

11 Psychische Gesundheit bei älteren Menschen

aus: Gesundheitsförderung Schweiz: Psychische Gesundheit über die Lebensspannen, Grundlagenbericht

MSc Veronika Boss, Gesundheitsförderung Schweiz

Zusammenfassung

Eine Mehrheit der älteren Menschen verfügt trotz zunehmender Belastungen und abnehmender körperlicher und sozialer Ressourcen über eine gute psychische Gesundheit. Dennoch lassen sich bestimmte Gruppen von vulnerablen älteren Menschen identifizieren: Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen, alleinstehende und verwitwete Frauen und Männer, pflegende Angehörige und Menschen mit unangepassten Copingstrategien. Um die psychische Gesundheit älterer Menschen zu stärken, bieten sich diverse gesundheitsfördernde Massnahmen an. Wissen, Motivation und Unterstützung sind nötig, damit ältere Menschen selbstbestimmt ihre psychische Gesundheit erhalten und stärken können. Dabei helfen Bildungsangebote zur Aneignung neu benötigter Kompetenzen, ein gesunder Lebensstil, ein angepasstes Wohnumfeld, soziale Teilhabe, Möglichkeiten zum gesellschaftlichen Engagement, aufsuchende Dienstleistungen für schwer erreichbare Menschen sowie Entlastungsangebote und Ressourcenstärkung für pflegende Angehörige. Die Gesellschaft, Kantone und Gemeinden, Arbeitgeber sowie Fachpersonen schaffen Rahmenbedingungen und können dazu beitragen, dass ältere Menschen trotz zunehmender Belastungen ihre Ressourcen optimal nutzen und lange, und mit hohem Wohlbefinden, zu Hause leben können.

11.1 Ältere Menschen

In diesem Kapitel sind mit «älteren Menschen» Personen ab 65 Jahren gemeint. Dieser Lebensabschnitt wird oftmals in ein drittes (65- bis 79-Jährige) und viertes Lebensalter (ab 80 Jahren) unterteilt. Menschen werden heute im Durchschnitt älter als frühere Generationen und bleiben grundsätzlich länger gesund und behinderungsfrei. Ältere Menschen weisen in Bezug auf ihre Gesundheit und ihre Lebenslage jedoch eine beträchtliche Heterogenität auf. In der Schweiz leben über 65-Jährige hauptsächlich in den eigenen vier Wänden; nur 6% sind seit mehr als einem Monat in einem Alters- und Pflegeheim zuhause (Bundesamt für Statistik, 2012a). Etwa die Hälfte der Personen ab 80 Jahren lebt alleine (Höpflinger & Wezemaël, 2014). Mehr als zwei Drittel der über 80-Jährigen sind Frauen (Bundesamt für Statistik, 2014b). Obwohl es den meisten älteren Menschen in der Schweiz wirtschaftlich gut geht, bezogen 2013 12% der AHV-Rentnerinnen und -Rentner

Ergänzungsleistungen (Höpflinger, 2015)³⁰. All dies zeichnet das Bild einer hochdiversifizierten Altersgeneration mit vielen verschiedenen Bedürfnissen. Darauf sollte bei der Förderung der psychischen Gesundheit im Alter geachtet werden.

11.2 Psychische Gesundheit älterer Menschen

11.2.1 Prävalenzen, allgemeine Datenlage

Ältere Menschen zeigen Spitzenwerte für Lebenszufriedenheit und Optimismus, was für eine hohe **psychische Gesundheit** dieser Altersgruppe spricht (Bundesamt für Statistik, 2012b; Moreau-Gruet, 2014; Schuler & Burla, 2012). Dies mag erstaunen, da schwindende körperliche Kräfte, Krankheiten, abnehmende Gedächtnisfähigkeit und der Verlust von Bezugspersonen vor allem das vierte Lebensalter prägen und psychische Belastungen darstellen können. Betrachtet man die gesamte Lebensphase des Alters, kann eine Mehrheit der älteren Menschen

³⁰ Für detailliertere Informationen zum Thema Gesundheitsförderung im Alter siehe Weber et al. (2016). *Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Grundlagen für kantonale Aktionsprogramme «Gesundheitsförderung im Alter»*.

ihre psychische Gesundheit jedoch aufrechterhalten. Dieses Phänomen wird in der gerontologischen Literatur das «Paradoxon des Wohlbefindens im Alter» genannt. Dabei nutzen ältere Menschen vor allem innere Ressourcen, wie die Fähigkeit, eine Situation positiv zu interpretieren und sich an eine neue Situation anzupassen (adaptives Coping) (Perrig-Chiello, 2007, 2011). Die Indikatoren und Ressourcen, mit welchen die psychische Gesundheit von älteren Menschen in der Schweiz gemessen wird, zeigten 2012 folgende Ausprägungen (Bundesamt für Statistik, 2012b; Moreau-Gruet, 2014):

- **Optimismus und Wohlbefinden**³¹ sind relativ stabil über die Lebensspanne und zeigen ab 75 Jahren einen leichten Abwärtstrend. Zwischen 65 und 74 Jahren geben 72 % der Frauen und Männer hohe bis sehr hohe Werte für Optimismus und Wohlbefinden an. Ab 75 Jahren sinken diese Werte zugunsten mittlerer Bewertungen auf 55 %.
- **Energie und Vitalität**³² unterscheiden sich lebenslang zwischen Frauen und Männern, steigen bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter an und zeigen ab 75 Jahren ebenfalls einen Abwärtstrend. Zwischen 65 und 74 Jahren geben zwei Drittel (66 %) der Frauen und 78 % der Männer einen hohen Energie- und Vitalitätslevel an. Ab 75 Jahren sinkt der Anteil der höchsten Bewertungen von Energie und Vitalität, zugunsten mittlerer und tieferer Bewertungen, auf 51 % für Frauen und 66 % für Männer.
- **Lebenszufriedenheit**³³: Die allgemeine Lebenszufriedenheit nimmt mit dem Alter zu. Drei Viertel der über 65-jährigen Männer und Frauen sind zufrieden mit ihrem Leben³⁴.
- **Die Kontrollüberzeugung**³⁵ steigt über die Lebensspanne, besonders beim Übertritt ins Pensionsalter. Ab 65 Jahren gibt die Hälfte der Frauen und Männer eine hohe Kontrollüberzeugung an.

Ältere Menschen sind in etwa gleich häufig von **psychischen Erkrankungen** betroffen wie jüngere (Benz et al., 2006; Schuler & Meyer, 2006). Werden Demenzerkrankungen eingerechnet, ist bis ein Viertel aller älteren Menschen betroffen (Stoppe, 2012; Weber et al., 2016). Im höheren Alter nimmt die Vulnerabilität für psychische Erkrankungen aufgrund der Lebensumstände zu (Ugolini & Angst, 2009). Darauf weisen vermehrt auftretende schwache depressive Symptome ab 75 Jahren (Bundesamt für Statistik, 2012b; Schuler & Burla, 2012).

Im dritten und vierten Lebensalter zählen Depression, Angststörung und Delir³⁶ zu den wichtigsten psychischen Problemen (Stoppe, 2012). Wie schon während der gesamten Lebensspanne leiden Frauen auch im Alter häufiger unter psychischen Belastungen und Depressionen als Männer (Bundesamt für Statistik, 2012b). Oft werden psychische Krankheiten im Alter nicht als solche erkannt³⁷. In diesem Zusammenhang ist die hohe Suizidrate bei Männern ab 75 Jahren zu beachten: Hier sind es häufig Depressionen, die den Suizid auslösen (Fachgruppe Mental Health, 2011). Betroffen sind vielfach alleine lebende, geschiedene und verwitwete Männer (Bachmann, Burla & Kohler, 2015; Keller-Guglielmetti & Walter, 2015). Ab 75 Jahren nehmen auch Schlafstörungen zu und betreffen 39 % der Frauen und 26 % der Männer (Bundesamt für Statistik, 2012b). Sie können Ausdruck einer psychischen Störung sein oder eine solche auslösen.

³¹ Frage im Schweizer Haushalt-Panel nach «Kraft, Energie und Optimismus». Wird als ein Aspekt des Wohlbefindens betrachtet (Moreau-Gruet, 2014).

³² Energie und Vitalität beschreiben mehr als rein physische Energie und Kraft und beinhalten auch Aspekte der psychischen Gesundheit (Moreau-Gruet, 2014).

³³ In diesen gemischten Indikator fliessen Gesundheit und Einkommenssituation, aber auch das individuelle Anspruchsniveau und die persönliche Geschichte mit ein (Moreau-Gruet, 2014).

