

Danksagung

Wir möchten uns bei den Kolleginnen und Kollegen bedanken, die sich die Mühe gemacht haben, Entwurfsfassungen des vorliegenden Buchs durchzusehen und wichtige Rückmeldungen zu geben:

Prof. Dr. sc. hum. Maren Bösel, Fakultät für Sozial- und Rechtswissenschaften an der SRH Hochschule, Campus Heidelberg

Dr. med. Ulrich Eggens, Abteilung Rehabilitation und Gesundheitsförderung, Deutsche Rentenversicherung, Berlin-Brandenburg

Prof. Dr. phil. Axel Kobelt-Pönische, Referent für Rehastrategie und Rehamanagement – Psychosomatik, Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Dr. med. Jan Podschus, Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes beim Bezirksamt Treptow-Köpenick von Berlin

Dr. phil. Ulrike Worringen, Leiterin des Bereichs Interdisziplinäre Zusammenarbeit, Abteilung Prävention und Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung Bund

1 Einleitung

1.1 Bio-psycho-soziale Behandlungserfordernisse bei psychischen Störungen

Psychische Störungen sind ihrer Natur nach zu einem wesentlichen Teil Langzeit-erkrankungen. Dies gilt für hirnorganische Störungen, Suchterkrankungen, schizophrene Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, aber auch viele depressive, somato-forme und Angsterkrankungen. Sie beeinträchtigen daher auch in vielen Fällen die Fähigkeit zur Lebensbewältigung. So sind psychische Erkrankungen laut Sachverständigenrat der Bundesregierung (2015) der zweithäufigste Grund für Arbeitsunfähigkeit. Diese Patienten leiden gleichzeitig auch unter Problemen mit der Teilhabe am sonstigen sozialen Leben im Sinne von Beziehungsproblemen, Schwierigkeiten im Umgang mit Kollegen oder einem eingeschränkten sozialen Netz (Muschalla & Linden, 2011a, 2011b). Sie sind daher klinisch wie auch juristisch als »Behinderung« zu verstehen (Heberlein, 2017). So ist nach § 2 Absatz 1 SGB IX (Sozialgesetzbuch 9) und Bundesbehindertengesetz (BTHG) (2016) von einer Behinderung zu sprechen, wenn Menschen durch ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit in Wechselwirkungen mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

Dies entspricht einer ganzheitlichen bio-psycho-sozialen Perspektive in Anlehnung an die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) (WHO, 2001). Diese unterscheidet als Krankheitsmanifestationen bzw. -folgen zwischen Funktionsstörungen (Symptomatik), Fähigkeitseinschränkungen, Kontextbarrieren und Teilhabebeeinträchtigungen.

Fähigkeitseinschränkungen beschreiben transdiagnostisch Probleme in der Ausübung von Aktivitäten, sei es im Privat- oder Arbeitsbereich. Psychische Störungen führen zu Fähigkeitseinschränkungen, die als »soft-skills« bezeichnet werden können und die gerade in der modernen Lebenswelt von besonderer Bedeutung sind. Hierzu zählen die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, die Umstellungsfähigkeit und Flexibilität, die Fähigkeit zur Kompetenz- und Wissensanwendung, die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, die Proaktivität, die Widerstands- und Durchhaltefähigkeit, die Selbstbehauptungsfähigkeit, die Konversations- und Kontaktfähigkeit zu Dritten, die Gruppenfähigkeit, die Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen,

die Fähigkeit zur Selbstpflege und Selbstversorgung, die Verkehrsfähigkeit und Mobilität (Forstmeier et al., 2010; Linden et al., 2022). Personen mit Einschränkungen in derartigen Fähigkeiten haben vielfältige Probleme im Alltag.

Kontextbarrieren umfassen zum einen »Personenfaktoren«. Dazu gehören individuelle Charakteristika wie z. B. das Geschlecht, der Bildungsstand oder das Alter. Diese Parameter werden in der ICF angesprochen, jedoch nicht im Detail ausgeführt. Zum Zweiten gehören zu den »Kontextfaktoren« Charakteristika der Lebensumwelt. Beispiele sind die Wohnverhältnisse, der Arbeitsplatz, die finanziellen Mittel, die Verfügbarkeit von Fortbewegungs- oder Kommunikationsmitteln oder die Gesundheitsversorgung.

