die Entwicklung der Arbeitsprinzipien dienen können. Dazu gehören handlungsleitende Prinzipien wie:

- Aktive Hilfe geben, Erfolge erreichen
- Emotionale Entlastung ermöglichen
- Würde achten und Selbstwert fördern
- Verstehend-erklärend mit Symptomen umgehen
- Soziale Unterstützung aktivieren

(Pauls, 2013, S. 370).

Als Ergänzung dazu nimmt Ningels auf Antonovsky und der Beeinflussungsmöglichkeit des Kohärenzgefühls vom Klienten und Klientinnen durch klinisch-sozialarbeiterische Interventionen Bezug. Zwar geht Antonovsky davon aus, dass sich das Kohärenzgefühl im Kindes- und Jugendalter herausbildet und danach relativ stabil bleibt. Dennoch gibt es Möglichkeiten, das Kohärenzgefühl positiv zu stärken (zitiert nach Ningel, 2011, S. 59):

- Betroffene sollen sich als konsistent erleben → Einfluss auf die Komponente des Verstehens (Antonovsky, 1997, S. 37).
- Gute Belastungsbalance fördern → Einfluss auf die Komponente der Handhabbarkeit (S. 37).
- Partizipation an der Gestaltung von Handlungsergebnissen → Einfluss auf die Komponente der Bedeutsamkeit (S. 37)

Als weitere Grundlage können Erkenntnisse dienen, welche im Zusammenhang mit dem Recovery-Ansatz erarbeitet wurden. Es handelt sich dabei um einen Ansatz, welcher für die Clinical Social Work in der USA einen wichtigen theoretischen Bezugsrahmen bildet (Sommerfeld et al., 2016, S. 10). Im Unterschied zum deutschsprachigem Raum, wo die klinische Sozialarbeit sich erst langsam etabliert und ein eigenes Selbstverständnis entwickelt, nimmt die Soziale Arbeit in den USA im Kontext von psychischen Krankheiten eine bedeutsame Rolle ein, welche «einen relativ grossen Teil der Versorgung und Behandlung psychischer Kranker gewährleistet.» (ebd.).

Beim Recovery-Ansatz steht die Genesung im Mittelpunkt, wobei damit nicht unbedingt die vollständige Heilung und die Bewältigung von Symptomen gemeint ist. Der Ansatz setzt bei dem subjektiven Befinden der Betroffenen an. So soll mittels eines individuellen Auseinandersetzungsprozesses ein Weg gefunden werden können, trotz einer Erkrankung ein aktives und zufriedenes Leben zu führen. Es wird nicht ausschliesslich die Genesung angestrebt. Im Recovery-Ansatz geht es vor allem auch darum, dass trotz weiterem Bestehen einer psychischen Erkrankung, negative Einflüsse reduziert werden können und damit verstärkten Bezug auf das subjektive Empfinden von Zufriedenheit und Lebensqualität zu nehmen (Knuf, 2016, S. 12-13). Im Folgenden werden ausgewählte Beispiele förderlicher Recovery-Faktoren aufgeführt, welche im Rahmen eines gross angelegten Forschungsprogramms von Onken, Dumont, Ridgway, Dorman und Ralph in den USA, welches die Qualität des «Mental Health Systems» in Verbindung mit dem Recovery-Ansatz untersuchte, herausgearbeitet wurden (zitiert nach Sommerfeld et al., 2016, S. 209):

- Lebbares Einkommen (. . . .)
- Sinnvolle Einordnung der Krankheit / Symptome in Bezug auf Person und Lebensführung (meaning making) (. . . .)
- Beteiligung an der Behandlungsplanung (. . . .)
- Persönliche Bindungen (mindestens eine) / intime Beziehung(en) (. . . .)
- Austausch über Erfahrungen (. . . .)
- Freiwilligenarbeit (wenn subjektiv sinnvoll)
- Case Management mit angemessenen Fallzahlen / koordinierte Hilfeleistungen (. . . .)
- Förderung von Selbstbestimmung und Bemächtigung (Empowerment)

Sowohl die Prinzipien, welche Pauls in seinem Konzept der klinischen Fallarbeit aufführt, jene Ansätze von Antonovsky zur positiven Beeinflussung des Kohärenzgefühls, als auch jene referierten förderlichen Faktoren für die psychische Gesundheit des Recovery-Ansatzes, zeigen eindeutige Parallelen zu den in *Kapitel 6.2.* erarbeiteten Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit älterer Menschen.

## 7.5. Konkretisierte Arbeitsprinzipien

<u>Schutzfaktor</u>	<u>Arbeitsprinzip</u>	<u>Handlungsideen</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• positive Altersbilder</li> <li>• Wertschätzung des Alters</li> </ul>	«Positive Altersbilder vermitteln»	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Förderung eines positiven Altersbildes, welches die Ressourcen des Alters für die Mitglieder der Gesellschaft betont</li> <li>• Auseinandersetzung mit den eigenen Altersbildern</li> <li>• Thematisierung von negative Altersbildern in Gesprächen mit Klienten (bspw. Selbstaussagen bearbeiten und ein positives Bild gegenüberstellen)</li> <li>• Sensibilisierung der anderen Professionen in der Gemeinschaftspraxis betreffend Altersbildern</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einkommen</li> </ul>	«Finanzielle Verhältnisse thematisieren und bearbeiten»	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zugang zu Sozialversicherung ermöglichen (bspw. beantragen von Ergänzungsleistungen)</li> <li>• Anträge an Stiftungen verfassen</li> <li>• kostenlose / kostengünstige Angebote vermitteln</li> <li>• Budgetberatung</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zugang zu Bildung und Austauschgefässen</li> </ul>	«Förderung von Kompetenzen»	<ul style="list-style-type: none"> <li>• über Bildungsangebote und Kurse (bspw. von Pro Senectute) informieren und vermitteln</li> <li>• initiieren und begleiten von Selbsthilfe- und Austauschgruppen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zugang zu Beratungs- und Dienstleistungsangeboten</li> <li>• lokale Vernetzung</li> </ul>	«Vernetzung fördern»	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vernetzung mit Angeboten aus der Region und dem sozialen Nahraum</li> <li>• Koordination und Triage zu und mit diesen Angeboten für die Klientel</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitbestimmung in Veränderungsprozessen</li> </ul>	«Position der Klientel in Veränderungsprozessen stärken»	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partizipation ermöglichen</li> <li>• informieren und vernetzen mit Dienstleitungen und Betreuungsangeboten</li> <li>• systemisch orientierte Gespräche mit allen Beteiligten in Krisen und Übergangssituationen</li> <li>• Thematisierung von Tod (bspw. Patientenverfügung)</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• geeignete Wohnbedingungen</li> <li>• Mitbestimmung in Veränderungsprozessen</li> <li>• Möglichkeit zur Mobilität</li> </ul>	<p style="text-align: center;">«Autonome Lebensführung unterstützen»</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Übergang in eine andere Wohnform (bspw. Altersheim, Alterswohnung) organisieren</li> <li>• Informationen zu baulichen Massnahmen vermitteln</li> <li>• Vermittlung respektive Organisation von privaten oder kommunalen Transportmöglichkeiten</li> <li>• organisieren von unterstützenden Maßnahmen um ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen (bspw. Spitex, Nachbarschaftshilfe)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• hohe Selbstwirksamkeit</li> <li>• hohe Kontrollüberzeugung</li> <li>• Kohärenzgefühl</li> </ul>	<p style="text-align: center;">«Verständnis von Zusammenhängen und Lebensereignisse schaffen»</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sinnthematik bearbeiten (bspw. durch Biographiearbeit oder «meaning making»)</li> <li>• Hilfestellung zur positiven Deutung von Situationen bieten, (bspw. Reframing)</li> <li>• Wissensvermittlung über den Zusammenhang von Körper, Psyche und sozialem Leben</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• soziale Teilhabe bspw. Zugang zu Freiwilligenarbeit</li> <li>• positive soziale Rolle</li> <li>• Weak-Ties</li> </ul>	<p style="text-align: center;">«Soziale Teilhabe ermöglichen»</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hilfe zur Organisation von Freiwilligenarbeit</li> <li>• Vernetzung mit sozialen und/oder politischen Angeboten und Vereinen</li> <li>• Vermittlung von sinnstiftenden Aufgaben</li> <li>• in Beratung vorhandene soziale Rollen betonen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• lokale Vernetzung</li> <li>• Vertrauenspersonen</li> <li>• Weak-Ties</li> </ul>	<p style="text-align: center;">«Soziale Ressourcen ermitteln und stärken»</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• informieren und vernetzen zu und mit Kursen und Freizeitangeboten</li> <li>• Beratung zu Beziehungsgestaltung mit Vertrauenspersonen</li> <li>• systemisch orientierte Gespräche mit allen Beteiligten in Krisen und Übergangssituationen</li> <li>• informelle Netzwerke und Unterstützungssysteme mit Familie und mit Freunden fördern</li> </ul>

