



Universität  
Zürich <sup>UZH</sup>

Zentrum für Gerontologie

# Gesund altern auch mit gesundheitlichen Einschränkungen

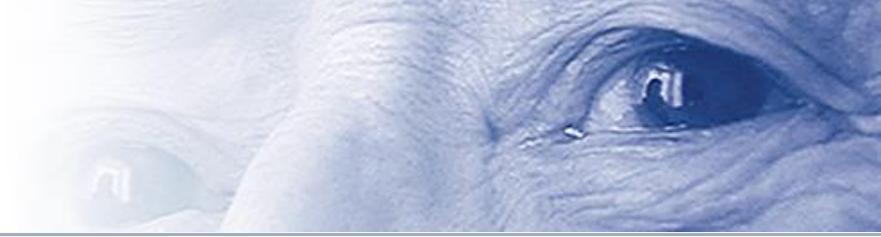
Auf dem Weg zur WHO Decade of Healthy Ageing 2020 – 2030



Hans Rudolf Schelling  
Universität Zürich  
Zentrum für Gerontologie

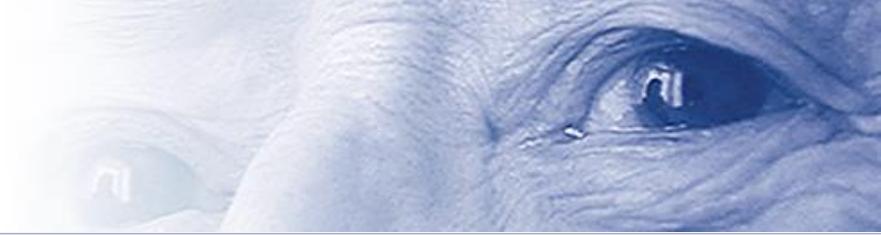
Fachverband Sucht:  
2. Kantonales Austauschtreffen  
Deutschschweiz (KAD):  
Lebensqualität und Gesundheit  
im Alter

Volkshaus Zürich  
Montag, 16. September 2019



## Übersicht

- Ausgangslage: alternde (Welt-) Bevölkerung
- WHO: Gesundheit und gesundes Altern
- Wohlbefinden und Lebensqualität
- Ressourcen, Resilienz und Vulnerabilität
- Coping mit Veränderungen und Interventionen / Massnahmen
- Partizipation
- Fazit: Prinzipien und Konsequenzen für die Gesundheitsförderung

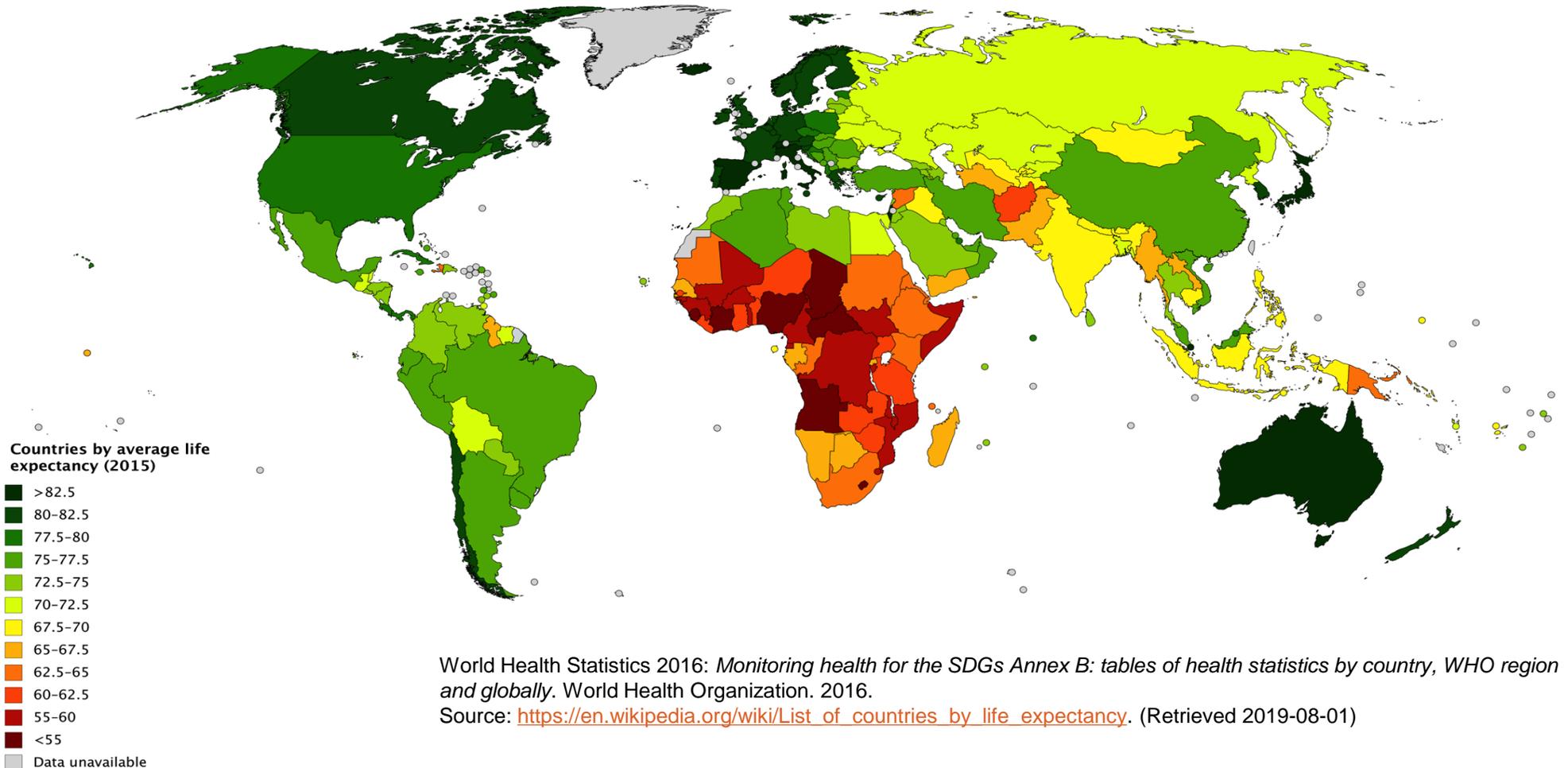


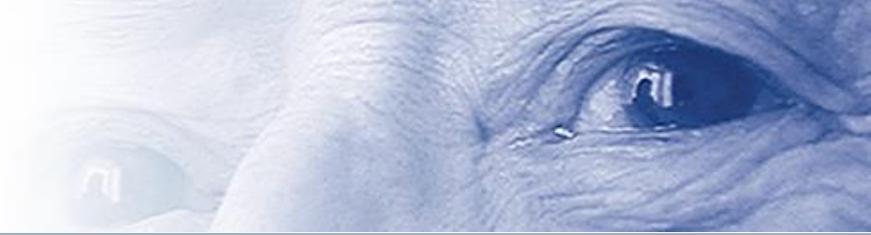
# **Ausgangslage: alternde (Welt-) Bevölkerung**