Fähigkeiten und Kontext treten nun in Wechselwirkung miteinander. Jede Umwelt stellt eine Reihe unabdingbarer Anforderungen. Eine Wohnung verlangt eine Mindestproaktivität, da ansonsten der Müll nicht entsorgt wird, oder eine Mindestfähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, da ansonsten Probleme mit Mietzahlungen oder der Hausordnung zu erwarten sind. Am Arbeitsplatz kann Flexibilität gefordert sein, wobei sich das benötigte Mindestmaß je nach Arbeitsstätte unterscheiden kann. Eine Krankenschwester auf einer Station benötigt viel Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, eine Krankenschwester im Blutspendedienst deutlich weniger.

Partizipationsbeeinträchtigungen (Teilhabebeeinträchtigungen) ergeben sich nun aus Problemen in der Person-Umweltpassung. Das Fähigkeitsprofil passt nicht zu den unabdingbaren Umweltanforderungen, so dass eine Person nicht in der Lage ist, ihren Rollen im Privaten, im Beruf oder im sonstigen sozialen Leben zu entsprechen. Eine besondere Herausforderung besteht bei den Patienten, die aus bio-psycho-sozialer Perspektive multiproblembelastet sind, verbunden mit existenziellen Notlagen. Durch eine unzureichende soziale An- und Einbindung fehlt oftmals der Zugang zum Gesundheits- und Sozialsystem (»Hard to reach-Klientel«) (Bösel et al., 2020).

Dies hat unmittelbare therapeutische Konsequenzen. Teilhabebeeinträchtigungen sind für Patienten in vielen Fällen von größerer Relevanz als Befindlichkeitsstörungen. In der Behandlung von Patienten genügt es daher nicht, sich nur mit der Krankheitssymptomatik im engeren Sinne zu befassen. Es bedarf ebenso Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe in allen Lebensbereichen, um den Patienten dabei zu unterstützen, über die Jahre und Jahrzehnte zu kommen, wozu fähigkeits-, kontext- und teilhabeorientierte Interventionen gleichermaßen gehören.

1.2 Sozialmedizin in der Grundversorgung

Geht man nach einschlägigen epidemiologischen Studien davon aus, dass etwa ein Viertel bis ein Drittel der Bevölkerung unter psychischen Erkrankungen leidet, die zudem ihrer Natur nach in vielen Fällen einen chronischen Verlauf nehmen und regelhaft mit Teilhabebeeinträchtigungen einhergehen (Jacobi et al., 2014), dann

stellt sich die Frage, wo und wie diese Kranken mit langzeitiger Perspektive betreut werden. Wegen der großen Zahl der Patienten und der langen Behandlungszeiträume kommt den Hausärzten hierbei eine besondere Bedeutung zu. Sie erbringen die Hälfte aller Leistungen in der Versorgung psychisch Kranke (Hannover & Hannich, 2015). Sie sind dafür auch qualifiziert, da eine curriculare Weiterbildung in psychosomatischer Grundversorgung eine zwingende Voraussetzung für die Erlangung des Facharztes ist und da sie viele derartige Patienten sehen und über entsprechend viel klinische Erfahrung verfügen. Zudem steht ihnen prinzipiell ein breites Arsenal an somatomedizinischen, pharmakotherapeutischen, psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Interventionen zur Verfügung, die sie persönlich oder in Kooperation mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens durchführen können. Die Kontaktzeiten zu den Patienten sind auf Jahre hin angelegt mit hohen Zufriedenheitswerten auf Seiten der Patienten und klinischen Wirkungen, die mit einer Behandlung durch Spezialisten vergleichbar sind (Bower et al., 1996; Bundesvereinigung, 2006; Gensichen et al., 2013).