³⁴ Die allgemeine Lebenszufriedenheit verhält sich gegenläufig zur spezifischen Zufriedenheit mit der Gesundheit, die am Anfang des Lebens hoch ist und über die Lebensspanne sinkt. Zufrieden und sehr zufrieden mit der Gesundheit sind ab 65 Jahren 63 %, ab 75 Jahren 54 % aller Personen (Moreau-Gruet, 2014).

³⁵ Die Kontrollüberzeugung stellt eine direkte Ressource zum Erhalt der psychischen Gesundheit dar (Schuler & Burla, 2012).

³⁶ Akut auftretende Störungen der Aufmerksamkeit, der Konzentration, des Denkens, des Gedächtnisses und der Psychomotorik.

³⁷ Die Anzahl professioneller Behandlungen wegen psychischer Probleme nimmt ab 65 Jahren stark ab. Dies deutet darauf hin, dass psychische Beeinträchtigungen weniger häufig erkannt werden oder dass seltener professionelle Unterstützung in Anspruch genommen wird. Die geringe Inanspruchnahme psychologischer und psychiatrischer Unterstützung könnte sich aber bei zukünftigen Altersgenerationen aufgrund höherer Akzeptanz verändern (Bundesamt für Statistik, 2012b).

11.2.2 Risikofaktoren und Schutzfaktoren bzw. Belastungen und Ressourcen

Folgende **Schutzfaktoren bzw. Ressourcen** unterstützen ältere Menschen dabei, psychisch gesund zu bleiben (Dellenbach & Angst, 2011; Schuler & Burla, 2012; Steinmann, 2005):

- Körperliche Faktoren: zum Beispiel guter Gesundheitszustand, Fitness, ausgewogene Ernährung, genügend Schlaf
- Persönlichkeitsmerkmale und Kompetenzen: zum Beispiel adaptive Copingstrategien, Kommunikationsfähigkeit, Sinnfindung, Transzendenz/Spiritualität, Selbstwirksamkeitserwartung
- Soziale Faktoren: zum Beispiel soziale Unterstützung, Vertrauenspersonen, Schutz vor physischer und psychischer Gewalt
- Strukturelle Faktoren: zum Beispiel Zugänge zu Beratung, Weiterbildung und Dienstleistungen, Möglichkeiten für sinnstiftende Aktivitäten, unterstützende Technologien
- Gesellschaftliche Faktoren: zum Beispiel politische und wirtschaftliche Stabilität, ausreichende Sozialversicherungen, gesellschaftliche Partizipation und Integration

Die folgenden **Risikofaktoren bzw. Belastungen** können bei älteren Menschen zur Entwicklung einer psychischen Krankheit führen:

- Körperliche Faktoren: zum Beispiel Seh- und Hörbehinderung, Unfälle wie Stürze, chronische Krankheit/en, Gebrechlichkeit, Mangelernährung, Schlafstörungen
- Persönlichkeitsmerkmale und Kompetenzen: zum Beispiel schlechter Selbstwert, ungenügende Copingstrategien
- Soziale Faktoren: zum Beispiel Einsamkeit, soziale Isolation, Gewalterleben
- Strukturelle Faktoren: zum Beispiel ungenügende Infrastruktur inner- und ausserhalb des Wohnraumes, Umweltbarrieren, ungenügender Zugang zu Beratung und Dienstleistungen
- Gesellschaftliche Faktoren: zum Beispiel tiefer sozioökonomischer Status, Altersdiskriminierung, Stigmatisierung
- Kritische Lebensereignisse und biografische Übergänge: zum Beispiel Pflege der Partnerin/ des Partners, Tod einer engen Bezugsperson, Trennung oder Scheidung, Pensionierung, Umzug oder Eintritt ins Pflegeheim, Sterbeprozess

Da Ressourcen moderierend auf Risikofaktoren bzw. Belastungen wirken und gleichzeitig direkt die psychische Gesundheit stärken können, ist deren Förderung und Erhalt im Alter von grosser Bedeutung. Wenn also körperliche und soziale Ressourcen abnehmen, werden personale Ressourcen wie die

Informationsbox Pro Mente Sana: Demenz

Eine Demenz ist eine neurodegenerative Erkrankung, die durch Defizite der kognitiven, emotionalen und sozialen Funktionen gekennzeichnet ist. Betroffen sind das Kurzzeitgedächtnis, das Denkvermögen, die Sprache und die Motorik. Auch die Persönlichkeitsstruktur kann beeinträchtigt sein.

Es gibt verschiedene Formen von Demenz. Die häufigste Form, der Morbus Alzheimer, macht gegen drei Viertel aller Demenzen aus.

Prävalenz in der Schweiz: In der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen sind weniger als 2% von einer Demenz betroffen. Ab 90 Jahren sind bereits 30% an Demenz erkrankt.

Ursachen und vulnerable Gruppen: Die Entstehungsmechanismen für eine Demenz sind nicht abschliessend geklärt. Demenz hat einerseits eine

biologische Komponente (wie Alter, Geschlecht und genetische Veranlagungen). Andererseits haben Lebensstilfaktoren einen Einfluss auf die Entwicklung der Krankheit.

Behandlung: Demenz ist nicht heilbar. Ihre Auswirkungen können aber dank geeigneten Medikamenten und Therapien gemildert werden, sodass die Lebensqualität der betroffenen Menschen hoch gehalten werden kann.

Quellen: Ecoplan (2013). Grundlagen für eine Nationale Demenzstrategie. Demenz in der Schweiz, Ausgangslage. Bern; Prince, M., Albanese, E., Gierchet, M., & Prina, M. (2014). World Alzheimer Report 2014. Dementia and Risk Reduction. An Analysis of Protective and Modifiable Factors. London.

innere Kontrollüberzeugung und adaptive Copingstrategien, beispielsweise Anpassungsmechanismen, wichtiger. Auch die Stärkung der äusseren sozialen und strukturellen Ressourcen im Umfeld älterer Menschen vermindert die Belastungen und erhält und fördert die psychische Gesundheit im Alter.

11.3 Besondere Herausforderungen für ältere Menschen

11.3.1 Typische Entwicklungsaufgaben im Alter

Abnehmende körperliche und soziale Ressourcen, ein kritisches Lebensereignis oder biografische Übergänge führen im Alter zu Veränderungen, vielfach verbunden mit dem Erleben von Verlust. Neben äusseren Anpassungen wird auch die innere Anpassung an die veränderte Situation notwendig. Ältere Menschen sollten sich trotz zunehmender äusserer Abhängigkeit die Autonomie im Sinne von Selbstbestimmung erhalten. Dies stellt eine persönliche Entwicklungsaufgabe dar, deren Erfüllung jedoch durch ein unterstützendes Umfeld erleichtert wird (Samochowiec, Kühne & Frick, 2015; Steinmann, 2005). Eine andere wichtige Entwicklungsaufgabe im Zusammenhang mit den vielfältigen Veränderungen im Alter ist die situationsbezogene und existenzielle Sinnsuche. Sie kann durch das Aufarbeiten der eigenen Biografie begünstigt werden. Dabei werden Lebensereignisse inventarisiert und in die eigene Lebensgeschichte integriert, was die Sinnfindung und damit die psychische Gesundheit unterstützt (Perrig-Chiello, 2014). Auch eine wichtige Aufgabe im Alter ist die Auseinandersetzung mit dem nahenden Sterben und dem eigenen Tod. Eine der Situation unangepasste Entwicklung oder das Scheitern an Entwicklungsaufgaben kann zu psychischen Beeinträchtigungen führen (Bürli, Amstad, Duetz Schmucki & Schibli, 2015; Steinmann, 2012).

11.3.2 Körperliche Herausforderungen im Alter

Zunehmende körperliche Krankheiten³⁸ und Gebrechlichkeit, Multimorbidität und die Folgen von Stürzen können im Alter dazu beitragen, dass Aktivitäten des täglichen Lebens, wie Einkauf und Essenszubereitung, später auch die Fortbewegung und die Körperpflege, nicht mehr selbstständig bewältigt werden können. Das beeinträchtigt die Mobilität, die soziale Vernetzung und die Autonomie der betroffenen älteren Menschen (Bachmann et al., 2015). Personen ab 65 Jahren mit funktionalen Einschränkungen fühlen sich psychisch belasteter als ihre Altersgenossen ohne diese Einschränkungen und klagen häufiger über Depressionen, mangelnde Energie und wenig Vitalität. Sie weisen eine niedrigere interne Kontrollüberzeugung auf, beurteilen ihre Lebensqualität negativer und erfahren weniger soziale Unterstützung (Bundesamt für Statistik, 2014a). So ziehen körperliche Einschränkungen und Krankheiten häufig psychische Beeinträchtigungen und Erkrankungen nach sich (Schuler & Burla, 2012).