Abbildung 11. Arbeitsprinzipien für Sozialarbeitende zur Förderung der psychischen Gesundheit älterer Menschen in Gemeinschaftspraxen.

## 8. Schlusswort

### 8.1. Beantwortung der Fragestellung

Die leitende Fragestellung dieser Bachelorarbeit lautet:

***Wie kann die Soziale Arbeit im Rahmen von interdisziplinären Gemeinschaftspraxen die psychische Gesundheit im Alter fördern?***

Dieser Frage gingen die Autorinnen schrittweise in drei Teilfragen nach. Die Fragen wurden im Laufe der Arbeit in verschiedenen Kapiteln beantwortet. In diesem Abschnitt werden diese Antworten zusammengefasst. Die Beantwortung der Fragestellung erfolgt anhand der Beantwortung der Teilfragen.

Die erste Teilfrage lautet:

*Wie soll die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen medizinischem Fachpersonal und Sozialarbeitenden in einer Gemeinschaftspraxis gestaltet werden, damit eine Sensibilisierung auf die psychische Gesundheit im Alter erfolgt und eine erfolgreiche Zusammenarbeit möglich ist?*

Da die Soziale Arbeit in Gemeinschaftspraxen ein neues Arbeitsfeld in der Schweiz ist und diesbezüglich kaum Erfahrungswerte, geschweige denn konkrete Modelle der Zusammenarbeit bestehen, an welchen die Autorinnen sich hätten orientieren können, versuchten diese eine Vision der Sozialen Arbeit im Kontext einer interdisziplinären Gemeinschaftspraxis zu entwerfen. Im Fokus stand dabei die Frage, welche Voraussetzungen es für die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen medizinischen Fachpersonen und Sozialarbeitenden braucht, damit Menschen in der Lebensphase Alter bezüglich einer Vulnerabilität der psychischen Gesundheit erkannt werden können. Grundsätzlich wurde festgestellt, dass eine gemeinsame Grundhaltung in der Gemeinschaftspraxis vorhanden sein muss. Alle Mitarbeitenden müssen sich bewusst sein, dass Gesundheit nicht nur durch biologische Faktoren, sondern eben auch durch psychologische und soziale Faktoren beeinflusst und verursacht wird. Die sozialen Aspekte müssen sowohl für die Diagnose als auch für die Behandlung berücksichtigt werden. In der ausführlichen Thematisierung dieser Frage im Kapitel 5. *Handlungsfeld Gemeinschaftspraxis* wurden im Unterkapitel 5.3. *Möglichkeiten für die gelingende Zusammenarbeit* drei konkrete Vorschläge für eine erfolgreiche Zusammenarbeit erarbeitet:

- Klärung der Rollen und Kompetenzen der Sozialen Arbeit innerhalb der Gemeinschaftspraxis
- Sensibilisierung aller Berufsgruppen über die Wirkmechanismen und die Einflussfaktoren der psychischen Gesundheit
- gemeinsame Sammlung von sozialen Informationen durch alle Berufsgruppen

Die zweite Teilfrage lautet:

*Auf welches Wissen aus den Sozialwissenschaften kann die Soziale Arbeit zurückgreifen, um Einflussfaktoren für die psychische Gesundheit im Alter zu erkennen?*

Die psychische Gesundheit wird durch unterschiedliche Einflussfaktoren bestimmt, welche mittels der Determinanten von Gesundheit (vgl. 3.4 Dimensionen von Gesundheit) systematisiert werden können. Dadurch wird ersichtlich, dass Gesundheit sich aus einem Wechselspiels von biologischen Faktoren, der individuellen Lebensweise, den sozialen und kommunalen Netzwerken, der Lebens- und Arbeitsbedingungen, sowie den allgemeinen Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt ergibt. Forschungsarbeiten aus dem Bereich der Sozialwissenschaften differenzieren die individuellen Einflussfaktoren der psychischen Gesundheit, in dem sie die Gesundheitsdeterminanten konkretisieren und positive sowie negative Einflussgrößen ausmachen.

Auf die individuelle Ebene angewandt, können die verschiedenen Seiten dieser Determinanten als Schutz- und Risikofaktoren der psychischen Gesundheit betrachtet werden. In der Zusammenstellung der konkreten Schutz- und Risikofaktoren für Menschen in der Lebensphase Alter im Kapitel 6.3. *Zusammenfassung der Risiko- und Schutzfaktoren* wurde eine Zusammenfassung der wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Einflussfaktoren der psychischen Gesundheit von älteren Menschen erarbeitet. Allgemein können Schutz- und Risikofaktoren für die Soziale Arbeit als konkreter Ansatzpunkt für Interventionen im Bereich der Gesundheitsförderung genutzt werden. Durch die Stärkung der individuellen Schutzfaktoren und der Senkung der Risikofaktoren kann die psychische Gesundheit gefördert werden.

Die erarbeitete Darstellung dieser Arbeit am Ende von Kapitel sechs kann als Instrument dazu dienen, die unterschiedlichen Belastungsfaktoren bei Individuen zu erkennen, miteinander in Verbindung zu bringen und bei einem festgestellten negativen Ungleichgewicht ältere Menschen mit Unterstützungsbedarf rascher zu identifizieren.