In Abgrenzung zur Behandlung durch Spezialisten und auch Psychotherapeuten geht es hierbei um die »Grundversorgung psychisch Kranke«. Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) listet eine ganze Reihe allgemeiner »verbaler therapeutischer Interventionen« auf, wie z. B. die allgemeine Patientenführung und -beratung, die eingehende Beratung, die Psychoedukation, die Behandlung durch ein eingehendes therapeutisches Gespräch oder die Notfallintervention. In der Psychotherapierichtlinie wird die Grundversorgung in Abgrenzung zur prozesshaften Psychotherapie definiert als eine möglichst frühzeitige differenzialdiagnostische Klärung psychischer und psychosomatischer Krankheitszustände in ihrer ätiologischen Verknüpfung und unter Gewichtung psychischer und somatischer Krankheitsfaktoren sowie auch als eine seelische Krankenbehandlung durch verbale Interventionen nicht nur bei akuten seelischen Krisen, sondern auch im Verlauf chronischer Krankheiten und Behinderungen, d. h. als eine verbale oder übende Basistherapie psychischer, funktioneller und psychosomatischer Erkrankungen durch den primär somatisch orientierten Arzt (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 1998).

In einem Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM, 2013) wird ausgeführt, dass sich die Grundversorgung auf alle Beratungsanlässe bezieht und daher unterschiedliche Ziele mit unterschiedlicher Reichweite verfolgt. Sie arbeitet mit einem erweiterten Spektrum von Interventionen einschließlich psychosozialer Interventionen und dient der Einleitung von Leitlinien-gerechten Behandlungspfaden.

Dass dazu auch umfangreiche sozialmedizinische Aktivitäten gehören, zeigte eine Untersuchung von Linden et al. (2016). Dabei zeigte sich, dass 77 % der chronisch psychisch kranken Patienten länger als ein Jahr bei ihrem Hausarzt in Behandlung waren, mit mehrfachen Praxisbesuchen in 92 % der Fälle. Zu den erweiterten sozialmedizinischen und komplementären Interventionen gehörten Arbeitsunfähigkeitsatteste (56 % der Patienten), die Verordnung von Physiotherapie (56 %), die Einleitung einer stationären Rehamaßnahme (41,4 %), Anträge auf Schwerbehinderung (27,4 %), die Verordnung von Stressmanagementkursen (23,1 %), Kontakte zur Arbeitsagentur (22,8 %), Beantragung einer Erwerbsminderungsrente (16,3 %), die Verordnung eines Kommunikationstrainings (12,7 %), Bewegungskurse (11,7 %)

Konfliktmanagementkurse (11,7 %), die Förderung von Freizeitaktivitäten (11,7 %), Kontakte mit Fallmanagern der Krankenkassen (11,1 %), Schuldnerberatung (5,5 %), betreutes Wohnen (4,2 %) sowie Einzelfallhilfe (2,3 %). Sozialmedizinische Aspekte spielen in der Grundversorgung also eine große Rolle.

1.3 Sozialmedizin in der Psychotherapie

Psychotherapie ist eine Behandlungsform, die sich vorrangig mit länger dauernden, wenn nicht chronischen Erkrankungen befasst. Es kommen vorrangig Patienten mit Langzeiterkrankungen zur Behandlung aufgrund der bereits angesprochenen Natur psychischer Störungen, aber auch vielfach aufgrund der organisatorischen Rahmenbedingungen (Dizdar, 2019; Linden, 2015; Schymanski et al., 2021). So kann es bis zur Kontaktaufnahme mit einem Therapeuten dauern, in der Regel gefolgt von mitunter zeitraubenden Antragsverfahren. Danach bedeutet »Psychotherapie« im Gegensatz zur Akuttherapie eine länger dauernde Sequenz von aufeinander aufbauenden Sitzungen über viele Monate, wenn nicht Jahre. Die Stundensätze sind gemäß Bewilligungsvorgaben zumeist begrenzt, so dass die Therapie beendet werden muss, unabhängig davon, wie es dem Patienten geht. Dies ist nur bei chronischen Störungen vertretbar. Entsprechend sind auch die Therapieziele in der Psychotherapie meist nicht eine Remission, sondern Symptomlinderung und bessere Krankheitsverarbeitung. Folglich kann Psychotherapie zu einem wesentlichen Teil als Rehabilitationsmaßnahme verstanden werden, unabhängig davon, wer der Kostenträger ist (Linden, 2008, 2009, 2016). Im § 42, Abs. 2 S. 5 SGB IX wird unter den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die Psychotherapie auch explizit als Behandlungsoption aufgeführt.