11.3.3 Verlust von sozialer Unterstützung und Vereinsamung

Das soziale Netzwerk und die soziale Teilhabe verringern sich im Alter³⁹. Ab 75 Jahren vermissen deutlich mehr ältere Personen eine enge Vertrauensperson oder fühlen sich einsam⁴⁰. Soziale Unterstützung kann im Alter plötzlich verloren gehen, aufgrund eines biografischen Übergangs (Umzug, Pensionierung) oder eines kritischen Lebensereignisses (Trennung vom Partner, plötzliche Krankheit). Sie kann aber auch schrittweise abnehmen, zum Beispiel wegen der zunehmenden Einbindung in die Pflege des Partners (Dellenbach & Angst, 2011; Perrig-Chiello & Höpflinger, 2012). Ein tiefer sozioökonomischer Status, eine Hör- oder Sehbehinderung oder ein vorliegender Migrationshintergrund stellen zudem Risikofaktoren für soziale Isolation und Vereinsamung dar (Dellenbach & Angst, 2011). Negativ empfundene Ein-

³⁸ Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Demenzerkrankungen, Diabetes und muskuloskelettale Erkrankungen gehören zu den wichtigsten nicht übertragbaren Erkrankungen im Alter (Bachmann et al., 2015).

³⁹ Zwischen 65 und 74 Jahren geben 69% der Frauen und 60% der Männer an, mehrere nahestehende Personen zu haben. Ab 75 Jahren sinkt dieser Anteil bei den Frauen stark – wohl im Zusammenhang mit dem Verlust des Lebenspartners – auf 59%, während er bei den Männern praktisch unverändert bleibt (Schweizerische Gesundheitsbefragung, 2012).

⁴⁰ Über keine enge Vertrauensperson zu verfügen, geben 9% der 75-jährigen und älteren Frauen und 6% der Männer an; je gut 30% haben nur eine Vertrauensperson. Zudem fühlen sich 21% der 75-jährigen und älteren Männer und 35% der Frauen manchmal einsam (Bundesamt für Statistik, 2012b).

samkeit darf nicht unterschätzt werden. Nebst einem schlechteren körperlichen und psychischen Gesundheitszustand kann sie zu einer kürzeren Lebenserwartung und einem erhöhten Risiko für Demenzerkrankungen führen (Schäfler, Biedermann & Salis Gross, 2013; Schuler & Burla, 2012).

11.3.4 Pflegende Angehörige

Im Vergleich zu anderen europäischen Staaten werden in der Schweiz ältere Menschen seltener durch Angehörige gepflegt. Die Gesellschaft stützt sich hauptsächlich auf gut ausgebaute professionelle Pflegedienstleistungen ab. Trotzdem wünschen sich viele Menschen, von Angehörigen gepflegt zu werden (Perrig-Chiello, Höpflinger & Schnegg, 2010) und 54 % der über 65-Jährigen mit funktionellen Einschränkungen nehmen die Hilfe ihrer Angehörigen in Anspruch (Bundesamt für Statistik, 2014a). Gemäss der SwissAgeCare-Studie 2010 sind zwei Drittel der pflegenden Angehörigen Frauen, ein Drittel Männer. Die Hälfte der pflegenden Frauen sind Partnerinnen, zwei Drittel der pflegenden Männer sind Partner. Pflegende Partnerinnen sind im Durchschnitt 75 Jahre alt, pflegende Partner 78. Es kommt aber auch vor, dass Menschen im Pensionsalter ihre Eltern pflegen. Der durchschnittliche Pflegeaufwand von Partnerinnen und Partnern beträgt 65 Stunden pro Woche (Perrig-Chiello et al., 2010). Als Motive für die Pflege werden Liebe und ein gutes Gefühl genannt, aber auch Verpflichtung, Notwendigkeit und finanzielle Überlegungen. Nicht alle pflegenden Angehörigen können die starken körperlichen, psychischen und sozialen Belastungen, die durch die Pflege entstehen, bewältigen. Dies zeigt sich an einem tieferen subjektiven Gesundheitsempfinden und einer geringeren Lebenszufriedenheit pflegender Angehöriger, verglichen mit Menschen, die keine Angehörigen pflegen. Ein besonderes Augenmerk ist laut der SwissAgeCare-Studie auf pflegende Angehörige mit unzureichenden adaptiven Copingstrategien zu legen: Einerseits sind das pflegende Frauen und Männer mit sehr hohem zeitlichem Pflegeaufwand (70 Stunden und mehr), tiefer Zufriedenheit und tiefem Wohlbefinden. Andererseits gehören dazu pflegende Frauen, die zeitlich weniger eingespannt sind (27 Stunden), deren Wohlbefinden aber stark eingeschränkt ist und die regelmässig Schmerzmedikamente einnehmen (Bachmann et al., 2015; Perrig-Chiello et al., 2010; Perrig-Chiello & Höpflinger, 2012).

11.4 Handlungsempfehlungen und mögliche Lösungsansätze

11.4.1 Zugang zu älteren Menschen

Die vielfältigen Erfahrungen, die die Gesundheitsförderung beim Zugang zu älteren Menschen oder zu schwer erreichbaren und sozioökonomisch benachteiligten Gesellschaftsgruppen gesammelt hat, können auch für Interventionen zur Förderung der psychischen Gesundheit im Alter genutzt werden. Die folgende Aufzählung umfasst erprobte und mögliche Zugangswege zu älteren Menschen (Dellenbach & Angst, 2011; Soom Ammann & Salis Gross, 2011; Weber et al., 2016; und eigene Darstellung):

- **Beratungsstellen und Interessenvertretungen:** Altersberatungsstellen (z. B. Pro Senectute, Schweizerisches Rotes Kreuz, Alzheimervereinigung, Rheumaliga), Sozialarbeit, kommunale Suchtberatungsangebote, Case Manager und Elder Care Manager, Scheidungsberatungsstellen und Scheidungsanwälte, Mediatoren
- **Fachpersonen und Berufszweige mit Kontakt zu Risikogruppen:** Haus- und Spezialärzte (z. B. HNO, Augenärzte oder Neurologen), Kliniken, Optiker und Hörgerätevertretungen, Bestattungsdienste
- **Aufsuchende Fach- und Unterstützungsdienstleistungen zu Hause:** Spitex, Pro Senectute, Besuchs-, Mahlzeiten- oder Fahrdienste, mobile Schönheitspflege
- **Zivilgesellschaft und Angehörige:** Nachbarschaft, Vereine, Kirchen, Migrationsorganisationen, Familie, Freunde, Freiwillige, Peers
- **Amtliche Stellen und Vorsorgeeinrichtungen:** Gemeindeämter oder Pensionskassen, Einwohneramt, Sozialamt, Integrationsfachstelle
- **Arbeitgeber kurz vor oder nach der Pensionierung:** Öffentliche und privatwirtschaftliche Arbeitgeber, Berufsverbände, Gewerkschaften
- **Medien:** Wissen, Erlebnisberichte und Unterstützungsangebote in regionalen Zeitungen platzieren, Radio- und Fernsehsender, Webseiten, Zeitschriften, die sich an die Zielgruppe und ihre Angehörigen richten
- **Alternative Zugänge, die getestet werden könnten:** Einbezug von privaten Dienstleistern wie Restaurants, Einkaufszentren, Coiffeure, Postboten, Taxis, Banken

11.4.2 Was kann konkret getan werden, um die psychische Gesundheit der älteren Menschen zu stärken?

Die psychische Gesundheit älterer Menschen, insbesondere in Bezug auf die oben erwähnten Herausforderungen, kann mit Interventionen in den folgenden Handlungsfeldern positiv beeinflusst werden. Wichtig ist, dass evaluierte Projekte zur Anwendung kommen und erfahrungs- und theoriegeleitete Ideen evaluiert werden. Zudem ist ein geschlechtssensibler Interventionsansatz zu beachten.