## **WHO: Gesundheit und gesundes Altern**



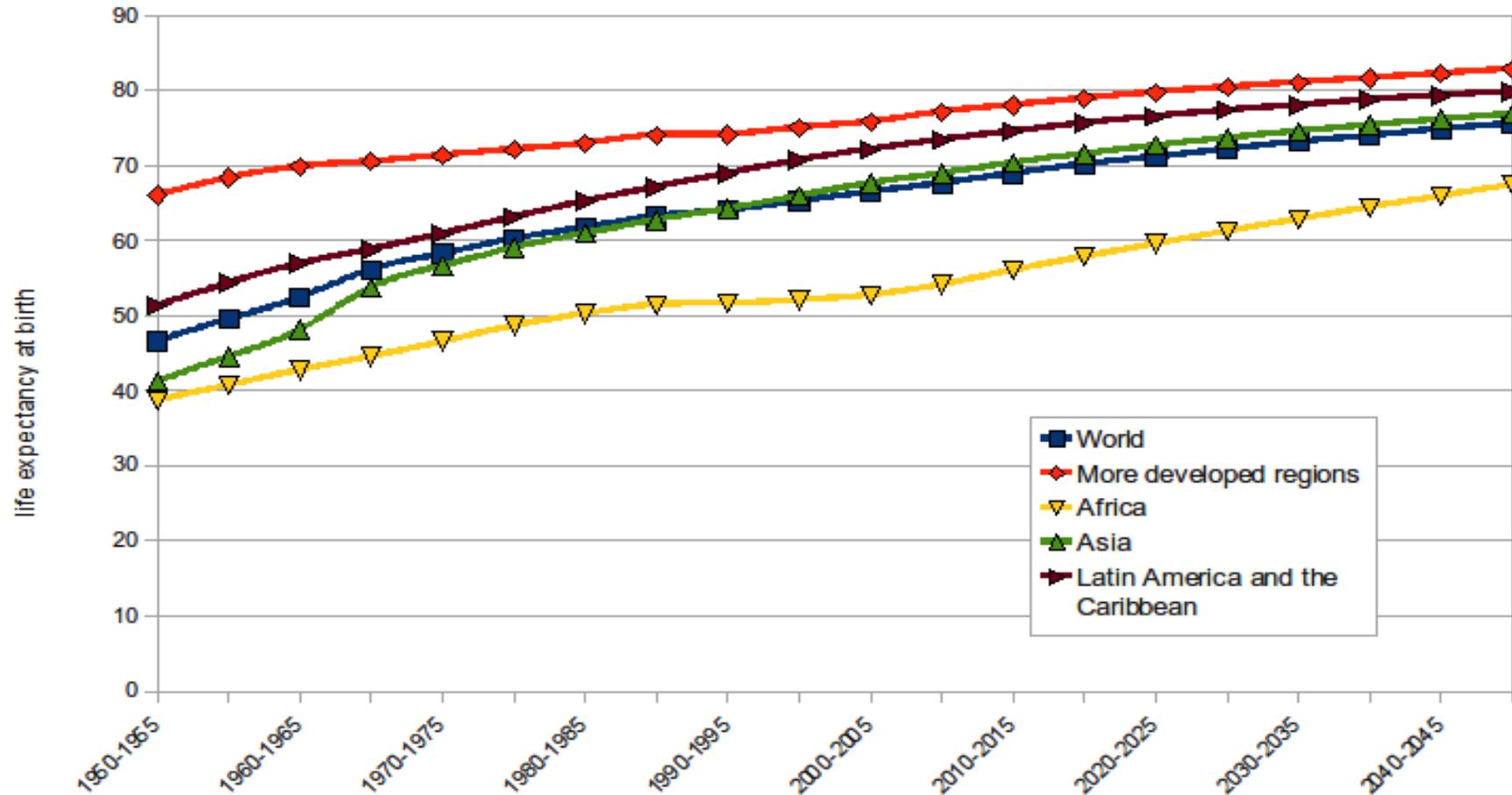
## Life Expectancy at Birth Worldwide, 2015 (WHO)

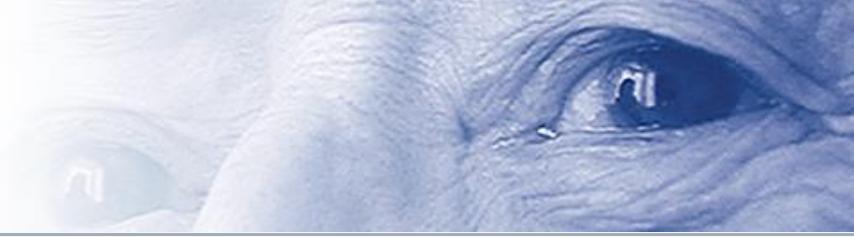




## Life Expectancy at Birth by World Region, 1950 – 2050

(UN World Population Prospects, 2008)





## Gesundheit: WHO-Verfassung, 1946

**«Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.**

Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der *Grundrechte* jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.

(...)

Eine aufgeklärte öffentliche Meinung und eine *tätige Mitarbeit der Bevölkerung* sind für die Verbesserung der Gesundheit der Völker von höchster Wichtigkeit.

Die *Regierungen tragen die Verantwortung* für die Gesundheit ihrer Völker; sie können diese nur auf sich nehmen, wenn sie die geeigneten hygienischen und sozialen Vorkehrungen treffen.»