Die Bedeutung der Psychotherapie in der Behandlung teilhabeeinträchtigender chronischer Erkrankungen wird auch zunehmend in der Organisation und Ausbildung von Psychotherapeuten anerkannt. So gibt die Weiterbildungsordnung für den Beruf des Psychotherapeuten die Möglichkeit, eine Schwerpunktqualifikation »Sozialmedizin« erwerben und führen zu können (Worringen et al., 2023). Die Rentenversicherungen erkennen auch von Psychotherapeuten abgefasste Befundberichte für Anträge zur medizinischen Rehabilitation an. In den vergangenen Jahren wurden die Befugnisse von Psychotherapeuten durch Verordnungsmöglichkeiten von z. B. Krankenhausbehandlung, Krankentransport, psychosomatische Rehabilitation und der Soziotherapie erweitert (Gemeinsamer-Bundesausschuss, 2017). Zusätzlich besteht die Möglichkeit zur Verordnung von Ergotherapie und der häuslichen und psychiatrischen Pflege. In den Psychotherapie-Ausbildungsinstituten gibt es entsprechend dieser Entwicklung zunehmend häufiger Seminare zum Thema Sozialmedizin.

Unabhängig von diesen formalen oder juristischen Gegebenheiten kommt der Psychotherapie auch aus fachlichen Überlegungen eine spezielle Rolle in der Sozialmedizin zu. Sie ist die einzige Therapieform, die eine »multiaxial« bzw. »bio-

psycho-sozial« orientierte Therapie umfassend ermöglicht. Behandlungsansätze für Funktionsstörungen bzw. Symptomlinderungen sind z.B. eine Angstexposition oder die Modifikation dysfunktionaler Kognitionen. Es gibt eine Reihe fähigkeitsorientierter Therapiemethoden wie z. B. ein Training sozialer, kommunikativer oder lebenspraktischer Fähigkeiten. Kontextorientierte Therapieansätze sind z.B. Maßnahmen zur Persönlichkeitsentwicklung einerseits, wie Familientherapie oder berufliche Hilfen andererseits.

In der psychotherapeutischen Fallbeschreibung kann beispielsweise die in der Verhaltenstherapie durchgeführte Verhaltensanalyse als Operationalisierung eines mehrdimensionalen bio-psycho-sozialen Krankheitskonzepts verstanden werden (Bördlein, 2016). Es werden intrapsychische Prozesse, Fähigkeiten und Kontextbedingungen in Wechselwirkung miteinander erfasst, um ein Störungsverständnis zu erarbeiten, das dann auf allen angesprochenen Ebenen auch Therapieansätze bietet.

Bei chronischen psychischen Erkrankungen folgt aus einem »Behinderungsmodell« für den Behandlungsplan eine rehabilitationsorientierte Psychotherapie beispielsweise in Anlehnung an das SOC-Modell (Baltes & Baltes, 1989). Es werden in der Lebensbewältigung vorhandene Stärken in den Vordergrund gestellt (S = Selektion), diese gegebenenfalls auch noch zusätzlich gefördert (O = Optimierung) und für nicht veränderbare Defizite kompensatorische Strategien entwickelt (C = Kompensation).

Trotz der Bedeutung des bio-psycho-sozialen Therapieansatzes bei Psychotherapiepatienten gehören derartige Behandlungsmethoden nicht zum engeren Kanon der verfahrensspezifischen therapeutischen Interventionen. Der primäre Fokus liegt typischerweise auf intrapsychischen Prozessen. Vorherrschende Psychotherapiethemen sind in der psychodynamischen Psychotherapie in 29% interaktionelle Probleme, in 18% die Symptomatik und in 9% Verhaltensänderungen bzw. entsprechend in ca. 12–16%, 28–39% und 29–62% in der kognitiven Verhaltenstherapie (Philips, 2009).

Dennnoch gilt mit Blick auf die Patienten, dass sie so behandelt werden müssen, wie es die individuelle Situation erfordert, d.h. dass sie bei Bedarf auch soziale Unterstützung erhalten müssen. Psychotherapeuten haben eine Gesamtapprobation und sind unabhängig von ihrem beruflichen Hintergrund für den Gesamtbehandlungsplan verantwortlich. Das bedeutet, dass sie alle Maßnahmen durchführen oder initiieren müssen, die im Interesse des Patienten geboten sind, auch wenn dies die eigenen »Gebietsgrenzen« überschreitet. Zur Erläuterung mag als Beispiel dienen, dass ein Internist bei vorliegender Indikation selbstverständlich eine Röntgenuntersuchung einleiten muss, auch wenn er sie selbst nicht durchführen darf. In gleicher Weise müssen auch Psychotherapeuten nicht nur somato-medizinische Abklärungen einleiten, sondern auch sozialmedizinisch tätig werden.