Die dritte Teilfrage lautet:

*Nach welchen Arbeitsprinzipien sind sozialarbeiterische Interventionen im Rahmen einer Gemeinschaftspraxis möglich, um die psychische Gesundheit im Alter zu fördern und zu stärken?*

Als eine Eigenleistung dieser Arbeit wurden eigenständig Arbeitsprinzipien entwickelt, um die Schutzfaktoren der psychischen Gesundheit bei älteren Menschen zu stärken. Diese beruhen auf den wissenschaftlichen Erkenntnissen, welche betreffend den Schutz- und Risikofaktoren der psychischen Gesundheit älterer Menschen erarbeitet wurden, sowie auf methodischen Ansätzen der Gesundheitsförderung aus der Gerontologie und aus der klinischen Sozialarbeit. Ergänzt wurden die Arbeitsprinzipien mit konkreten Handlungsideen für die sozialarbeiterische Praxis. Insgesamt wurden neun Arbeitsprinzipien erarbeitet:

- Positive Altersbilder vermitteln
- Finanzielle Verhältnisse thematisieren und bearbeiten
- Förderung von Kompetenzen
- Vernetzung fördern
- Position der Klientel in Veränderungsprozessen stärken
- Autonome Lebensführung unterstützen
- Verständnis von Zusammenhängen und Lebensereignisse schaffen
- Soziale Teilhabe ermöglichen
- Soziale Ressourcen ermitteln und stärken

## 8.2. Fazit

Das Endprodukt dieser Bachelorthesis besteht aus den erarbeiteten Arbeitsprinzipien. Sie können als Hilfestellung für Sozialarbeitenden dienen, um die psychische Gesundheit fördern können. Diese Arbeitsprinzipien erfinden aber das Rad nicht neu. Obwohl sie spezifisch für die psychische Gesundheit erarbeitet wurden, bleiben sie doch relativ allgemein. Einige der Prinzipien können auch als allgemeine Prinzipien einer «guten» Sozialen Arbeit betrachtet werden. Beispielsweise entspricht das Arbeitsprinzip «autonome Lebensführung unterstützen» einer Sozialen Arbeit, die sich ethisch an der Förderung der Autonomie ihrer Klientel orientiert. Dieses Resultat ist einerseits ernüchternd, weil auf den ersten Blick in den Arbeitsprinzipien nicht viel Neues vorhanden ist. Andererseits kann dies auch als sehr positives Ergebnis gewertet werden. Denn wenn man davon ausgeht, dass einige dieser Arbeitsprinzipien einer allgemeinen «guten» Sozialen Arbeit entsprechen, dann fördern viele Sozialarbeitende im Alltag die psychische Gesundheit ihrer Klientel, ohne sich dessen bewusst zu sein. Denn auch wenn die Arbeitsprinzipien für den Kontext einer interdisziplinären Gemeinschaftspraxis und für die Arbeit mit älteren Menschen entwickelt wurden, können sie auch in anderen Arbeitsfeldern und mit Klienten und Klientinnen in anderen Lebensphasen benutzt werden. Daraus könnte sich die Hypothese formulieren lassen, dass eine «gute» Soziale Arbeit die psychische Gesundheit zum Positiven beeinflusst. Das Neue, dass in Bezug auf die Interaktion von Sozialarbeitenden und Klientel auf der Mikroebene erarbeitet wurde, ist ein vertieftes Verständnis der Zusammenhänge der allgemeinen Lebensführung, der psychischen Gesundheit und wie sich diese gegenseitig beeinflussen.

Die Ergebnisse dieser Arbeit beinhalten Implikationen für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Die Soziale Arbeit ist imstande, im Gesundheitswesen einen wichtigen Beitrag zu leisten. Momentan wird die Stärke der Sozialen Arbeit in diesem Feld nur bedingt eingesetzt. Das Verständnis von Gesundheit als bio-psycho-soziales Produkt, welche durch unterschiedliche Determinanten beeinflusst wird, berechtigt aus der Sicht der Autorinnen die Soziale Arbeit dazu, im Handlungsfeld Gesundheitswesen selbstbewusster aufzutreten. Wenn es darum geht, bereits erkrankte Menschen im Genesungsprozess zu unterstützen und eine Wiedereingliederung in das «normale» Leben zu ermöglichen, wurde bereits erkannt, dass die soziale Dimension nicht vernachlässigt werden kann (*vgl. 7.4. klinische Sozialarbeit*). Im Bereich der Gesundheitsförderung wird jedoch das Potential der Sozialen Arbeit kaum genutzt, obwohl es auf der Grundlage der Schutz- und Risikofaktoren für die psychische Gesundheit eine Vielzahl von konkreten Ansatzpunkten für sozialarbeiterische Interventionen geben würde, wie dies in dieser Thesis aufgezeigt wurde. Die dargestellten Zusammenhänge verdeutlichen, dass die soziale Dimension einen signifikanten Einfluss auf die psychische Gesundheit hat. Somit dürfen sich Sozialarbeitende beim Thema Gesundheit nicht aus der

Verantwortung ziehen und jene nur auf medizinischen Praktiker und Praktikerinnen abwälzen, wie beispielsweise auf den Hausarzt oder die Hausärztin.

Zu berücksichtigen ist ausserdem, dass zwischen der psychischen Gesundheit und den Problemen in der Lebensführung Wechselwirkungen in beide Richtungen bestehen. Einerseits haben soziale Problematiken in der Lebensführung einen negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit und verschlechtern diese. Andererseits beeinflusst eine schlechte psychische Gesundheit und psychische Problemlagen die allgemeine Lebensführung negativ und kann zu Ausschluss aus Teilsystemen derselben führen. Dieser zweite Aspekt der Exklusion wurde in dieser Arbeit nur an Rande erwähnt, muss aber in der Praxis ebenfalls berücksichtigt werden. Fachpersonen aus dem medizinischen Bereich, wie auch Sozialarbeitende, müssen sich dieser Wechselwirkung und der Bedeutung der psychischen Gesundheit bezogen auf die Lebensführung bewusst sein und beide Aspekte miteinbeziehen.

Weiterhin wäre es vor allem für die Klienten und Klientinnen von hoher Relevanz, dass sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen medizinischen Fachpersonal und Sozialarbeitenden verbessert. So würden sie vermehrt als Menschen mit all ihren biologischen, psychologischen und sozialen Aspekten betrachtet und entsprechend unterstützt und behandelt werden. Dabei sollte vor allem auf der Ebene der primären Grundversorgung der Medizin, ein Fokus auf eine bessere Zusammenarbeit gelegt werden. Die Hausärzte und Hausärztinnen, als erste Anlaufstelle für Leiden physischer und psychischer Art, sind dazu prädestiniert, Gesundheitsförderung zu betreiben (*vgl. 1.5. Handlungsfeld Gemeinschaftspraxis*). Nicht nur die Autorinnen vertreten diesen Ansatz, auch im nationalen Projekt «Best Practice Empfehlungen zur Gesundheitsförderung im Alter» werden Hausärzte und Hausärztinnen als prädestinierte Partner für eine Gesundheitsförderung im Alter angesehen und es werden Wege zur Gesundheitsförderung durch eben diese gesucht (Zoller, Badertscher & Rossi, 2011, S. 2).