## Gesundes Altern: WHO World Report on Ageing and Health, 2015

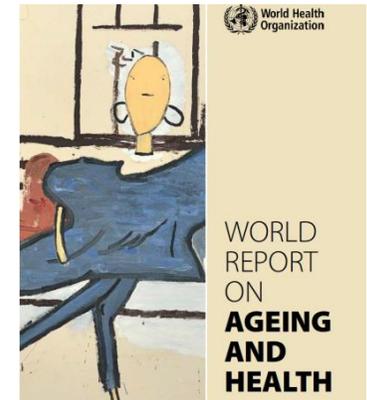
### Dynamisierung und Individualisierung der Gesundheit (im Alter):

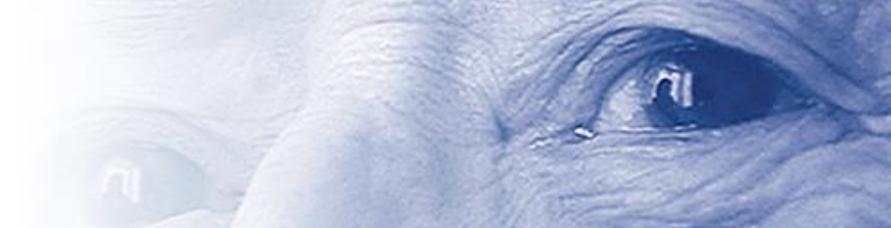
Gesundes Altern ist der Prozess der Entwicklung und Aufrechterhaltung der funktionellen Fähigkeit, die Wohlbefinden im höheren Alter ermöglicht.

Funktionelle Fähigkeit bezieht sich darauf, sein und tun zu können, was man Grund hat wertzuschätzen.

*«Healthy Ageing is the process of developing and maintaining the functional ability that enables well-being in older age. Functional ability is about having the capabilities that enable all people to be and do what they have reason to value.»*

<http://www.who.int/ageing/global-strategy/>





## Ausgangslage

# AGEING and HEALTH



World Health Organization

Between 2000 and 2050, the number of people aged 60 and over is expected to double

In 2050, more than 1 in 5 people will be 60 years or older.



By 2050, 80% of older people will be living in low- and middle-income countries.

**AGEING and HEALTH**

Between 2000 and 2050, the number of people aged 60 and over is expected to double. In 2050, more than 1 in 5 people will be 60 years or older.

By 2050, 80% of older people will be living in low- and middle-income countries.

**EVERY OLDER PERSON IS DIFFERENT**

Some have no chronic conditions. Some require full-time assistance. All require support at some point in life. Health is crucial to how we experience older age.

**WHAT INFLUENCES HEALTH IN OLDER AGE?**

**INDIVIDUALS** (Genetic, Lifestyle, Health status, Mental health, Physical health, Sensory health, Cognitive health) | **ENVIRONMENT THEY LIVE IN** (Social, Economic, Physical, Environmental)

**WHAT IS NEEDED FOR HEALTHY AGEING?**

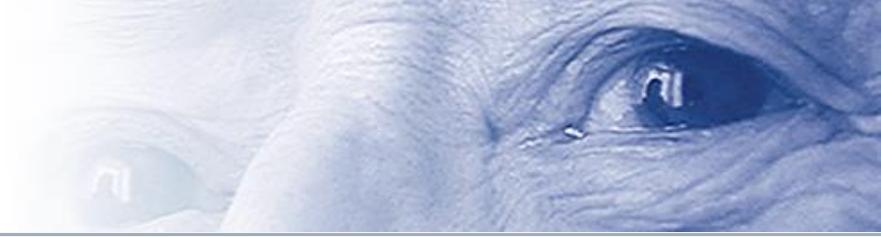
It changes as the only way to think about ageing and older people is a matter of age-friendly environments.

Reform of health systems to the needs of older people

Development of systems for long-term care

Health systems being able to do the things we value for a long as possible (Hyer, 2016)

<https://www.who.int/ageing/en/>



## Heterogenität und Diversität

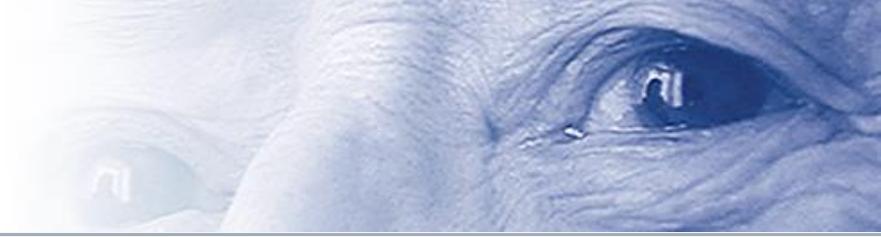
► EVERY OLDER PERSON IS DIFFERENT



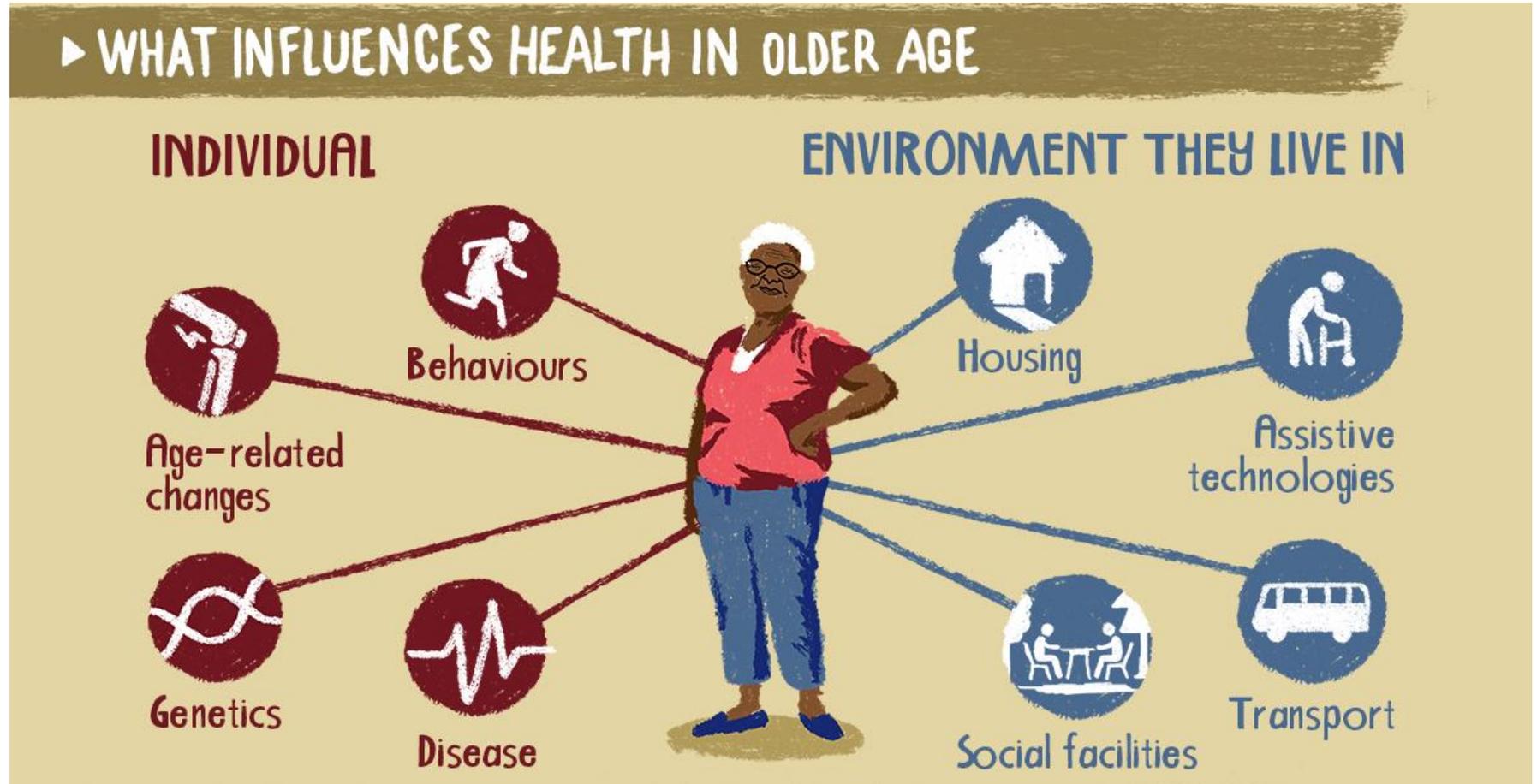
Some have the level of functioning of a 30 year old.