Einschlägige Untersuchungen mit niedergelassenen Psychotherapeuten haben gezeigt, dass diese durchaus über breite sozialmedizinische Kenntnisse verfügen und auch entsprechende Behandlungsinterventionen bei vielen Patienten einsetzen. Dabei fanden sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Behandlern (Muschalla & Linden, 2011a, 2011b; Schymanski et al., 2021).

Die Abrechnung von psychotherapeutischen Leistungen erfolgt über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) als Gebührenordnung für Ärzte und Psychotherapeuten oder die Gebührenordnung für Ärzte und Psychotherapeuten (GOÄ, GOP). Es gibt Ziffern zur Abrechnung der Verordnung von Soziotherapie (EBM/GOP: 30810), medizinischer Rehabilitation (EBM/GOP: 01611) und psychiatrischer Pflege (EBM/GOP: 01422). Andere Leistungen, wie bspw. die Verordnung von Krankentransport, Krankenhausbehandlung oder Ergotherapie, werden als integrierte Leistungen angesehen und nicht speziell vergütet, obwohl sie erhebliche Arbeitszeit in Anspruch nehmen können.

1.4 Spektrum sozialmedizinischer Interventionen

Eine sozialmedizinische Behandlung und Betreuung ist in der Regel nicht durch eine Person, also den Psychotherapeuten oder den Hausarzt allein durchzuführen, sondern bedarf der Koordination mit zahlreichen Mitbehandlern, Institutionen oder dem Arbeitsplatz. Nachfolgend findet sich eine Übersicht über das Spektrum sozialmedizinischer Interventionen bei der Behandlung chronischer psychischer Störungen.

Da viele sozialmedizinische Hilfen antrags- und bewilligungspflichtig sind, erfordert dies Kontakte zu den Kostenträgern, seien es die Krankenkassen, die Rentenversicherungsträger oder die Bundesagentur für Arbeit. In vielen Fällen bedarf es der Hinzuziehung von Spezialisten unterschiedlicher Art, seien es Fachärzte, sozialpsychiatrische Dienste, Schuldnerberater oder die Einleitung stationärer Behandlungen. Wichtig sind auch komplementäre Unterstützungsangebote, wie beispielsweise von Suchtberatungsstellen oder Stressmanagementkurse. Zudem gibt es eine Reihe von Hilfen hinsichtlich der Alltagsbewältigung, wie Wohnhilfen, aber auch juristische Unterstützungen. Wichtig ist die Förderung der beruflichen Teilhabe mit einem weiten Spektrum an Maßnahmen durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Schließlich sind auch noch Hilfen zur Verbesserung der Lebensqualität zu nennen, wie Kontakte zu Sportvereinen. Alle genannten Maßnahmen stehen in unmittelbarem Bezug zum Krankheitszustand und dienen der Linderung von krankheitsbedingtem Leid und krankheitsbedingten Lebensbeeinträchtigungen. So gehören beispielsweise in Rehabilitationskliniken alle diese Maßnahmen zum therapeutischen Standardrepertoire.

Sozial- und rehabilitationsmedizinische Interventionen

Abstimmung mit Kostenträgern

- Kontakte zu Krankenkassen-Fallmanagern
- Kontakte zum Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MD)

- Rehberatung und Servicestellen der Renten-, Kranken- und Arbeitsversicherung
- Bezirkliche Beratungsstellen und Fallmanager

Ko-Therapeuten und interdisziplinäre Behandlungskoordinierung

- Komplextherapie
- Kontakte zum Sozialpsychiatrischen Dienst (SpD)
- Hinzuziehung von Fachärzten oder Spezialisten
- Hinzuziehung von Ergotherapeuten
- Hinzuziehung von Physiotherapeuten
- Verordnung von Soziotherapie
- Kontakte zu bzw. Initiierung von Einzelfallhilfe
- Soziale Gruppenarbeit
- Gemeinwesenarbeit
- Selbsthilfegruppen
- Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)