Die **Bedeutung der psychischen Gesundheit** sollte im Kontakt zu älteren Menschen thematisiert werden. Ziel ist es, Wissen darüber zu vermitteln und ältere Menschen zu motivieren und zu unterstützen, selbstbestimmt ihre psychische Gesundheit zu erhalten und zu stärken (Soom Ammann & Salis Gross, 2011). Dazu können bereits bestehende Veranstaltungen für ältere Menschen (Bewegungsangebote, Weiterbildungskurse) auf kommunaler Ebene oder spezifische Impulsveranstaltungen genutzt werden. Ebenfalls Erfolg zeigen kurze schriftliche Bedürfnisbefragungen mit darauf folgenden individuellen Beratungen (Feller-Länzinger, La Mantia, Künzi, & Egger, 2014). Hausärztinnen und Hausärzte gelten für ältere Menschen oftmals als Vertrauenspersonen in gesundheitlichen und anderen Fragen. Darum wird auch das Arzt-Patienten-Gespräch als effektive Möglichkeit hervorgehoben, um Aspekte der psychischen Gesundheit und deren Einflussfaktoren zu thematisieren, Interventionen zu initiieren und diese zu begleiten (Kessler & Steinmann, 2015; Künzler & Bandi-Ott, 2014; Künzler & Minzer, 2015). Auch die Angehörigen älterer Menschen können bei der Thematisierung von Aspekten der psychischen Gesundheit einbezogen werden (Feller-Länzinger et al., 2014).

Damit ältere Menschen typische Entwicklungsaufgaben im Alter erfolgreich bewältigen können, sind Bildungsangebote zur **Vermittlung und Stärkung persönlicher Kompetenzen** hilfreich. Für die Bildungsarbeit eignen sich Gruppensettings besonders gut. Wenn es der Kursleitung gelingt, einen positiven gruppenspezifischen Prozess einzuleiten, können Selbstreflexion und sozialer Austausch zu Einstel-

lungs- und Verhaltensänderungen führen und die psychische Gesundheit stärken (Soom Ammann & Salis Gross, 2011). Beispiele dazu sind Kurse zur Vorbereitung auf das Rentenalter oder zur Aufarbeitung der eigenen Biografie (Dellenbach & Angst, 2011; Kessler & Schmockler, 2014).

Um körperliche Beeinträchtigungen so lange wie möglich hinauszuzögern und, wenn sie eintreten, einen guten Umgang damit zu finden, bieten sich Interventionen zur Förderung eines **gesunden Lebensstils** an. Dazu werden körperliche Aktivität/Bewegung, ausgewogene Ernährung, aber auch Schlafhygiene gezählt. Bewegung wirkt sich beispielsweise direkt positiv auf den Schlaf und die Psyche aus (Büla et al., 2014). Auch zum Erlernen und zur Pflege eines gesunden Lebensstils eignen sich Gruppenangebote sehr gut, weil sie neben einer praktischen Kompetenz die soziale Teilhabe fördern (Dellenbach & Angst, 2011; Gesundheitsförderung Schweiz, 2014). Um trotz zunehmender Gebrechlichkeit und körperlicher Einschränkungen möglichst lange im gewohnten Umfeld wohnen zu können, sind die angepasste Gestaltung und Organisation von **Wohnumfeld, Wohnraum und Wohnform** wichtig. Es braucht alternative Wohnformen, wie Alters- und Generationen-Wohngemeinschaften, abgestufte administrative und pflegerische Unterstützungsdienstleistungen im Privathaushalt und Tagesbetreuungsplätze am Übergang zwischen eigenständigem Wohnen und stationärer Betreuung⁴¹. Diese alternativen Wohnformen können einen Heimeintritt hinauszögern oder ganz vermeiden. Eine gut angepasste Wohnumgebung im Alter vermindert Einsamkeitsgefühle, erhöht Partizipationschancen und unterstützt das Sinnerleben (Feller-Länzinger et al., 2014; Perig-Chiello et al., 2010; Wächter, Bommer, Hafen & Rabhi-Sidler, 2015).

Zur Förderung der **sozialen Teilhabe** bei aktiven älteren Menschen eignen sich sogenannte Hol-Angebote. Dazu gehören neben Bildungsangeboten in der Gruppe (vgl. oben) soziale Treffpunkte, aber auch kreative, handwerkliche, soziale und politische Aktivität. Das **Engagement** älterer Menschen, speziell zugunsten jüngerer Generationen, wirkt sinnstiftend und stellt einen nachhaltigen Beitrag zur Gesell-

⁴¹ Das Ziel ist selbstständiges, aber nicht isoliertes Wohnen. Wohnungen schwellenfrei auf einer Etage, hausnahe Dienstleistungen auf Abruf, gegenseitige Tausch- und Unterstützungsmöglichkeiten und so weiter.

schaft dar. Erfolgreich ausgeführte Aktivitäten erhöhen zudem die Selbstwirksamkeit. Erfolgversprechend sind auch Ansätze wie die Gemeinwesenarbeit⁴², die Bildung von Netzwerken für die Nachbarschaftshilfe (intra- und intergenerational) und die Förderung von Selbsthilfegruppen. Sie alle fördern neben der sozialen Teilhabe und Partizipation auch die körperliche und geistige Fitness (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2007; Dellenbach & Angst, 2011; Feller-Länzinger et al., 2014; Kessler, Bonsack, Seematter & Biedermann, 2009; Soom Ammann & Salis Gross, 2011).

Damit soziale und andere Bedürfnisse von **schwer erreichbaren älteren Menschen** befriedigt werden können, sind **aufsuchende Angebote** (Bring-Angebote) notwendig. Bei einem Hausbesuch klären Fachpersonen Bedürfnisse ab und bieten Beratungen und Unterstützungsdienstleistungen an, nutzen aber gleichzeitig die positive Wirkung des sozialen Kontakts zur älteren Person. Dabei ist die Eigeninitiative und Autonomie der älteren Person zu bewahren und zu fördern. Soziale Unterstützung wird auch möglich durch freiwillige Hausbesuche von Peers (Altersgenossen) (Feller-Länzinger et al., 2014; Soom Ammann & Salis Gross, 2011).

Für **pflegende Angehörige** wird einerseits die Vermeidung von strukturellen und organisatorischen Belastungen im Pflegeumfeld empfohlen. So ist auf angepasste pflegetechnische Massnahmen, genügend Informationen zu finanziellen Entschädigungen und Entlastungsmöglichkeiten zu achten. Andererseits sollen soziale und psychische Ressourcen gestärkt werden, zum Beispiel durch den Austausch mit anderen Betroffenen (Selbsthilfegruppen) oder bei der Bearbeitung von Themen wie Burnout oder Pflege in der Partnerschaft (Perrig-Chiello et al., 2010; Perrig-Chiello & Höpflinger, 2012).

11.4.3 Welche Rahmenbedingungen können geschaffen werden, um die psychische Gesundheit der älteren Menschen zu stärken?

Um die psychische Gesundheit älterer Menschen zu stärken, sollte in der **Gesellschaft** ein positives Bild der Lebensphase Alter entwickelt werden. Dabei gilt

es, dem relevanten gesellschaftlichen Beitrag, den ältere Menschen leisten können und wollen, Raum zu geben und ihn wertzuschätzen (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2007). Trotzdem ist auch das Zugeständnis wichtig, mit zunehmendem Alter auf Hilfe und Unterstützung von anderen angewiesen sein zu dürfen.

Kantone und Gemeinden sind gefordert, altersrelevante Gesundheitsthemen in Strategien und Konzepte einzubeziehen. Wichtige Themenfelder zur Förderung der psychischen Gesundheit sind die Schaffung von koordinierten, angepassten Versorgungsnetzen für ältere Menschen, die Förderung der sozialen Teilhabe und die Unterstützung von pflegenden Angehörigen. Darauf aufbauend können dann Interventionen finanziert und geplant werden. Damit ältere Menschen so lange wie möglich im selbstgewählten Zuhause leben können, sollten Gemeinden und Städtezentren, Quartiere und Settings alter(n)-gerecht und gesundheitsfördernd gestaltet werden. Benötigt werden barrierearme Zugänge zu Serviceleistungen, Freizeitangeboten, sozialen Netzwerken und Technologien im Wohnumfeld (Bachmann et al., 2015; Schäfler et al., 2013).

Arbeitgeber (Firmen, Organisationen, Verwaltungen) können einen Beitrag zur Förderung der psychischen Gesundheit ihrer Arbeitnehmenden kurz vor und nach der Pensionierung leisten. Dazu gehören Vorbereitungskurse und individuelle Beratungen vor der Pensionierung oder Optionen und Anreize, um auch nach 65 Jahren teil- oder vollzeitlich erwerbstätig sein zu können (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2007; Dellenbach & Angst, 2011; Moreau-Gruet et al., 2014). Zusätzlich ist die Vereinbarkeit von Beruf und Angehörigenpflege (Elder Care) zu klären (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2007).