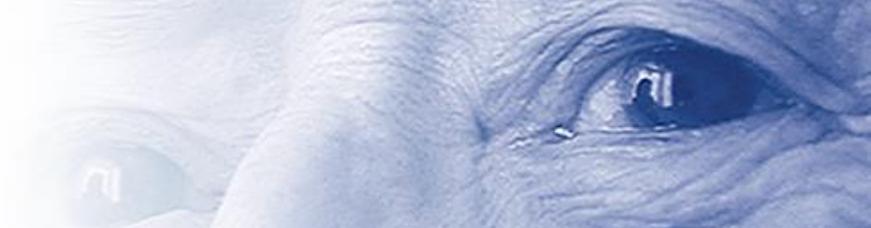
Some require full time assistance for basic everyday tasks.

Health is crucial to how we experience older age.



## Individuum und Umwelt





## ▶ WHAT IS NEEDED FOR HEALTHY AGEING

A change in the way we think  
about ageing and older people



Creation of age-friendly  
environments



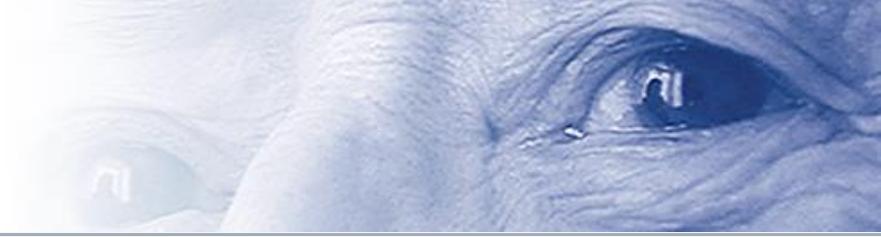
Alignment of health systems  
to the needs of older people



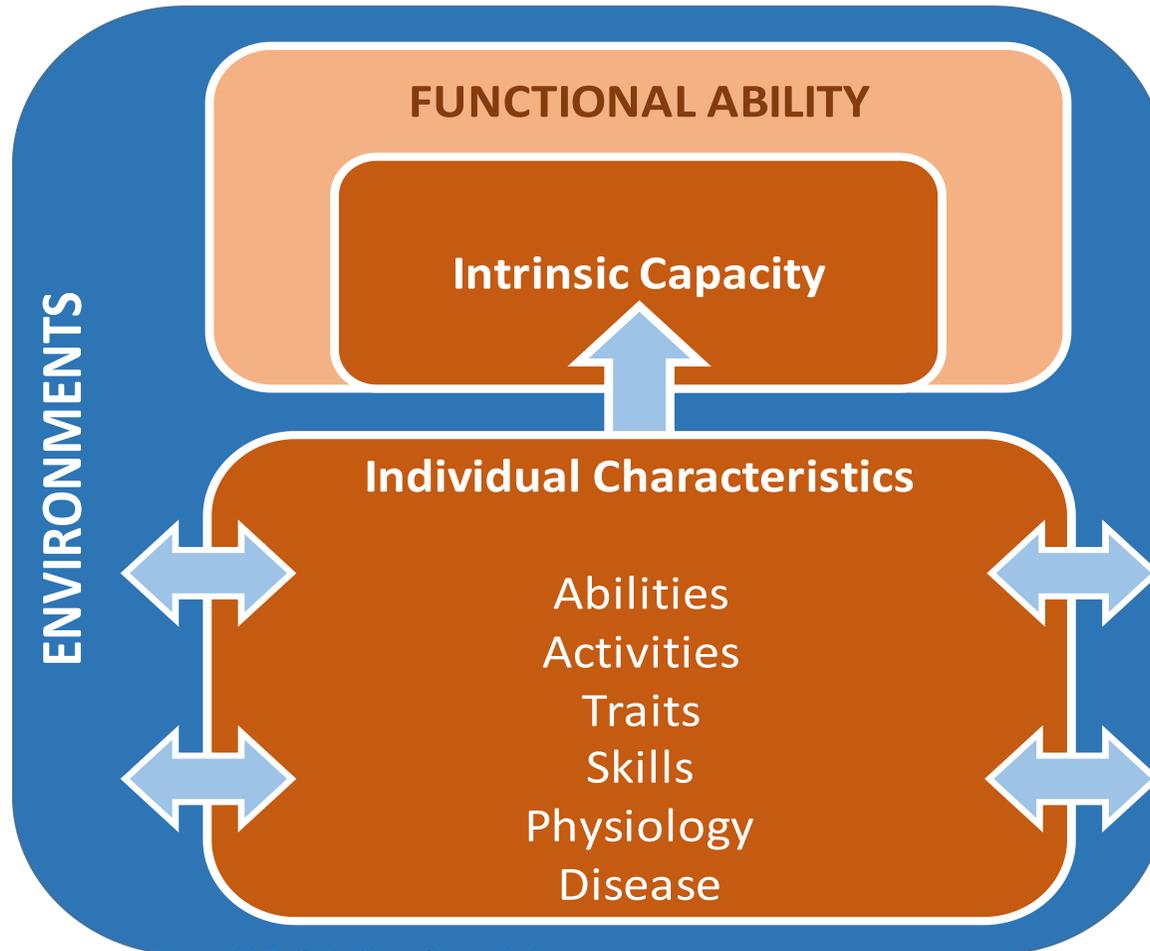
Development of systems  
for long-term care