Diese Thesen leisten einen Beitrag dazu, einen konkreten Nutzen – jener der Förderung der psychischen Gesundheit bei älteren Menschen – der Sozialen Arbeit innerhalb Gemeinschaftspraxen aufzuzeigen. Soziale Arbeit hat in diesem Kontext, neben der Förderung der psychischen Gesundheit, auch noch weiteres Potenzial. Aufgrund ihrer Kernkompetenzen des Empowerments und der Ressourcenorientierung, dem Leisten von lebenspraktischer Unterstützung, der Netzwerkarbeit und Methoden zur Koordinierung wie das Case Management, kann sie einen Gewinn für eine patientenfokussierte und bio-psycho-sozial orientierte Versorgung darstellen. Auch das lancierte Pilotprojekt der BFH, welches in ausgewählten Arztpraxen Sozialarbeitende implementiert (*vgl. 2.4. Soziale Arbeit in der medizinischen Grundversorgung*), sieht in der Funktion der Sozialen Arbeit in diesem Setting

eine Chance, um eine bedarfsgerechte Versorgung zu fördern und damit gesundheitliche Abwärtsspiralen zu verhindern.

### **8.3. Ausblick**

Während der Erarbeitung dieser Thesis wurde die Grenze einer theoretischen Abschlussarbeit im Rahmen eines Bachelorstudienganges erfahren. Die Perspektive des medizinischen Fachpersonals, welche vor allem zur Beantwortung der ersten Teilfrage wichtig gewesen wäre, konnte nicht ausreichend miteinbezogen werden. Die unterschiedlichen Kompetenzen und das unterschiedliche Fachwissen von allen beteiligten Professionen miteinzubeziehen war in dieser Thesis, welche in erster Linie auf theoretischem Wissen aus der Sozialen Arbeit und deren Bezugswissenschaften basiert, nicht möglich. Ob die Vision der Autorinnen von einer Gemeinschaftspraxis mit integrierter Sozialer Arbeit in der vorgestellten Form überhaupt möglich ist und in welchen Bereichen es Optimierungspotential gäbe, müsste unter Einbezug des Know-Hows des medizinischen Fachpersonals von Gemeinschaftspraxen genauer überprüft werden.

Weiterhin müsste die Form der Finanzierung der Sozialen Arbeit in Gemeinschaftspraxen geklärt werden. Ob diese, wie die Praxisassistenten respektive Praxisassistentinnen, direkt von den Einnahmen der Hausärzte respektive der Hausärztinnen bezahlt werden - wie dies in der Praxis Salutomed der Fall ist (Rüegger et al., S. 26, 2019) - oder ob allenfalls ein Vergütungssystem über den Kanton (evtl. über die Gesundheits- und Fürsorgedirektion) möglich wäre müsste geklärt werden. Auch die Anerkennung und eine mögliche Abrechnung über die Krankenkassen wäre eine Möglichkeit, die geprüft werden könnte.

Auch mit dem bereits vorhandenen Fachwissen und Erfahrungen der Sozialen Arbeit in der primären Gesundheitsversorgung aus dem englischsprachigen Raum (USA, Kanada und Neuseeland) zu welchen auch diverses empirisches Datenmaterial erhoben wurde, würde sich einer vertieften Auseinandersetzung lohnen. Dafür müssten diese Gesundheitssysteme vergleichend mit dem schweizerischen Gesundheitssystem betrachtet werden und eine detaillierte Auswertung vorgenommen werden, welche Ansätze und Erfahrungen in das hiesige System implementiert werden könnten.

Wissen aus der klinischen Sozialen Arbeit könnte ebenfalls verstärkt in den Blick genommen werden, um verbreitete Methoden aus dem Bereich der klinischen Sozialarbeit auf ihre Anwendbarkeit für die Soziale Arbeit in Gemeinschaftspraxen näher zu untersuchen und allenfalls zu adaptieren. Beispielsweise würde es sich lohnen, die für die klinische Sozialarbeit wichtige Methode des Case Managements - welche sich besonders für die koordinierte Zusammenarbeit in komplexen Fällen zur Vermittlung bedarfsgerechter Unterstützung im Einzelfall eignet («Einzelfallhilfe», 2016) - auf eine mögliche Anwendung in Gemeinschaftspraxis näher zu untersuchen.

Diese Ansätze und Ideen wären wichtig um eine allgemeine Soziale Arbeit in interdisziplinären Gemeinschaftspraxen zu stärken. Um aber in der Praxis explizit die Förderung der psychischen Gesundheit von älteren Menschen durch die Soziale Arbeit zu erfassen, müsste diese Frage spezifisch in einer empirischen Forschung, womöglich als Teilfrage im dem Pilotprojekt der BFH welches Sozialarbeitenden in Arztpraxen implementiert, untersucht werden.

### Gesellschaftliche Aspekte

Diese Thesen verdeutlicht, dass es bei dem Thema der psychischen Gesundheit auch um das Thema der sozialen Ungleichheit geht. Der Einfluss von Faktoren der sozialen Ungleichheit wird in Bezug auf die Gesundheit im öffentlichen Diskurs kaum thematisiert. Als Beispiel sei an dieser Stelle nochmals auf die Kampagne des Netzwerkes Psychische Gesundheit «10 Schritte zur psychischen Gesundheit» verwiesen, welche in der Einleitung erwähnt wurde. Die Zielsetzung dieser Kampagne ist es, die Bevölkerung darüber aufzuklären, was der oder die Einzelne zur Förderung seiner psychischen Gesundheit tun kann (Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen, 2016).

In dieser Formulierung und in den Plakaten der Kampagne wird ausschliesslich an die Eigenverantwortung des Einzelnen appelliert. Damit werden die gesellschaftlichen Einflüsse betreffend die psychische Gesundheit ausgeblendet. In Anbetracht des Wissens über die sozio-ökonomischen Ungleichheiten und wie sich diese auf die psychische Gesundheit auswirken, erscheint diese Individualisierung der psychischen Gesundheit in die Kampagne unzureichend. Dem gesellschaftlichen Trend zum Trotz, sollten sich Sozialarbeitenden bewusst sein, dass die psychische Gesundheit nicht nur die individuelle Lebensgeschichte betrifft, sondern auch durch gesellschaftliche Zusammenhänge und soziale Ungleichheiten geprägt wird und psychische Problematiken individualisiert betrachtet werden sollten.

In der Bearbeitung von sozialer Ungleichheit durch die Soziale Arbeit hat das politische Engagement und die Gemeinwesenarbeit bereits eine lange Tradition. Auch in Bereich der psychischen Gesundheit sollten an solche Traditionen angeknüpft werden, damit nicht nur am Einzelfall «repariert» wird, sondern dass die gesellschaftlichen Voraussetzungen für eine «gute» psychische Gesundheit hergestellt werden können.