Fachpersonen, die mit und für ältere Menschen arbeiten, sollen schliesslich der psychischen Gesundheit in ihrer täglichen Arbeit sowie in der Aus- und Weiterbildung einen angemessenen Stellenwert einräumen. Zudem ist für den Aufbau effektiver Unterstützungs- und Versorgungsnetze eine vermehrte Vernetzung, Koordination und Zusammenarbeit notwendig (Feller-Länzinger et al., 2014).

⁴² «Gemeinwesenarbeit ist ein partizipatives Arbeitsprinzip, das unter der aktiven Mitarbeit der Bevölkerung und dem gezielten Einbezug von Institutionen, Organisationen und weiteren Akteuren dazu beiträgt, die Lebensbedingungen von Menschen sowie den sozialen Zusammenhalt und die Versorgung mit sozialen Dienstleistungen zu verbessern» (Weber et al., 2016, S. 123).

Beispielprojekt: «Tavolata»

Das Projekt «Tavolata» ist ein Netzwerk von Tischgemeinschaften, das das Migros-Kulturprozent 2010 initiiert hat. Es handelt sich um selbstorganisierte, lokale Tischgemeinschaften, bei denen sich ältere Menschen privat oder in einem halb-öffentlichen Raum regelmässig zum gemeinsamen Kochen und Essen treffen. Mit dem Projekt «Tavolata» wird die Vernetzung von älteren Menschen gefördert, die soziale Teilhabe ermöglicht und damit das psychische Wohlbefinden gestärkt. In der Regel kommen die Tischgemeinschaften ein- bis zweimal im Monat zusammen. Die Gruppen umfassen sieben bis zehn Personen, 2015 wurden 135 Tischgemeinschaften in 15 Kantonen in allen drei Sprachregionen geführt. Das Durchschnittsalter betrug 74 Jahre (Gartmann & Umbach-Daniel, 2015)⁴³.

11.5 Literaturverzeichnis

- Bachmann, N., Burla, L. & Kohler, D. (2015). *Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015*. Neuchâtel.
- Benz, P., Gut, E., Hock, C., Minder, J., Noser, O. & Radman, I. (2006). *Bericht der Arbeitsgruppe «Gerontopsychiatrie» zur alterspsychiatrischen Versorgung im Kanton Zürich. Im Auftrag des Vorstandes des Zürcher Vereins Psychiatrischer Chefärzte (ZVPC)*.
- Büla, C., Jotterand, S., Martin, B. W., Bize, R., Lenoble-Hoskovec, C. & Seematter-Bagnoud, L. (2014). Bewegung im Alter: Dafür ist es nie zu spät! *Swiss Medical Forum*, 14(45), 836–841.
- Bundesamt für Sozialversicherungen (2007). *Strategie für eine schweizerische Alterspolitik. Bericht des Bundesrates*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Bundesamt für Statistik (2012a). *Gesundheit im Alter – Daten, Indikatoren. Personen in Heimen*. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/01/key/07/01.html> (Zugriff: 19.11.2015).
- Bundesamt für Statistik (2012b). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012*. <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2012/files/de/00.xml> (Zugriff: 19.11.2015).
- Bundesamt für Statistik (2014a). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012. Die funktionale Gesundheit von älteren Menschen in Privathaushalten*. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (2014b). *Ständige Wohnbevölkerung nach Alter und Geschlecht am Jahresende 2014*. http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/key/alter/nach_geschlecht.html (Zugriff: 19.11.2015).
- Bürli, C., Amstad, F., Duetz Schmucki, M. & Schibli, D. (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandesaufnahme und Handlungsfelder. Faktenblatt 7*. Bern und Lausanne: Gesundheitförderung Schweiz.
- Dellenbach, M. & Angst, S. (2011). *Förderung der psychischen Gesundheit im Alter*. Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter». Zürich: Zentrum für Gerontologie.

⁴³ Weitere Informationen: www.tavolata.net und Evaluation des Projekts: https://www.tavolata.net/data/seiten/120D50C9/Kurzfassung_Act_for_Age_def_D-1.pdf

- Ecoplan (2013). Grundlagen für eine Nationale Demenzstrategie. Demenz in der Schweiz: Ausgangslage. Bern: Bundesamt für Gesundheit / Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK).
- Fachgruppe Mental Health (2011). Positionspapier «Suizidprävention im Alter». Public Health Schweiz.
- Feller-Länzinger, R., La Mantia, A., Künzi, K. & Egger, T. (2014). *Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter. Evaluation 2011–2013*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier 18.
- Gartmann, L. & Umbach-Daniel, A. (2015). Act for Age – Evaluation und Gestaltung von Tischgemeinschaften für ältere Menschen als nachhaltiges soziales Netzwerk. Rüschtikon.
- Gesundheitsförderung Schweiz (2014). *Gesundheitsförderung im Alter – Handeln lohnt sich! Argumentarium*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Höpflinger, F. (2015). Wirtschaftliche Sicherung im Alter – gestern und heute. <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Wirtschaftliche-Lage.pdf> [Zugriff: 19.11.2015].
- Höpflinger, F. & Van Wezemael, J. (2014). Age Report III. Wohnen im höheren Lebensalter. Grundlagen und Trends. Graphiken zum Download. <http://www.age-report.ch/grafiken-zum-download/> [Zugriff: 19.11.2015].
- Keller-Guglielmetti, E. & Walter, E. (2015). Epidemiologie von Suiziden, Suizidversuchen und assistierten Suiziden in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Kessler, C. & Schmocker, H. (2014). *Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter. Umsetzungshilfe «Tips und Tools für Veranstaltungen und Kurse»*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier 16.
- Kessler, C. & Steinmann, R. M. (2015). Gesundheitsförderung im Alter in der Hausarztpraxis. *Primarycare*, 15(7), 118–123.
- Kessler, D., Bonsack, S., Seematter, L. & Biedermann, A. (2009). *Gesundheitsförderung im Alter. Synthese von Interviews mit Expert/innen in der Schweiz und einer auf diesen Interviews basierenden Literaturanalyse*. Bern: Pro Senectute Kanton Bern / Public Health Services.
- Künzler, A. & Bandi-Ott, E. (2014). Chronisch kranke Patienten – Psychische Komorbiditäten – erkennen, fragen, handeln. *Hausarzt Praxis*, 9(12), 33–35.
- Künzler, A. & Minzer, A. (2015). Was der Hausarzt wissen sollte. *Primary Care – Die Schweizerische Zeitschrift für Hausarztmedizin*, 15(5), 81–83.
- Moreau-Gruet, F. (2014). *Monitoring zur psychischen Gesundheit – mit Fokus «ältere Menschen» und «Stress am Arbeitsplatz»*. Aktualisierung 2014. Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier 2, Bern und Lausanne.
- Perrig-Chiello, P. (2007). Paradox des Wohlbefindens. Kriterien für ein positives Lebensgefühl im Alter. *Sozial Aktuell, Avenir Social*, 3, 2–3.
- Perrig-Chiello, P. (2011). Glücklich oder bloss zufrieden? Hintergründe und Fakten zum Paradoxon des Wohlbefindens im Alter. In A. Holenstein, R. Meyer Schweizer, & P. Perrig-Chiello (Hrsg.), *Glück. Berner Universitätsschriften*. Bern: Haupt Verlag. S. 241–255
- Perrig-Chiello, P. (2014). Autobiografische Erinnerung: Fakt oder Fiktion? *Universität Bern, UniPress*, 160, 16–17.
- Perrig-Chiello, P., & Höpflinger, F. (2012). *Pflegende Angehörige älterer Menschen*. Bern: Huber Verlag.
- Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F. & Schnegg, B. (2010). Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz. SwissAgeCare-2010. Schlussbericht. <http://www.spitex.ch/files/CEAAGB6/SwissAgeCare-2010-Schlussbericht> [Zugriff: 22.11.2015].
- Samochowicz, J., Kühne, M. & Frick, K. (2015). Digital Ageing. Unterwegs in die alterslose Gesellschaft. Rüschtikon/Zürich: GDI Gottlieb Duttweiler Institut.
- Schäfler, H., Biedermann, A. & Salis Gross, C. (2013). Soziale Teilhabe. Angebote gegen Vereinsamung und Einsamkeit im Alter. Bern: Public Health Services.
- Schuler, D. & Burla, L. (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012* (Obsan Bericht 52). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schuler, D., & Meyer, P. C. (2006). Psychische Gesundheit/Krankheit: die Versorgungslage in der Schweiz. *Managed Care*, 1, 6–8.