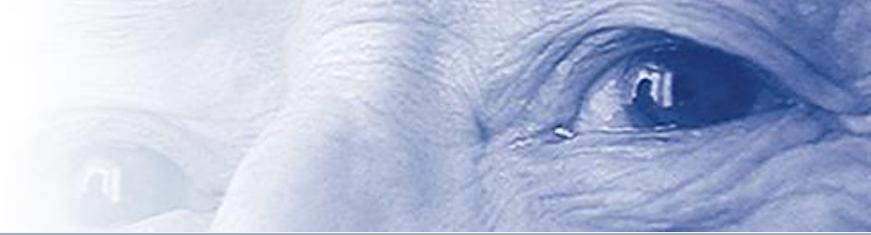
Healthy Ageing...being able to do the things we value for a long as possible



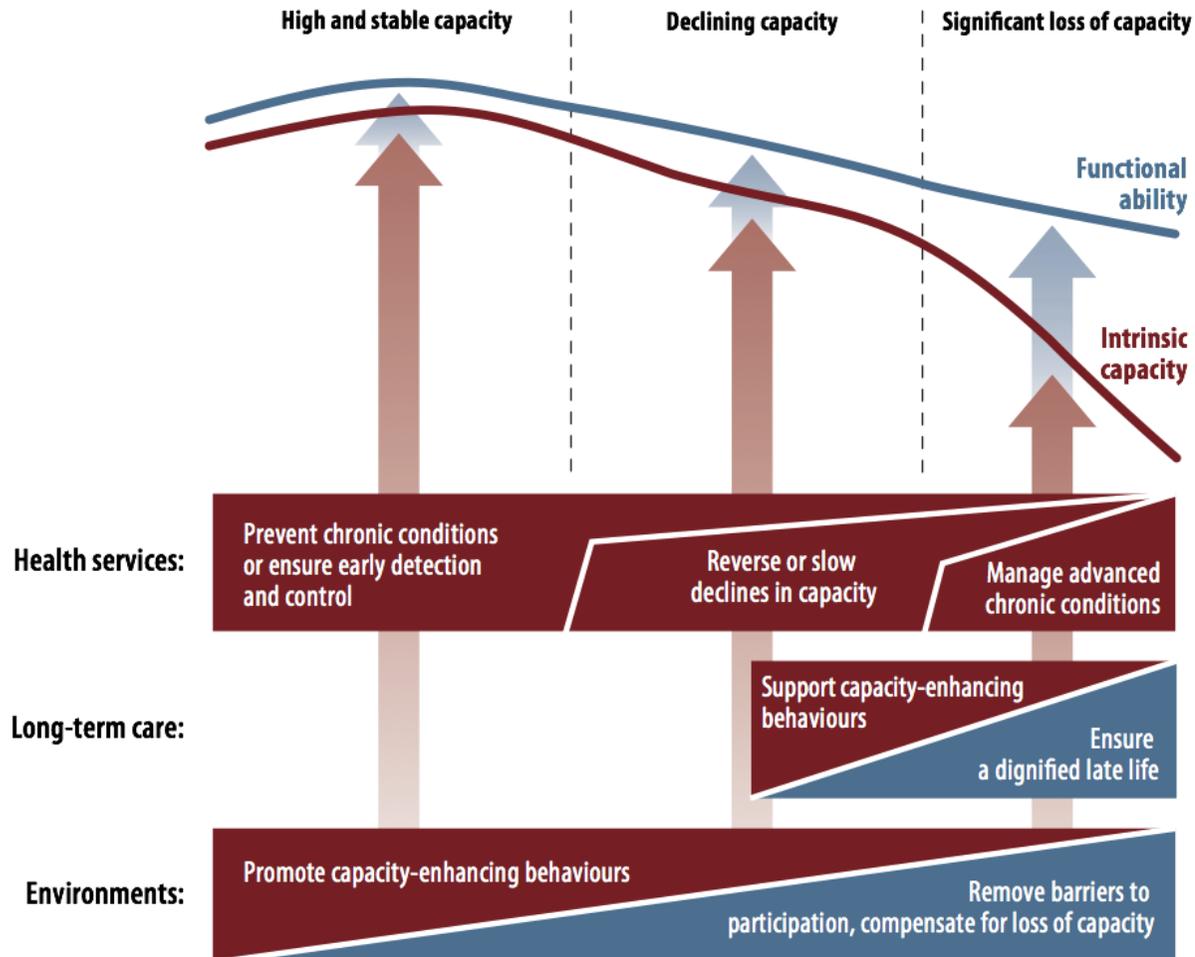
## Dynamik gesunden Alterns auch bei Multimorbidität



WHO (2015; 2016);  
Martin et al. (2012; 2016a; 2016b; 2017);  
Martin & Jäncke (2015);  
Scholz et al. (2015);  
Boker & Martin (2017)