Stationäre Hilfen

- Ausstellung einer Krankentransportverordnung
- Einleitung einer Krankenhausbehandlung
- Antrag auf bzw. Initiierung einer stationären medizinischen Rehabilitation
- (Psy)IRENA
- Antrag auf bzw. Initiierung einer Entwöhnungsbehandlung
- Verweis an eine Tagesstätte
- Initiierung eines Betreuten Wohnens
- Kontakte zu Therapeuten in Akut- oder Rehakliniken

Ambulante Hilfen

- Kontakte zu bzw. Verweisung an bezirkliche Beratungsstellen, Fallmanager
- Kontakte zu bzw. Verweisung an Sucht- und Drogenberatungsstellen
- Kontakte zu bzw. Verweisung an Schuldnerberatung
- Kontakte zu bzw. Verweisung an Erziehungs- und Familienberatung
- Kontakte zu bzw. Initiierung von Familienhilfe
- Kontakte zu bzw. Initiierung von psychiatrischer oder häuslicher Pflege
- Initiierung von speziellen Kursen (Patientenschulung, Entspannung etc.)

Hilfen zur sozialen Teilhabe und Wohnung

- Initiierung von Teilnahme an Freizeit- oder Sportvereinen u.ä.
- Kontakte zu Angehörigen
- Hilfen bei der Wohnungssuche, betreutes Wohnen
- Durchführung von Hausbesuchen

Berufliche Hilfen

- Veranlassung eines Arbeitsunfähigkeits-Attests/Krankschreibung
- Beantragung eines Schwerbehindertenausweises
- Initiierung einer stufenweisen Wiedereingliederung
- Kontakte zu Betriebsärzten/Arbeitgebern
- Kontakte zum Betriebsrat/Schwerbehindertenvertretung/Mobbingberatung
- Kontakte zur Bundesagentur für Arbeit
- Einschaltung des Integrationsamtes
- Kontakte zu bzw. Verweisung an Reha-Beratungsstellen
- Initiierung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Initiierung eines Rentenantrags

Juristische Hilfen

- Kontakte zu bzw. Initiierung einer gesetzlichen Betreuung

1.5 Gemeinwesenarbeit

Gemeinwesenarbeit (GWA) oder auch Behandlungsplanung unter einem »Sozialraumbezug« (Stövesand & Stoik, 2013) bezeichnet ein Konzept, das auf die Bearbeitung struktureller Problemlagen von Individuen, Gruppen und Sozialräumen abzielt. Es geht um eine bedarfsgerechte Umsetzung von sozial- und kommunal-politischen Aufgaben in der Versorgung Kranker. Die Gemeinwesenarbeit umfasst Politik, soziale Arbeit, Stadtentwicklung etc. Das Zusammenspiel der einzelnen Akteure soll zu einer Verbesserung der Lebensqualität der Menschen in einem bestimmten sozialen Raum führen.

Während die GWA in ihrer ursprünglichen Definition eher als gesellschaftspolitisches Konstrukt verstanden wurde, welches darauf abzielte, für die gesamte Gesellschaft im Sinne eines »Community Organizing« eine verbesserte Lebensqualität (z. B. durch die Schaffung einer günstigen Infrastruktur, Gründung von Gewerkschaften und Kirchengemeinden etc.) herbeizuführen, wird sie heute als ein Konzept aus der sozialen Arbeit verstanden, welches sich an Prinzipien wie Interdisziplinarität, Netzwerkarbeit, Selbsthilfe, Aktivierung von Mensch und Ressourcen, Kontextfaktoren und Methodenintegration orientiert (Stövesand, 2019). Demnach entspricht die GWA dem Prinzip eines ganzheitlichen bio-psycho-sozialen Paradigmas bei der Prävention, Verhinderung, Beseitigung oder Stabilisierung psychischer Erkrankungen. Sozialmedizin kann also als ein Teil einer sektorenübergreifenden Gemeinwesenarbeit verstanden werden.

Grundsätzlich gilt das Prinzip der GWA für alle psychisch Kranken, vor allem jedoch Patienten, die unter chronischen teilhabebeeinträchtigenden Krankheiten

leiden. Behandler sollten sich am Prinzip der GWA orientieren, ihre Netzwerke aktivieren, Patienten zu Kollegen und unterstützenden Institutionen weiterverweisen und somit eine multiprofessionelle Behandlung initiieren und aufrechterhalten.