## **8.4. Persönliche Erkenntnisse**

Die angehenden diplomierten Sozialarbeiterinnen konnten aus der Beschäftigung mit Möglichkeiten der Förderung der psychischen Gesundheit älterer Menschen in interdisziplinären Gemeinschaftspraxen einige unterschiedliche persönliche Erkenntnisse für ihr zukünftiges berufliches Handeln gewinnen:

Für die eine Autorin schaffen die Erkenntnisse aus der Thesis eine bessere Legitimation für die Zusammenarbeit mit den Hausärzten und Hausärztinnen in ihrem derzeitigen Arbeitsfeld eines polyvalenten Sozialdienstes und verdeutlichen ihr, wie wichtig ein funktionierender Austausch und eine gemeinsame Problembearbeitung sein könnte. Beim Austausch mit Ärzten und Ärztinnen über ihre Klientel handelt es sich für die Sozialarbeitende jeweils um eine Gratwanderung zwischen Wahren der Privatsphäre und dem Abwägen, wie viele Informationen für eine klientenorientierte Soziale Arbeit notwendig sind. Durch das Bewusstsein der gegenseitigen Wechselwirkungen zwischen den biologischen, psychologischen und sozialen Ebenen und der Erkenntnis bezüglich der unterschiedlichen Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit, wird ein Austausch mit dem medizinischen Fachpersonal besser legitimiert. Das bio-psycho-soziale Gesundheitsverständnis ist vor allem auch für eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit der Klientel wertvoll, welche kommuniziert werden sollte. Denn nicht nur die Fachkräfte (Sozialarbeitende und medizinisches Fachpersonal) sollten Kenntnisse über die unterschiedlichen Einflussfaktoren für die psychische Gesundheit haben, sondern auch unsere Klientel, wenn wir Sozialarbeitende dem Anspruch der Selbstermächtigung gerecht werden möchten. Zudem wurde für die Autorin durch die Erarbeitung der Arbeitsprinzipien deutlich, dass Sozialarbeitende einen wichtigen Beitrag zur Förderung der psychischen Gesundheit leisten können und das eigene Professionsverständnis wurde dadurch bereichert.

Für die andere Autorin haben die Erkenntnisse aus der Thesis vor allem das berufliche Selbstbewusstsein für eine eigene professionelle Haltung dem Thema Gesundheit gegenüber gestärkt. Beobachtungen aus der Praxis, bei welchen in bestimmten Situationen bei Klienten und Klientinnen sichtbar wurde, dass eine psychische Problematik vorhanden war, können nun besser eingeordnet und verstanden werden. In der Vergangenheit wurden von der Autorin solche Beobachtungen eher pathologisch eingeordnet (bspw. diese Person leidet unter einer Depression) und die Zuweisung zu einem Arzt oder einer Ärztin forciert. Mit dem Wissen über die Mechanismen und Einflussfaktoren der psychischen Gesundheit ist nun ein besseres Verständnis solcher Situationen vorhanden. Weiterhin gibt es nun Ideen und Ansatzpunkte für ein eigenständiges professionelles Handeln zur Stärkung der psychischen Gesundheit von Klienten und Klientinnen. Mit diesem verbesserten Verständnis und dem erweiterten Wissen über wirksame Handlungsmöglichkeiten, kann das Thema der psychischen Gesundheit im Berufsalltag vermehrt eigenständig bearbeitet werden, anstelle immer sofort eine Überweisung zu einer medizinischen Fachperson zu forcieren.

## 9. Quellenverzeichnis

### 9.1. Literaturverzeichnis

- Abel, Bettina, Ackermann, Günter, Biedermann, Andreas, Bürgi, Flavia, Kessler, Claudia, Schneider, Jvo, Steinmann, Ralph Marc & Widmer Howald, Franziska. (2016). *Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Grundlagen für kantonale Aktionsprogramme «Gesundheitsförderung im Alter»* [PDF]. Gesundheitsförderung Schweiz. Abgerufen von <https://gesundheitsfoerderung.ch/grundlagen/publikationen.html>
- Abel, Bettina & Mattig, Thomas. (2016). Editorial. In Gesundheitsförderung Schweiz (Hrsg.), *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne* (S. 3) [PDF]. Abgerufen von <https://gesundheitsfoerderung.ch/grundlagen/publikationen.html>
- Altgeld, Thomas & Kolpi, Petra. (2014). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In Klaus Hurrelmann, Theodor Klotz & Jochen Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch. Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 449-455) (4. vollst. überarbeit. Aufl.). Bern: Huber Verlag.
- Amstad, Fabienne, Bürli, Chantale, Schmucki, Margret & Schibli, Daniela. (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandsaufnahme und Handlungsfelder. Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik*. [PDF]. Bundesamt für Gesundheit. Abgerufen von <https://gesundheitsfoerderung.ch/grundlagen/publikationen.html>
- Aner, Kirsten & Karl, Ute. (2010). Einführung. In Kirsten Aner & Ute Karl (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S. 9-18). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Antonovsky, Aaron. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvtv-Verlag.
- Ashcroft, Rachelle, Kourgiantakis, Toula, Fearing, Gwendolyn, Robertson, Taylor & Brown, Judith Belle. (2019). Social Work's Scope of Practice in Primary Mental Health Care: A Scoping Review. *British Journal of Social Work*, 49, 318-334. doi: 10.1093/bjsw/bcy051
- Atzeni, Gina, Schmitz, Christoph & Berchthold, Peter. (2017). *Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit. Eine Studie im Auftrag SAMW* [PDF]. Schweizerische Akademie der Wissenschaften. Bern. Abgerufen von <https://www.samw.ch/>

- Avenir social & Schweizerischer Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. (2018). Leitbild Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen [PDF]. Abgerufen von <https://avenirsocial.ch/publikationen/verbandsbroschueren/>
- Avenir Social. (2014). *Die IFSW Definition der Sozialen Arbeit von 2014 mit Kommentar* [PDF]. Abgerufen von <https://avenirsocial.ch/>
- Baer, Niklas & Cahn, Theodor. (2008). Psychische Gesundheitsprobleme. In Katharina Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (S. 211-230). Bern: Huber.
- Baer, Niklas, Schuler, Daniela, Füglistler-Dousse, Sylvie & Moureau-Gruet, Florence. (2013). *Depressionen in der Schweizer Bevölkerung. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration. Obsan Bericht 56* [PDF]. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Abgerufen von [www.obsan.ch/publikationen](http://www.obsan.ch/publikationen)
- Bachmann, Nicole (2019). *Soziale Ressourcen. Förderung sozialer Ressourcen als wichtiger Beitrag für die psychische Gesundheit und eine hohe Lebensqualität* [PDF]. Gesundheitsförderung Schweiz. Abgerufen von <https://gesundheitsfoerderung.ch/grundlagen/publikationen.html>
- Becker, Peter. (2006). *Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Bengel, Jürgen & Lyssenko, Lisa. (2012). *Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter. Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter* [PDF]. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Abgerufen von [www.bzga.de](http://www.bzga.de)
- Bischoff, Tobias, Fabian, Carlo, & Janett, Sandra. (2019). Altersbezogene Stereotype und alterssensible Quartiere. *SozialAktuell*, 10, 18-19.
- Blaser, Martina & Amstad, Fabienne. (2016). Grundlagen und Definitionen. In Gesundheitsförderung Schweiz (Hrsg.), *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne Grundlagenbericht* (S. 15-19). Gesundheitsförderung Schweiz. Abgerufen von <https://gesundheitsfoerderung.ch/grundlagen/publikationen.html>