## Public Health: Ebenen von Massnahmen

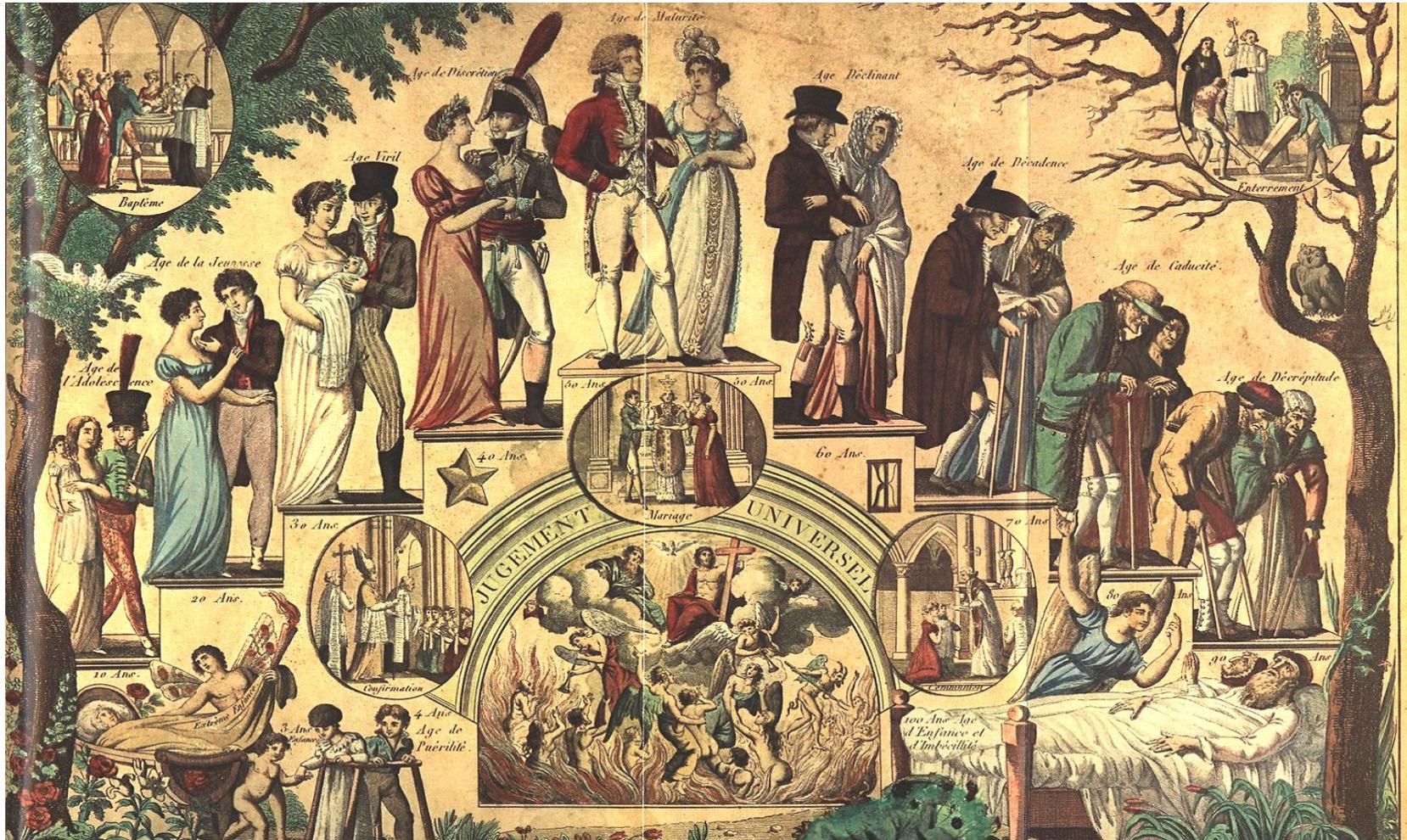


WHO World Report,  
2015, S. 33

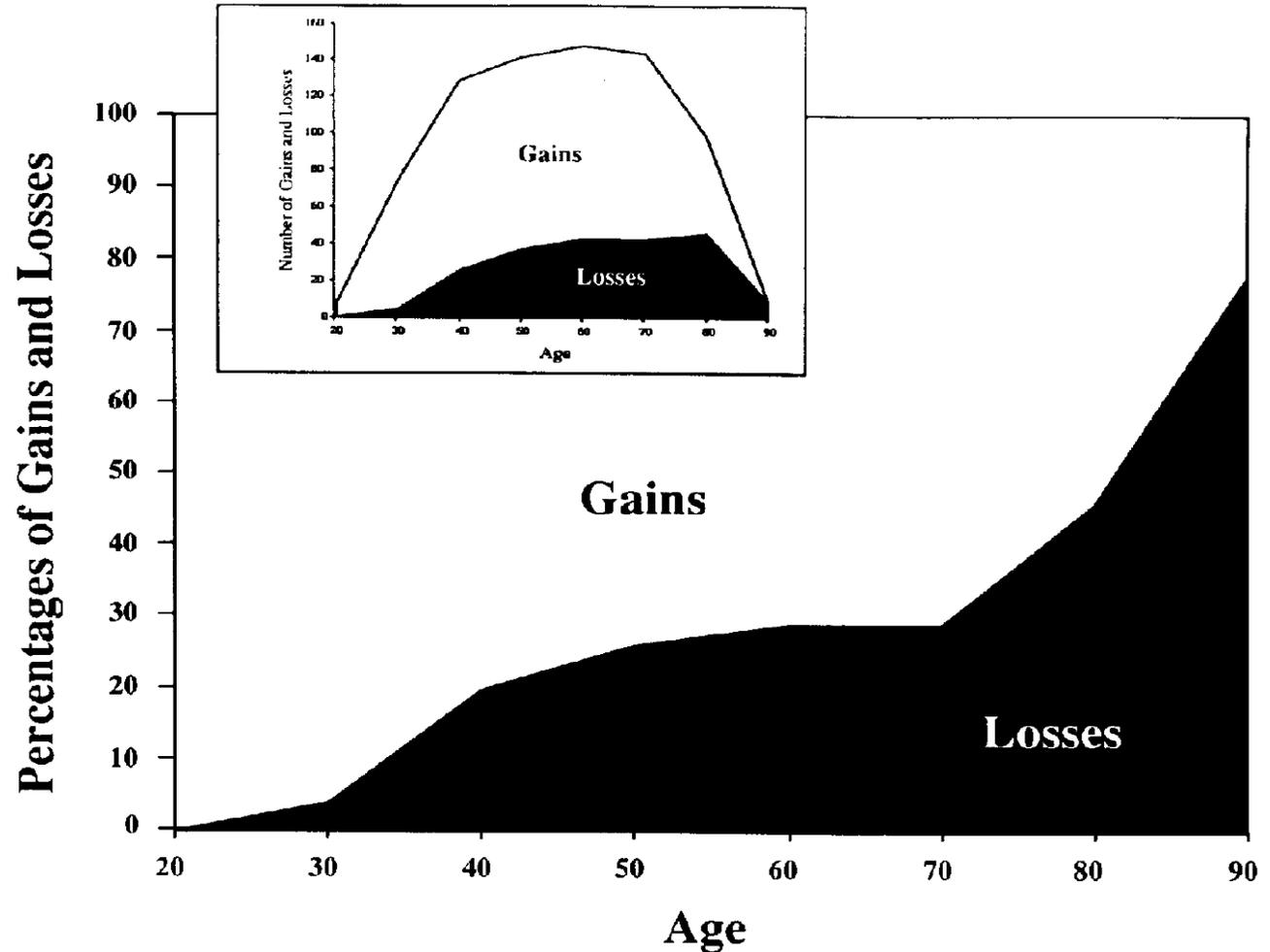


# **Wohlbefinden und Lebensqualität**

# Die «Lebenstreppe»

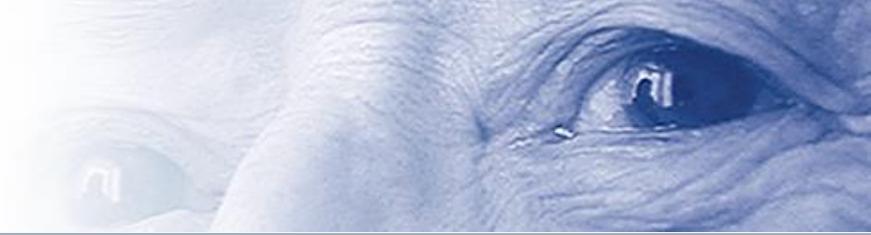