- Soom Ammann, E. & Salis Gross, C. (2011). Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen. Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter». Zürich: Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (Zugriff: 30.10.2015).
- Steinmann, R. M. (2005). Psychische Gesundheit – Stress. Wissenschaftliche Grundlagen für eine nationale Strategie zur Stressprävention und Förderung psychischer Gesundheit in der Schweiz. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Steinmann, R. M. (2012). *Spiritualität – die vierte Dimension der Gesundheit. Eine Einführung aus der Sicht von Gesundheitsförderung und Prävention*. Wien: LIT Verlag.
- Stoppe, G. (2012). Psychische Gesundheit im Alter: Lasst uns mehr dafür tun! *Schweizerische Ärztezeitung*, 93(39), 1-3.
- Ugolini, B. & Angst, S. (2009). Erhaltung und Förderung psychischer Gesundheit im Alter. Zürich: Zentrum für Gerontologie.
- Wächter, M., Bommer, A., Hafen, M. & Rabhi-Sidler, S. (2015). *Die Zukunft der hauswirtschaftlichen Leistungen der Spitex. Standortbestimmung und Ausblick*. Luzern: Hochschule Luzern.
- Weber, D., Abel, B., Ackermann, G., Biedermann, A., Bürgi, F., Kessler, C., Schneider, I., Steinmann, R. & Widmer Howald, F. (2016). *Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Grundlagen für kantonale Aktionsprogramme «Gesundheitsförderung im Alter»*. Gesundheitsförderung Schweiz Bericht 5, Bern und Lausanne.

12 Empfehlungen für die Förderung der psychischen Gesundheit

Dr. Fabienne T. Amstad & MSc Martina Blaser, Gesundheitsförderung Schweiz

Ziel des vorliegenden Grundlagenberichts ist es, eine wissenschaftliche Basis für ein kantonales Aktionsprogramm (KAP) mit Schwerpunkt psychische Gesundheit zu bilden und eine Entscheidungsgrundlage für strategische Massnahmen in diesem Themengebiet auf nationaler, kantonaler sowie kommunaler Ebene zu liefern. Neben dieser wissenschaftlichen Basis werden die Bedürfnisse der Kantone sowie die schon bestehenden kantonalen Aktivitäten berücksichtigt, um detaillierte Rahmenbedingungen eines KAP zu erstellen. Dieser Prozess ist in Abbildung 12.1 dargestellt.

Um wissenschaftliche Grundlagen zur psychischen Gesundheit im KAP berücksichtigen zu können, werden aus dem vorliegenden Grundlagenbericht drei konkrete Empfehlungen herausgearbeitet. Diese erlauben eine Fokussierung auf die zu ergreifenden Massnahmen.

12.1 Empfehlung 1: Die Person in ihrem Umfeld berücksichtigen

Es ist zentral, eine Person jeweils in ihren verschiedenen Lebensbereichen (z. B. Familie, Freizeit oder Schule) wahrzunehmen (siehe Abbildung 12.2). In jedem Lebensbereich befinden sich Bezugspersonen und/oder Peers, die eine Person beeinflussen können. Auch die jeweiligen Angebote, die Struktur, das Klima und die Kultur des Umfelds sind als Einflussfaktoren zu berücksichtigen. Dieser Einfluss ist wechselseitig: Eine Person gestaltet das Umfeld mit. Daher ist es wichtig, bei der Planung und Umsetzung von Massnahmen zur psychischen Gesundheit nicht nur die Personen allein, sondern sie auch als Teil ihres Umfelds (Verhältnisse) wahrzunehmen.

ABBILDUNG 12.1

Vorgehensweise beim Aufbau eines KAP⁴⁴

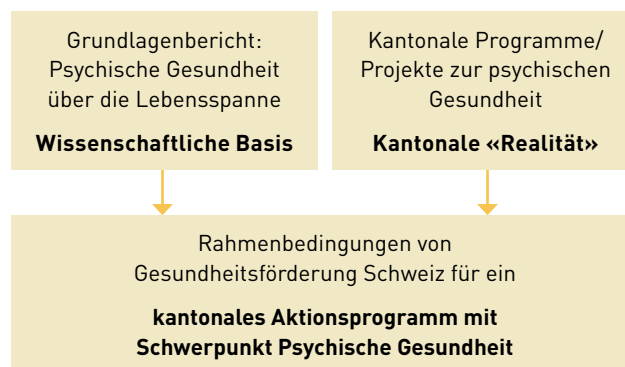
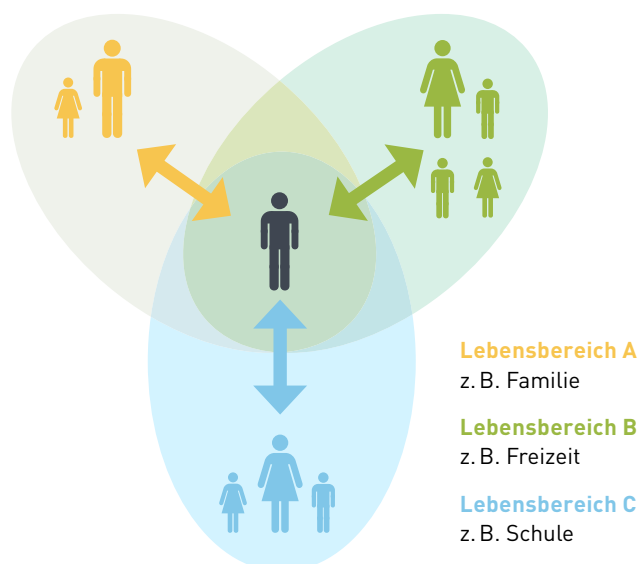


ABBILDUNG 12.2

Der Mensch in seinen verschiedenen Lebensbereichen



⁴⁴ Als weitere wissenschaftliche Basis dient auch das Kapitel 19 Förderung der psychischen Gesundheit mit Fokus auf die soziale Teilhabe aus dem Bericht «Gesundheit und Lebensqualität im Alter» (Weber et al., 2016).

Als Beispiel für eine gesundheitsförderliche Massnahme, die vor allem die Person mit ihren Gedanken, ihren Emotionen und ihrem Verhalten in den Fokus rückt, kann die Vermittlung von sogenannten Lebenskompetenzen (*life skills*) genannt werden. Die Lebenskompetenzen beinhalten Fertigkeiten, die es Personen gestatten, effektiv mit Herausforderungen und Belastungen aus dem alltäglichen Leben umzugehen. Zu den Lebenskompetenzen gehören folgende Fertigkeiten (WHO, 1997):

- Beziehungsfähigkeit
- Empathie
- Effektive Kommunikationsfertigkeiten
- Selbstwahrnehmung/Achtsamkeit
- Emotionsregulation
- Stressbewältigung
- Kreatives und kritisches Denken
- Entscheidungen treffen
- Problemlösefertigkeiten

Neben diesen individuellen Massnahmen zielen umfeldbezogene⁴⁵ Massnahmen auf Bezugspersonen, die jeweiligen Angebote, die Struktur, das Klima und die Kultur eines Umfelds. Beispielsweise richten sich umfeldbezogene Massnahmen des Lebensbereichs Schule auf die Klassenkultur, das Schulklima, die Lehrpersonen und die Schulangebote aus.

Um die Person in ihrem Umfeld wirkungsorientiert zu fördern, sollen diese Massnahmen aufeinander abgestimmt werden.

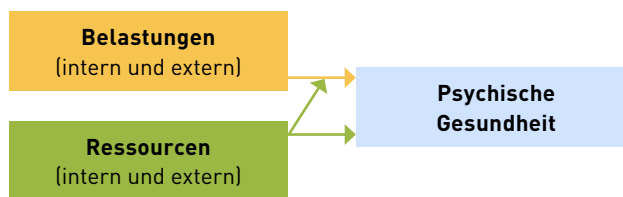
12.2 Empfehlung 2: Interne und externe Ressourcen stärken

Ressourcen haben einerseits einen direkten positiven Einfluss auf die psychische Gesundheit und andererseits eine abpuffernde Wirkung auf Belastungen, die sich negativ auf die psychische Gesundheit auswirken (siehe Abbildung 12.3).

Es ist somit doppelt wichtig, sowohl interne wie auch externe Ressourcen zu stärken⁴⁶. Interne und externe Ressourcen beeinflussen sich gegenseitig. Einseitig nur interne oder nur externe Ressourcen zu stärken, ist daher weniger zielführend.

ABBILDUNG 12.3

Modifiziertes Ressourcen-Belastungs-Modell



Alle Ressourcen zu stärken, ist eine unmögliche Aufgabe. Deshalb empfiehlt es sich, auf wenige – dafür zentrale – Ressourcen zu fokussieren, die eine sogenannte generische Wirkung auf Belastungen haben können. Generisch bedeutet in diesem Zusammenhang, dass sie unterschiedliche Probleme beeinflussen können.