- Böhnisch, Lothar. (2010). Alter, Altern und Soziale Arbeit – ein sozialisatorischer Bezugsrahmen. In Aner, Kirsten & Karl, Ute (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S. 187-194). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Borrell-Carrio, Frances, Suchman, Anthony & Epstein, Ronald. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Annals of Family Medicine*, 6, 576-582.
- Boss, Veronika. (2016). Psychische Gesundheit älterer Menschen. In Gesundheitsförderung Schweiz (Hrsg.), *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne* (S. 107-116) [PDF]. Abgerufen von <https://gesundheitsfoerderung.ch/grundlagen/publikationen.html>
- Bramesfeld, Anke & Stoppe, Gabriela. (2006). Einführung. In Gabriela Stoppe, Anke Bramesfeld & Friedrich-Wilhelm Schwartz (Hrsg.), *Volkskrankheit Depression? Bestandesaufnahme und Perspektiven* (S.1-14). Heidelberg: Springer.
- Bundesamt für Gesundheit. (2019). *Gesund Altern. Überblick und Perspektiven zur Schweiz Gesundheitsförderung kennt kein Alter* [PDF]. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/>
- Bundesamt für Statistik. (2015). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz. 2015-2045* [PDF]. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/>
- Caspar, Franz, Pjanic, Irena & Westermann, Stefan. (2018). *Klinische Psychologie*. doi: 10.1007/978-3-531-93317-7
- Cuijpers, Pim, Bohlmeijer, Ernst, Riper, Helen & Smit, Filip. (2006). Prävention. In Gabriela Stoppe, Anke Bramesfeld & Friedrich-Wilhelm Schwartz (Hrsg.), *Volkskrankheit Depression?* (S. 341-357). Heidelberg: Springer.
- Dahlgren, Göran & Whitehead, Margaret. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health* [PDF]. Abgerufen von <https://core.ac.uk/>
- Dellenbach, Myriam & Angst, Silvia. (2011). *Förderung der psychischen Gesundheit im Alter. Bericht über das Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter»*. Universität Zürich Zentrum für Gerontologie. Abgerufen von <https://www.npg-rsp.ch/de/dokumente.html>

- Diebold, Monika & Widmer, Marcel. (2019). *Gesundheitsindikatoren zur älteren Bevölkerung in der Schweiz* [PDF]. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/>
- Döbl, Stefanie, Huggard, Peter & Beddoe, Liz. (2015). A hidden jewel: social work in primary health care in Aotearoa New Zealand. *Journal of Primary Health Care*, 7(4), 333-338. Abgerufen von <https://www.researchgate.net/>
- Egger, Josef W.. (2015). *Integrative Verhaltenstherapie und psychotherapeutische Medizin. Ein biopsychosoziales Modell*. Wiesbaden: Springer.
- Einzelfallhilfe. (2016). In Dieter Kreft & Ingrid Mielenz (Hrsg.), *Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik* (8. vollst. überarb. Aufl., S. 249). Weinheim: Beltz Juventa.
- Flor, Wiebke. (2011). Alter(n) und Gesundheitsförderung. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 19-24). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Franke, Alexa. (2012). *Modelle von Gesundheit und Krankheit* (3. überarbeitete Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.
- Franzkowiak, Peter. (2003). Zum Verhältnis von Sozialer Arbeit und Gesundheitsförderung. *Prävention Zeitschrift für Gesundheitsförderung*, 26(1), 25-28.
- Franzkowiak, Peter. (2006). *Präventive Soziale Arbeit im Gesundheitswesen*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Franzkowiak, Peter. (2011). Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 479-486). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Franzkowiak, Peter, Homfeldt, Hans Günter & Mühlum, Albert. (2011). *Lehrbuch Gesundheit*. Weinheim: Beltz Juventa.

- Friedli, Tom. (2016). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen - Schlaglichter auf ein wenig beachtetes Arbeitsfeld. *Impuls*, 1, 4-7.
- Frischknecht, Katharina & Hornung, Andrea. (2012). *Alterspolitik im Kanton Bern 2016. Bericht des Regierungsrates an den Grossen Rat* [PDF]. Abgerufen von <https://www.gef.be.ch/>
- Gahleitner, Silke Brigitta. (2013). Forschung «bio-psycho-sozial»: Bestandesaufnahme und Perspektiven aus Sicht der Sozialen Arbeit. In Armin Schneider, Anna Lena Rademaker, Albert Lenz & Ingo Müller-Baron (Hrsg.), *Soziale Arbeit – Forschung – Gesundheit. Forschung: bio-psycho-sozial* (S. 49-66). Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Geron, Scott Myake & Keefe, Bronwyn. (2006). Moving Evidence-Based Interventions to populations: A Case Study using Social Workers in Primary Care. *Home Health Care Services Quarterly*, 25, 95-113. doi: 10.1300/J027v25n01\_06
- Gerrig, Richard J. & Zimbardo, Philip G. (2008). *Psychologie* (18. Aufl.). Hallbergmoos: Pearson.
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion Kanton Bern. (2010). *Vierter Gesundheitsbericht des Kantons Bern. Die Gesundheitschancen sind ungleich verteilt. Pressekonferenz vom 17. Februar* [PowerPoint]. Abgerufen von <https://www.mm.directories.be.ch/>
- Grieb, Manuela, Rüegg, René & Gehrlach, Christoph. (2019). Neue Wege der Praxis. Soziale Arbeit in der Hausarztmedizin. *Impuls*, 1, 24-27.
- Grolimund Daepf, Maja. (2017). Gerontologie: Ein Blick zurück auf praktische Altersarbeit, Forschung und Weiterbildung. *Impuls*, 1, 50-51.
- Gruber, Dominik, Schmidbauer, Rainer, Paulik, Richard, Schaireiter, Maria Magdalena, Koren, Gernot & Schönby, Werner. (2014). *Prävention psychischer Probleme. Einführung, Grundlagen und Diskurs*. Linz: pro mente edition.
- Hafen, Martin. (2008). Gesundheit und Prävention bei älteren Menschen. *NOVA*, 39, 6-9.
- Hafen, Martin. (2013). *Grundlagen der systemischen Prävention. Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis* (2.Aufl.). Heidelberg: Carl-Auger Verlag für systemische Forschung.