## Gewinne und Verluste im Lebenslauf

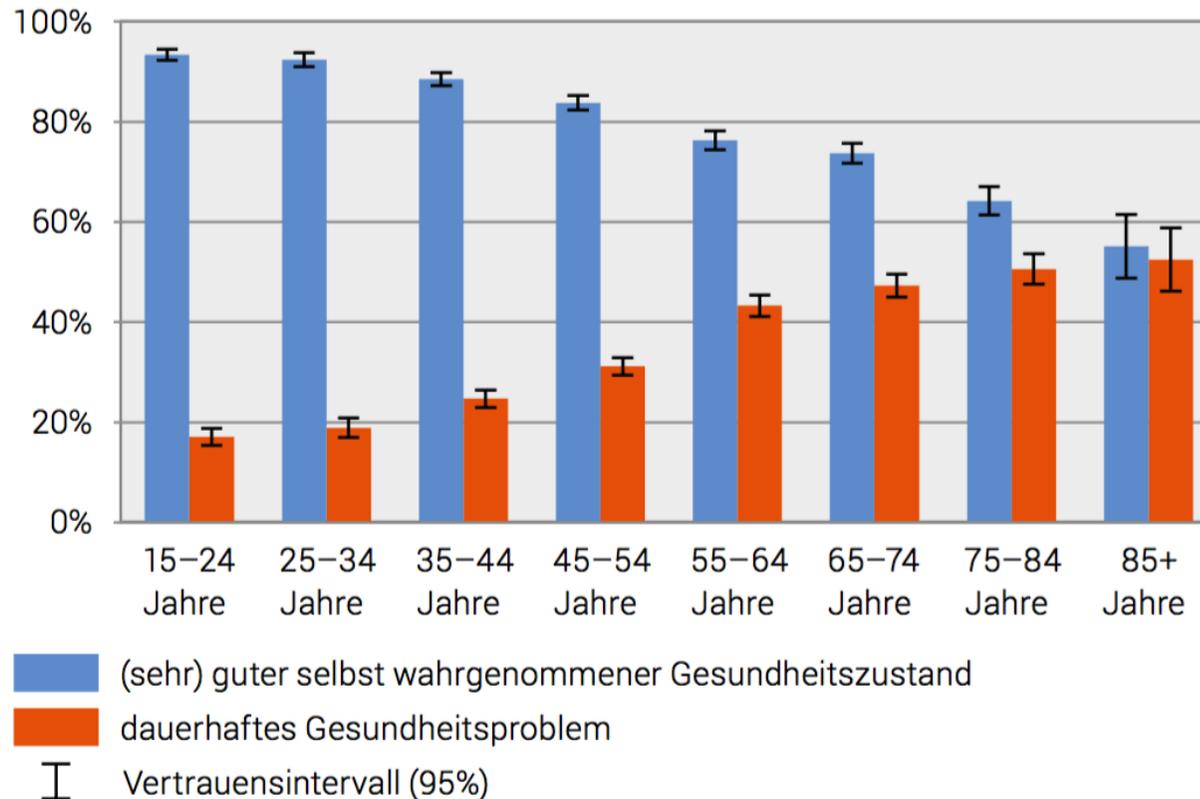


Heckhausen, Dixon & Baltes,  
1989

Figure 5. Quantitative relation of gains and losses across the adult life span;  
Percentages and absolute numbers (insert).