Selbstwirksamkeit als interne Ressource und soziale Unterstützung als externe Ressource sind solche generischen Ressourcen, da beide Ressourcen über die gesamte Lebensspanne, in verschiedenen Übergängen und Lebensereignissen eine zentrale Rolle spielen (Wettstein, 2016).

12.2.1 Zentrale interne Ressource: Selbstwirksamkeit

Die Selbstwirksamkeit ist eine zentrale interne Ressource. Sie beschreibt die Überzeugung, Handlungen aufgrund eigener Kompetenzen ausführen zu können. Selbstwirksamkeit wird schon sehr früh entwickelt und im Verlauf des gesamten Lebens immer wieder benötigt, um die psychische Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen. Besonders bei der Bewältigung von Übergängen oder kritischen Lebensereignissen gilt es, die Überzeugung der eigenen Wirksamkeit in Bezug auf neue Rollen oder Situationen zu erhalten.

Sowohl die Person wie auch das Umfeld sind für die Förderung und die Entwicklung von Selbstwirksamkeit entscheidend. Auf der individuellen Ebene sind hier die Lebenskompetenzen (siehe Kapitel 12.1) zu nennen. Denn Selbstwirksamkeit kann auch als Ergebnis von erfolgreich angewandten Lebenskompetenzen betrachtet werden (Bühler & Heppekausen,

⁴⁵ Mit «umfeldbezogenen Massnahmen» sind Massnahmen gemeint, die auf das jeweilige Umfeld der Zielperson bezogen sind. Somit stellen Bezugspersonen einen Teil des sozialen Umfelds dar.

⁴⁶ Für interne Ressourcen bzw. externe Ressourcen werden im vorliegenden Bericht auch die Begriffe personale Ressourcen bzw. umgebungsbedingte/umfeldbedingte Ressourcen verwendet.

2005]. Auf der Ebene des Umfelds sind als Beispiele das Vertrauen, das einer Person entgegengebracht wird, und der Handlungsspielraum, der ihr zugestanden wird, zu nennen. Sowohl das Vertrauen wie auch der Handlungsspielraum ermöglichen es, dass eine Person auch selbstwirksame Erfahrungen machen kann.

12.2.2 Zentrale externe Ressource: soziale Unterstützung

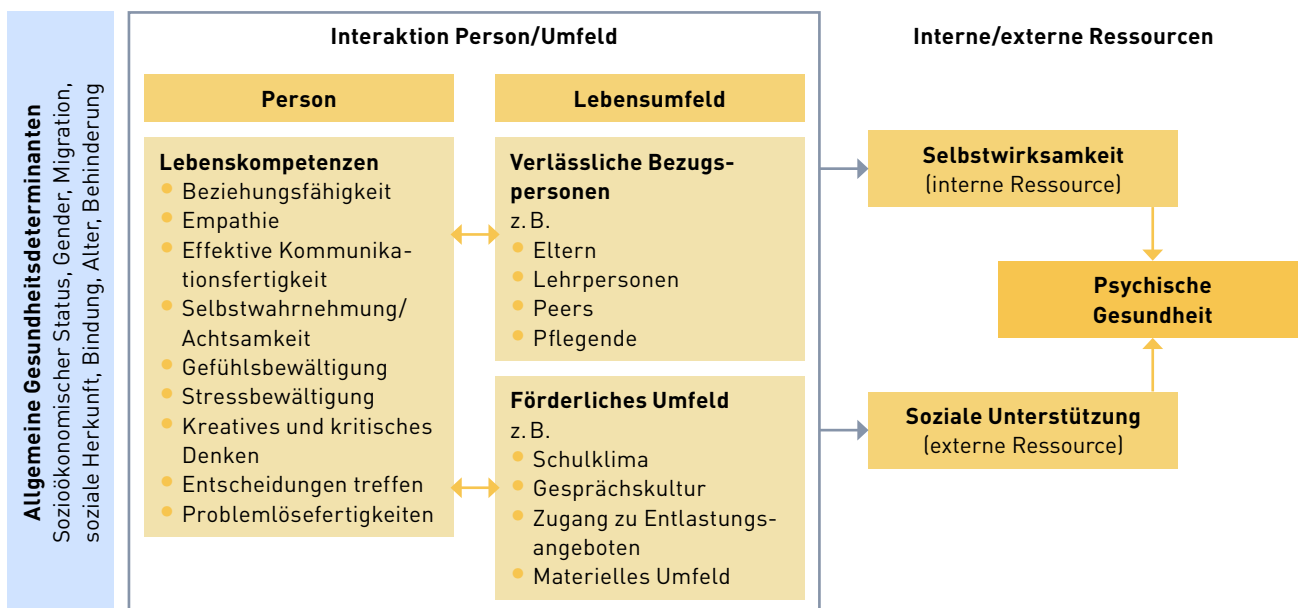
Die soziale Unterstützung ist während der gesamten Lebensspanne zentral. Sie beschreibt die Vermittlung von praktischer Hilfe, Wertschätzung oder den Informationsaustausch zwischen Personen. Schon im Kleinkindalter ist es für die psychische Gesundheit des Kindes wesentlich, dass verlässliche Bezugspersonen erreichbar sind. Im Schul- und Jugendalter kommen mit den Peers weitere Unterstützungsquellen hinzu, die es zu erschliessen gilt. Im Erwachsenenalter zeigt sich die soziale Unterstützung nicht nur in der Partnerschaft, sondern auch im ausserfamiliären sozialen Netz, wie zum Beispiel in der Erwerbstätigkeit mit Arbeitskolleginnen und -kollegen und Mitarbeitenden. Auch im fortgeschrittenen Alter bleibt die soziale Unterstützung wichtig. Zur Stärkung der sozialen Unterstützung kann auf der individuellen Ebene – das heisst auf der Ebene der Person – und auf der Ebene des Umfelds an-

gesetzt werden. Auf individueller Ebene leisten wiederum die Lebenskompetenzen einen wertvollen Beitrag. Lebenskompetenzen, wie z. B. Beziehungsfähigkeit, Empathie oder effektive Kommunikationsfertigkeiten, spielen eine wichtige Rolle, um soziale Unterstützung zu geben, zu erhalten oder auch annehmen zu können.

Ein gutes Beispiel lässt sich am Umfeld Schule aufzeigen. Das Lebensumfeld Schule kann beeinflusst werden, indem die Solidarität in der Klasse, das Zugehörigkeitsgefühl zur Schule, ein unterstützendes Lernklima und die Verantwortung der Schülerinnen und Schüler gefördert werden. Diese Faktoren führen zu einer gelebten Kultur der sozialen Unterstützung. Die Infografik in Abbildung 12.4 stellt eine Veranschaulichung der ersten beiden Empfehlungen am Beispiel der genannten Ressourcen Selbstwirksamkeit und soziale Unterstützung zusammengefasst dar. Auf der linken Seite der Abbildung ist das Zusammenspiel zwischen der Person und ihrem Lebensumfeld zu sehen. Dies spielt bei der Entwicklung von Ressourcen eine entscheidende Rolle. Deshalb sollten Massnahmen zur Stärkung von Ressourcen nicht nur auf individueller Ebene ansetzen, sondern auch das Lebensumfeld, das heisst die Verhältnisse, berücksichtigen (Empfehlung 1). Auf der rechten Seite der Abbildung ist gezeigt, wie sowohl die Selbstwirksamkeit als interne Ressource als auch die

ABBILDUNG 12.4

Infografik zu den Empfehlungen 1 und 2 zur Förderung der psychischen Gesundheit



soziale Unterstützung als externe Ressource die psychische Gesundheit fördern (Empfehlung 2).

12.3 Empfehlung 3: Fokussierung auf bestimmte Zielgruppen

Grundsätzlich ist es bei der Planung und Umsetzung von gesundheitsförderlichen Massnahmen sinnvoll, vulnerable Zielgruppen prioritär zu berücksichtigen. Gerade Personen in Übergangsphasen stehen vor besonderen Herausforderungen vor allem in Bezug auf die psychische Gesundheit: Die eigene Rolle – die persönliche Identität – muss neu definiert werden. Ausserdem verändert sich bei Übergängen oft ein Teil des Umfelds. Beispielsweise kommt beim Schuleintritt die Klasse als zentrales Umfeld des Kindes neu hinzu; Eltern von jungen Kindern wachsen in ihre neue Elternrolle hinein; beim Eintritt ins Erwerbsleben gilt es, zuerst einmal den neuen Betrieb kennenzulernen. Die Person muss sich mit dem neuen Umfeld erst vertraut machen, ihre Wirksamkeit auch im neuen Umfeld erfahren, um ihre Identität schliesslich zu stabilisieren. Der sozioökonomische Status beeinflusst die psychische Gesundheit dabei in jeder Lebensphase.