- Haisch, Jochen, Klotz, Theodor & Hurrelmann, Klaus. (2014). Die Zukunft von Prävention und Gesundheitsförderung. In Klaus Hurrelmann, Theodor Klotz & Jochen Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch. Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 449-455) (4. vollst. überarbeit. Aufl.). Bern: Huber Verlag.
- Hautzinger, Martin. (2000). *Depression im Alter*. Weinheim: Beltz.
- Hillmann, Karl-Heinz. (2007). *Wörterbuch der Soziologie*. Stuttgart: Kröner.
- Homfeldt, Hans Günther, & Sting, Stephan. (2005). Soziale Arbeit und Gesundheit. *Sozial Extra*, 29(9), 41-45.
- Homfeldt, Hans Günther, & Sting, Stephan. (2006). *Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Einführung*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Homfeldt, Hans Günther. (2010). Gesundheit und Krankheit im Alter. In Aner, Kirsten & Karl, Ute (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S. 315-320). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Homfeldt, Hans Günther. (2013). Forschungsfacetten einer gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit. Orientierungspunkte – Einblicke – Aufgabe. In Armin Schneider, Anna Lena Rademaker, Albert Lenz & Ingo Müller-Baron (Hrsg.), *Soziale Arbeit – Forschung – Gesundheit. Forschung: bio-psycho-soziale* (S. 15-33). Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Hünersdorf, Bettina & Huber, Swen. (2008). Gesundheit fordern und fördern. Die Rolle der Sozialen Arbeit in der aktuellen Gesundheits- und Sozialpolitik. *Sozial Aktuell*, (7/8), 16-20.
- Hurrelmann, Klaus, Klotz, Theodor & Haisch, Jochen. (2014). Krankheitsförderung und Gesundheitsprävention. In Hurrelmann, Klaus, Klotz, Theodor & Haisch, Jochen (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (4.Aufl.). (S. 13-24). Bern: Verlag Hans Huber.
- Jobst, Dietmar & Joos, Stefanie. (2014). Soziale Patienten Anliegen – eine Erhebung in Hausarztpraxen. *Z Allg Med*, 90, 496-501. doi: 10.3238/zfa.2014.0496-0501
- Jost, Annemarie. (2013). *Gesundheit und Soziale Arbeit*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

- Karl, Fred. (2008). Generationen, ihr politisches Interesse und ihr Engagement. In Kirsten Aner & Ute Karl (Hrsg.), *Lebensalter und Soziale Arbeit. Ältere und alte Menschen* (S. 188-202). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Kittl-Satran, Helga & Simon, Gertrud. (2010). Soziale Arbeit für ältere Menschen in Österreich. In Kirsten Aner & Ute Karl (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S. 223-234). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Knöpfel, Carlo (2019). Gute Betreuung im Alter für Alle. *SozialAktuell*, 10, 22-23.
- Knuf, Andreas. (2016). *Empowerment und Recovery*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Kolip, Petra. (2011). Lebenslagen und Lebensphasen. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 361-364). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Konopik, Nadine. (2019). *Gesundheitskompetenz im Alter. Erweiterung von Health Literacy unter Berücksichtigung biografischer und umweltbezogener Aspekte*. Wiesbaden: Springer.
- Kruse, Andreas. (2014). Neue Übergänge von der späten Berufsphase in den Ruhestand. In Hans-Werner Wahl & Andreas Kruse (Hrsg.) *Lebensläufe im Wandel. Entwicklung über die Lebensspanne aus Sicht verschiedener Disziplinen* (S. 166-184). Stuttgart: Kohlhammer.
- Kühnert, Sabine & Ignatzi, Helene. (2019). *Soziale Gerontologie. Grundlagen und Anwendungsfelder*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Ladwig, Karl-Heinz. (2014). Kritische Lebensereignisse. *Public Health Forum*, 22, 10-12. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.phf.2013.12.013>
- Meinhold, Marianne. (1998). Ein Rahmenmodell zum methodischen Handeln. In Maja Heiner, Marianne Meinhold, Hiltrud von Spiegel & Silvia Staub-Bernasconi (Hrsg.), *Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit* (S. 220-253). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

- Moreau-Gruet, Florence, Stamm, Hanspeter & Wiegand, Doris. (2013). *Monitoring zur psychischen Gesundheit mit Fokus ‹Ältere Menschen› und ‹Stress am Arbeitsplatz›* [PDF]. Gesundheitsförderung Schweiz. Abgerufen von: <https://www.npg-rsp.ch/>
- National Association of Social Workers. (2016). *NASW Standards for Social Work Practice in Health Care Settings* [PDF]. Abgerufen von <https://www.socialworkers.org/Practice/Practice-Standards-Guidelines>
- Ningel, Rainer. (2011). *Methoden der Klinischen Sozialarbeit*. Bern: Haupt.
- Pauls, Helmut. (20013). *Klinische Sozialarbeit, Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz Verlag.
- Perrig-Chiello, Pasqualina. (2007). Das Paradoxon des Wohlbefindens. Kriterien für ein positives Lebensgefühl im Alter. *SozialAktuell*, 3, 2-5.
- Pichler, Barbara. (2010). Aktuelle Altersbilder: „junge Alte“ und „alte Alte“. In Kirsten Aner & Ute Karl (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S. 415-426). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Pohlmann, Stefan. (2011). *Sozialgerontologie*. München: Ernst Reinhardt.
- Reinicke, Peter. (2008). *Sozialarbeit im Gesundheitswesen: Geschichte, Dokumente, Lebensbilder*. Berlin: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.
- Richter, Dirk. (2003). *Psychisches System und Soziale Umwelt. Soziologie psychischer Störungen und der Ära der Biowissenschaften*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Ricja, Regula, Gurtner, Sabine & Lehmann, Philippe. (2004). *Psychische Gesundheit. Strategieentwurf zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Röh, Dieter. (2013). *Soziale Arbeit, Gerechtigkeit und das gute Leben: eine Handlungstheorie zur daseinsmächtigen Lebensführung*. Wiesbaden: Springer-Verlag.