Im Folgenden werden drei Personengruppen beschrieben,

- die sich in einem Übergang befinden,
- die mehrfach belastet sind,
- deren Erreichbarkeit grösstenteils gewährleistet ist,
- deren Probleme oder Herausforderungen sich noch im Anfangsstadium befinden (Frühintervention)
- und die nicht von anderen Förderangeboten profitieren (betriebliches Gesundheitsmanagement [BGM], Regionale Arbeitsvermittlungszentren [RAV] usw.).

12.3.1 Kleinkinder/Vorschulkinder und ihre Eltern

Die Familie als soziales Netz ist grundsätzlich als Ressource zu sehen, sowohl für Kinder als auch für Erwachsene. Es ist wichtig, die ganze Familie als System zu stärken, um die psychische Gesundheit der Kinder und der Eltern zu fördern. In der Familie finden zahlreiche Übergänge statt. Werdende und

junge⁴⁷ Eltern befinden sich in einem wichtigen Übergang des Erwachsenenalters, der mehrere Lebensbereiche gleichzeitig betrifft: Die Partnerschaft verändert sich, mit der Elternschaft kommt eine neue Rolle hinzu, das Familiensystem vergrössert sich und häufig ändert sich der Beschäftigungsgrad bei Frauen (oder Männern). Weshalb es sich lohnt – speziell wenn es um Kleinkinder geht –, das gesamte Familiensystem in die Interventionen miteinzubeziehen, wird im Folgenden genauer ausgeführt:

- Die Paarbeziehung ist für die Lebenszufriedenheit und die Gesundheit von Eltern von zentraler Bedeutung. Die Partnerschaftszufriedenheit nimmt nach der Geburt des ersten Kindes stark ab.
- Die Stärkung von Eltern(teilen) hat gleichzeitig einen positiven Effekt auf deren Kinder. Die frühe Kindheit wird durch niemanden so stark geprägt wie durch die Eltern bzw. die primären Bezugspersonen.
- Die frühen Lebensphasen sind entscheidend. Dies zeigen unter anderem Studien zum Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und der Entwicklung der Kinder.
- 13% aller Mütter erleiden eine postpartale Depression (Beck, 2001). Durch die enge Verbundenheit und die Abhängigkeit des Kindes von der Mutter kann sich die Depression negativ auf die psychische Gesundheit des Kindes auswirken.
- Die schützenden Faktoren einer Erwerbstätigkeit können wegfallen, wenn werdende Eltern ihre Erwerbstätigkeit aufgeben oder ihren Beschäftigungsgrad stark reduzieren. Falls die Erwerbstätigkeit beibehalten wird, bedeutet es eine grosse Herausforderung, das Gleichgewicht zwischen den verschiedenen Lebensbereichen zu erhalten.

12.3.2 Frühes Jugendalter

Auch die Adoleszenz ist eine mit vielen Herausforderungen verbundene Phase des Übergangs. Im Folgenden wird erläutert, weshalb es sich lohnt, gesundheitsförderliche Massnahmen speziell auf das frühe Jugendalter auszurichten:

- Die Adoleszenz birgt eine Kumulation von Entwicklungsaufgaben. Diese Häufung ist besonders herausfordernd für die psychische Gesundheit, denn jede einzelne Entwicklungsaufgabe für sich stellt bereits eine erhebliche Belastung für die Jugendlichen dar.

⁴⁷ Mit «jung» ist hier nicht das biologische Alter der Eltern gemeint, sondern die Neuheit der Rolle für sie.

- Der Median für psychische Erkrankungen liegt bei 14 Jahren (Kessler et al., 2005). Dies ist ein wichtiger Hinweis auf die Vulnerabilität in der frühen Phase der Adoleszenz und unterstreicht die Bedeutung von Interventionen in diesem Alter.
- Das frühe Jugendalter wird zudem als besonders geeignet eingeschätzt, weil die Jugendlichen noch zur Schule gehen. Interventionen in den Schulen erreichen auch Jugendliche mit einem tieferen sozioökonomischen Status, was besonders wichtig ist, da ein tiefer sozioökonomischer Status sich negativ auf die psychische Gesundheit auswirken kann.

12.3.3 Pflegende Angehörige älterer Personen

Pflegende Angehörige stellen die dritte Personengruppe dar, die besonders herausfordernden Bedingungen für die psychische Gesundheit ausgesetzt sind. Es handelt sich dabei meistens um ältere Personen, denn oft übernimmt der/die Partner/in die Pflege eines erkrankten älteren Menschen; an zweiter Stelle folgen die (erwachsenen) Kinder. Folgende Gründe sprechen für die Fokussierung auf pflegende Angehörige:

- Eine besondere Belastung bei der Pflege von älteren Personen ist die Tatsache, dass die Pflegetätigkeit in der Regel nicht mit einer Heilung, sondern mit dem Tod endet. Dieser drohende Verlust ist allgegenwärtig und belastend für die psychische Gesundheit der Pflegenden.
- Die Verwitwung ist das Lebensereignis, welches sich besonders negativ auf die psychische Gesundheit auswirkt. Zahlreiche Ressourcen, wie zum Beispiel die soziale Unterstützung des Partners bzw. der Partnerin, fallen weg. Werden ältere Menschen vor der Verwitwung mit gesundheitsförderlichen Massnahmen angesprochen, lassen sich Risiken einer Vereinsamung nach Verwitwung reduzieren.
- Das Thema der Vereinsamung von pflegenden Angehörigen (auch vor dem Tod) ist in mehrfacher Hinsicht von Bedeutung: Es hat sich gezeigt, dass die Pflege eines Angehörigen eine Reduktion des sozialen Netzes nach sich zieht. Dies hängt unter anderem mit der oft zeitintensiven Pflegetätigkeit zusammen: Eine Partnerin bzw. ein Partner investiert durchschnittlich 65 Stunden pro Woche in die Pflege, Kinder im Schnitt 27 Stunden (Perrig-Chiello, Höpflinger & Schnegg, 2010).

- Ferner erleben viele Personen durch die Pflege älterer Angehöriger eine Doppel- oder Dreifachbelastung – je nachdem, ob die Erwerbstätigkeit und/oder eigene abhängige Kinder hinzukommen. Sie werden oft die «Sandwichgeneration» genannt. Das Gleichgewicht zwischen den verschiedenen Lebensbereichen und Lebensaufgaben zu finden, ist einmal mehr eine grosse Herausforderung.

12.4 Fazit

Der vorliegende Grundlagenbericht liefert unter anderem Antworten dafür, **wie, mit welchen Ressourcen und bei wem** die psychische Gesundheit gestärkt werden kann.

Massnahmen sollten jeweils die Personen (z. B. durch die Förderung der Lebenskompetenzen) und ihre Lebensumfelder (z. B. Klima, Kultur und Struktur) berücksichtigen und aufeinander abgestimmt sein. Zentrale Ressourcen wie die soziale Unterstützung und die Selbstwirksamkeit sollten gestärkt werden. Als besonders beachtenswert in der Zielgruppenwahl wurden Kleinkinder/Vorschulkinder und ihre Eltern, Jugendliche in der frühen Adoleszenz sowie pflegende Angehörige definiert.

12.5 Literaturverzeichnis

- Beck, C.T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research*, 50 (5), 275-285.
- Bühler, A. & Heppekausen, K. (2005). *Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland: Grundlagen und kommentierte Übersicht*. Köln: BZgA.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV Disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62 (6), 593-602.
- Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F. & Schnegg, B. (2010). Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz. SwissAgeCare-2010. Schlussbericht. Online unter <http://www.spitex.ch/files/CEAAGB6/SwissAgeCare-2010-Schlussbericht> (Zugriff: 30.11.2015).
- Weber, D., Abel, B., Ackermann, G., Biedermann, A., Bürgi, F., Kessler, C., Schneider, I., Steinmann, R. & Widmer Howald, F. (2016). *Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Grundlagen für kantonale Aktionsprogramme «Gesundheitsförderung im Alter»*. Gesundheitsförderung Schweiz Bericht 5, Bern und Lausanne.
- WHO (1997). Life Skills Education for children and adolescents in Schools. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63552/1/WHO_MNH_PSF_93.7A_Rev.2.pdf (Zugriff: 9.10.2015).