- Rothermund, Klaus & Mayer, Anne-Kathrin. (2009). *Altersdiskriminierung. Erscheinungsformen, Erklärungen und Interventionsansätze*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Salomon, Alice. (1998). Grundlegung für das Gesamtgebiet der Wohlfahrtspflege. In Werner Thole, Michael Galuske & Hans Gängler (Hrsg.), *Klassikerinnen der Sozialen Arbeit* (S. 131–145). Neuwied: Luchterhand Verlag.
- Scherr, Albert. (2004). Soziale Probleme, Soziale Arbeit und menschliche Würde. *Sozial Extra*, 6, 35-39.
- Schibli, Daniela, Huber, Kathrin & Wyss, Franz. (2010). *Konzept zur Stärkung der Gesundheitsförderung im Rahmen eines Netzwerks Psychische Gesundheit. Schlussbericht Version B vom 14.05.2010*. Bundesamt für Gesundheit. Abgerufen von <https://www.npg-rsp.ch/de/dokumente.html>
- Schmid, Roland. (2010). Soziale Arbeit in der pflegerischen Versorgung. In Kirsten Aner & Ute Karl (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S. 173-186). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Schuler, Daniela & Burla, Laila. (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012. Obsan Bericht 52* [PDF]. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Abgerufen von [www.obsan.ch/publikationen](http://www.obsan.ch/publikationen)
- Schuler, Daniel, Tuch, Alexandre, Buscher, Nathalie & Camenzind, Paul. (2016). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2016. Obsan Bericht 72* [PDF]. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Abgerufen von [www.obsan.ch/publikationen](http://www.obsan.ch/publikationen)
- Schulz-Nieswandt, Frank & Köstler, Ursula. (2011). *Bürgerschaftliches Engagement im Alter. Hintergründe, Formen, Umfang und Funktion*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schwab, Delphine Roulet. (2019). Altersdiskriminierung: ein banalisiertes Phänomen. *SozialAktuell*, 10, 16-17.
- Schweppe, Cornelia. (2010). Soziale Altenarbeit. In Kirsten Aner & Ute Karl (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S. 505-522). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Sommerfeld, Peter, Dällenbach, Regula, Rüegger, Cornelia & Hollenstein, Lea. (2016). *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis*. Wiesbaden: Springer-Verlag.
- Spini, Dario, Pin le Corre, Stéphanie & Klaas, Hannah. (2016). Psychische Gesundheit und soziale Ungleichheit. In Gesundheitsförderung Schweiz (Hrsg.), *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht* (S. 31-41) [PDF]. Abgerufen von [www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen](http://www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen)
- Staub-Bernasconi, Silvia, Baumeler, Marlis, Bornemann, Carlo, Harder, Ulrike, Hierlemann, Franz, Mäder, Eva, Philipp, Pablo, Rüegger, Cornelia, & Wegmann, Michaela. (2013). *Soziale Arbeit und Psychiatrie. Positionspapier zum professionellen Beitrag der Sozialen Arbeit bei Menschen mit psychischen Störungen und Erkrankungen im stationären, teilstationären und ambulanten Gesundheitsbereich*. Netzwerk der Sozialarbeiterinnen im Kanton Zürich. Abgerufen von <https://www.pukzh.ch>
- Steen, Rainer. (2005). *Soziale Arbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst*. München & Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Stimmer, Franz. (2006). *Grundlagen des Methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Stocker, Désirée, Stettler, Peter, Jäggi, Jolanda, Bischof, Severin, Guggenbühl, Tanja, Abrassant, Aurélien, Ruesch, Peter & Künzi, Kilian. (2016). *Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Studie erstellt im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit* [PDF]. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/>
- Uexküll, Thure von & Wesiack, Wolfgang. (1988). *Theorien der Humanmedizin: Grundlage ärztlichen Denkens und Handelns*. München: Urban und Schwarzenberg.
- United Nations General Assembly. (2003). Issues and emerging trends related to the advancement of persons with disabilities [PDF]. Abgerufen von <https://www.uno.org>
- Vetter, Stefan, Endrass, Jerome, Schweizer, Ivo, Teng, Hsun-Mei, Rossler, Wulf & Gallo William. (2006). The effects of economic deprivation on psychological well-being among the working population of Switzerland. *BMC Public Health*, 6, 223-233. doi: 10.1186/1471-2458-6-223

- Vogel, Werner. (2010). Soziale Arbeit in der Geriatrie. In Kirsten Aner & Ute Karl (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S. 149-156). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Von Lengerke, Thomas & Manz Rolf. (2007). Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Klassifikationen und eine dimensionale Systematik. In Von Lengerke, Thomas (Hrsg.), *Public-Health Psychologie Individuum und Bevölkerung zwischen Verhältnissen und Verhalten* (S. 19-31). Weinheim & München: Juventa Verlag.
- Von Röh, Frauke. (2017). Der letzte Umzug der Übergang von zu Hause in die Langzeitpflege aus Sicht der Sozialarbeit – erläutert anhand eines Fallbeispiels. *Fachzeitschrift für Palliative Geriatrie*, 4, 12-17.
- Wanner, Philippe, Sauvain-Dugerdil, Claudine, Guilley, Edith & Hussy, Charles. (2005). *Alter und Generationen. Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren* [PDF]. Bundesamt für Statistik. Abgerufen von <http://alter-migration.ch/>
- Wendt, Peter-Ulrich. (2018). *Lehrbuch Soziale Arbeit*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Wilk, Kathrin, Havers, Inga, Bramesfeld, Anke & Hegerl, Ulrich. (2007). Früherkennung von Depression und Prävention von Suizidalität im Alter. *Public Health Forum*, 57, 43-45.
- Wirth, Jan. (2015). *Soziale Probleme oder Probleme der Lebensführung? Vorschlag zur Revision des Bezugsproblems Sozialer Arbeit* [PPT-Präsentation, ASH Berlin]. Abgerufen von <https://www.systemisch-arbeiten.info/>
- World Health Organization. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung* [PDF]. Abgerufen von <http://www.euro.who.int/>
- World Health Organization. (2019). *Psychische Gesundheit – Faktenblatt* [PDF]. Abgerufen von <http://www.euro.who.int/>
- Zoller, Marco, Badertscher, Nina & Rossi, Pascal. (2011). *Partizipation der Hausärztinnen und Hausärzte. Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter»*. *Zusammenfassung und Empfehlungen* [PDF]. Abgerufen von <https://gesundheitsfoerderung.ch/grundlagen/publikationen/>

## 9.2. Webbiografie

Basel-Landschaft. (n.d.). *10 Impulse für deine psychische Gesundheit* [Website]. Abgerufen von <https://www.baselland.ch>

Bundesamt für Gesundheit. (n.d.). *Verzeichnis Modelle guter Praxis - Interprofessionalität. Soziale Arbeit in der Arztpraxis* [Website]. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/>

Centre for Addiction and Mental Health. (2019). *Inspiring Chance* [Website]. Abgerufen von <http://www.camh.ca/>

Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen. (2016). *10 Schritte für psychische Gesundheit* [Website]. Abgerufen von <https://www.psychologie.ch/>

Franzkowiak, Peter & Hurrelmann, Klaus. (2018). Gesundheit. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention* [Website]. doi: 10.17623/BZGA:224-i023-1.0

Hochschule für Soziale Arbeit FHNW Olten, Institut Professionsforschung- und Entwicklung. (2019). *Konzept Integration und Lebensführung* [Website]. Abgerufen von <http://www.soziale-diagnostik.ch/konzept-integration-und-lebensfuehrung>

Hurrelmann, Klaus & Richter, Matthias. (2018). Determinanten von Gesundheit. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention* [Website]. doi: 10.17623/BZGA:224-i008-1.0.

Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz. (n.d.). *10 Schritte für psychische Gesundheit* [Website]. Abgerufen von <https://www.npg-rsp.ch/de/projekte/10-schritte-fuer-psychische-gesundheit.html>

Sozialinfo.ch. (2019). *Antidepressiva in der Kritik* [Website]. Abgerufen von <https://www.sozialinfo.ch/fachwissen/dossiers/antidepressiva-in-der-kritik.html>

Straumann, Felix. (2019, 26. Nov.). Hausärzte verschreiben vorschnell Antidepressiva. Erstmals zeigt eine Studie, wie verbreitet die Medikamente in der Schweiz sind. Das Urteil: Depressive werden oft fehlbehandelt. *Der Bund*. Abgerufen von [www.derbund.ch](http://www.derbund.ch)

WHO. (2019). *Frequently Asked Questions: Ageism* [Website]. Abgerufen von <https://www.who.int>