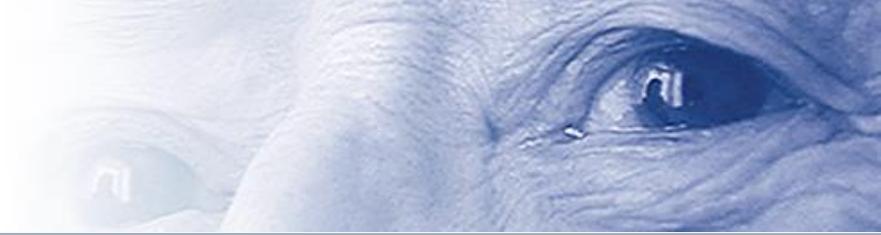


## Wahrgenommener Gesundheitszustand und dauerhafte Gesundheitsprobleme der Schweizer Bevölkerung

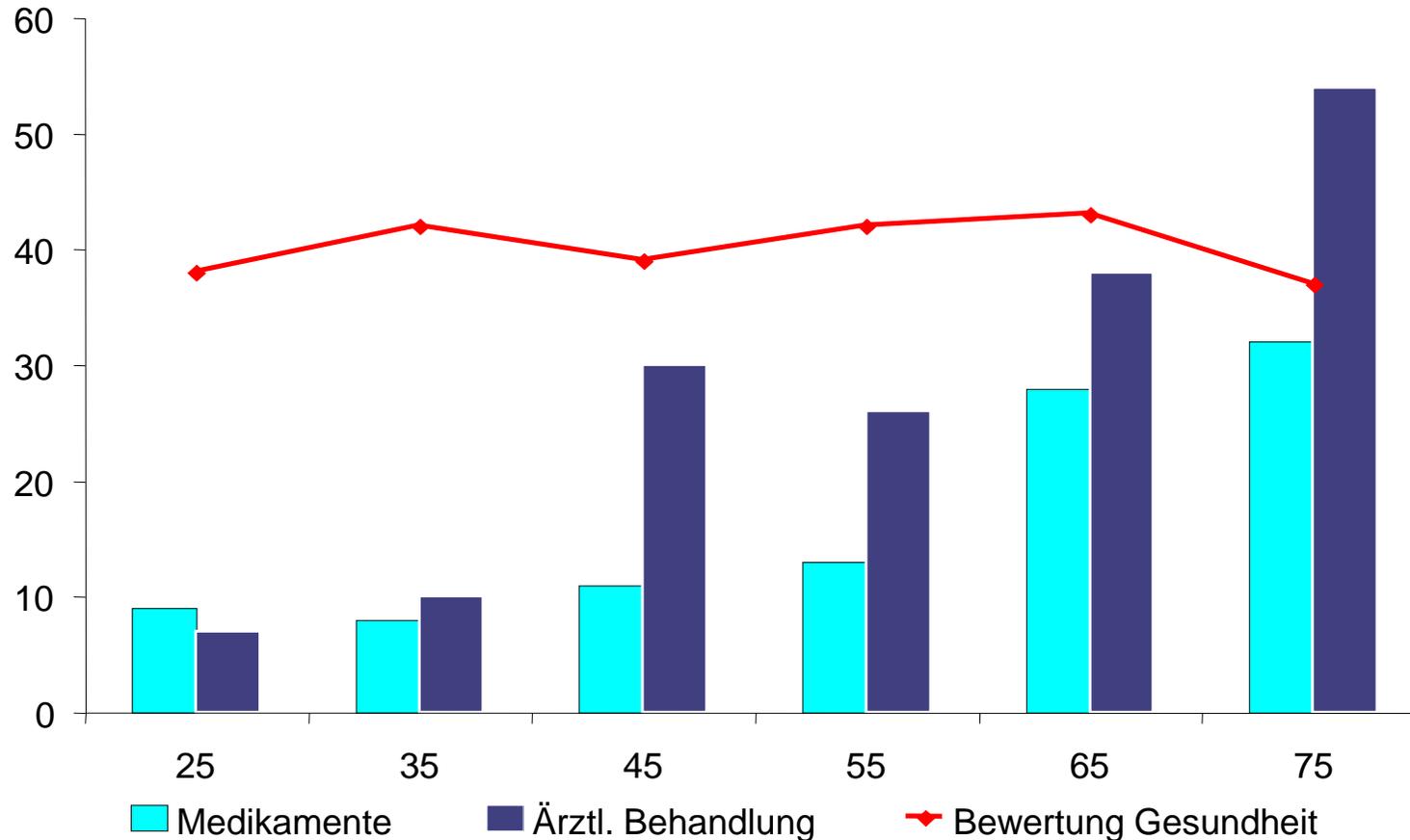


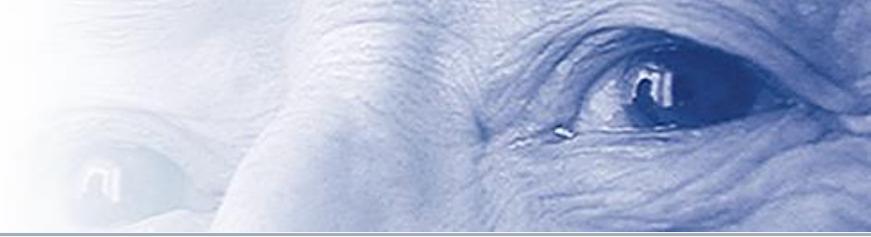
Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung

© BFS 2018



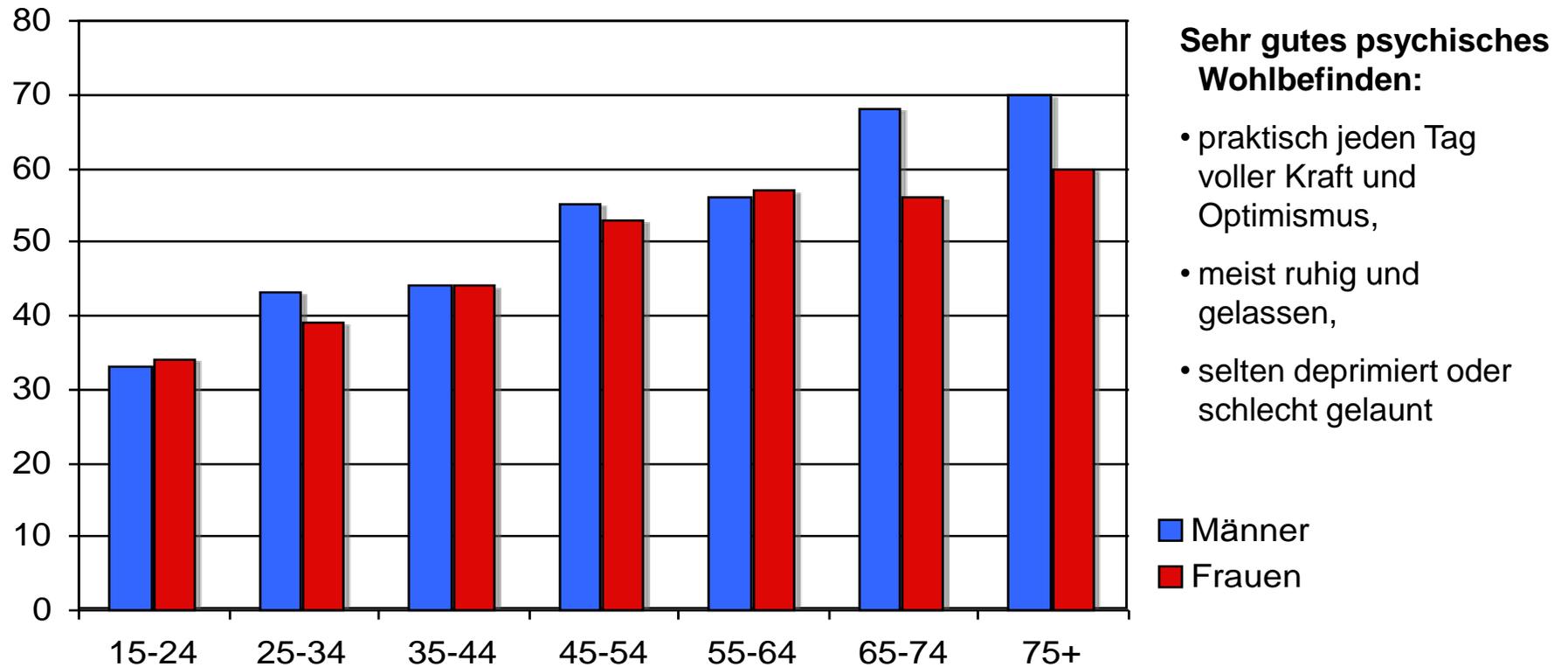
## Fakten und Bewertungen der Gesundheit im Alter: Paradox?



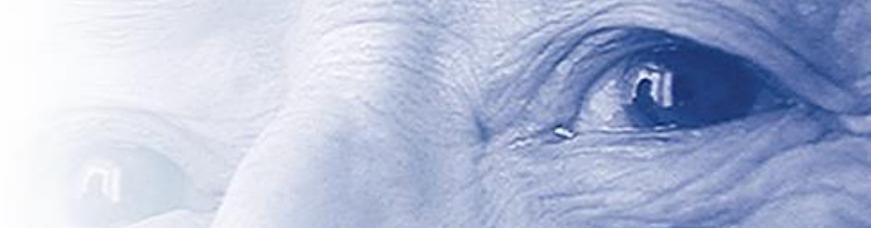


## Psychisches Wohlbefinden

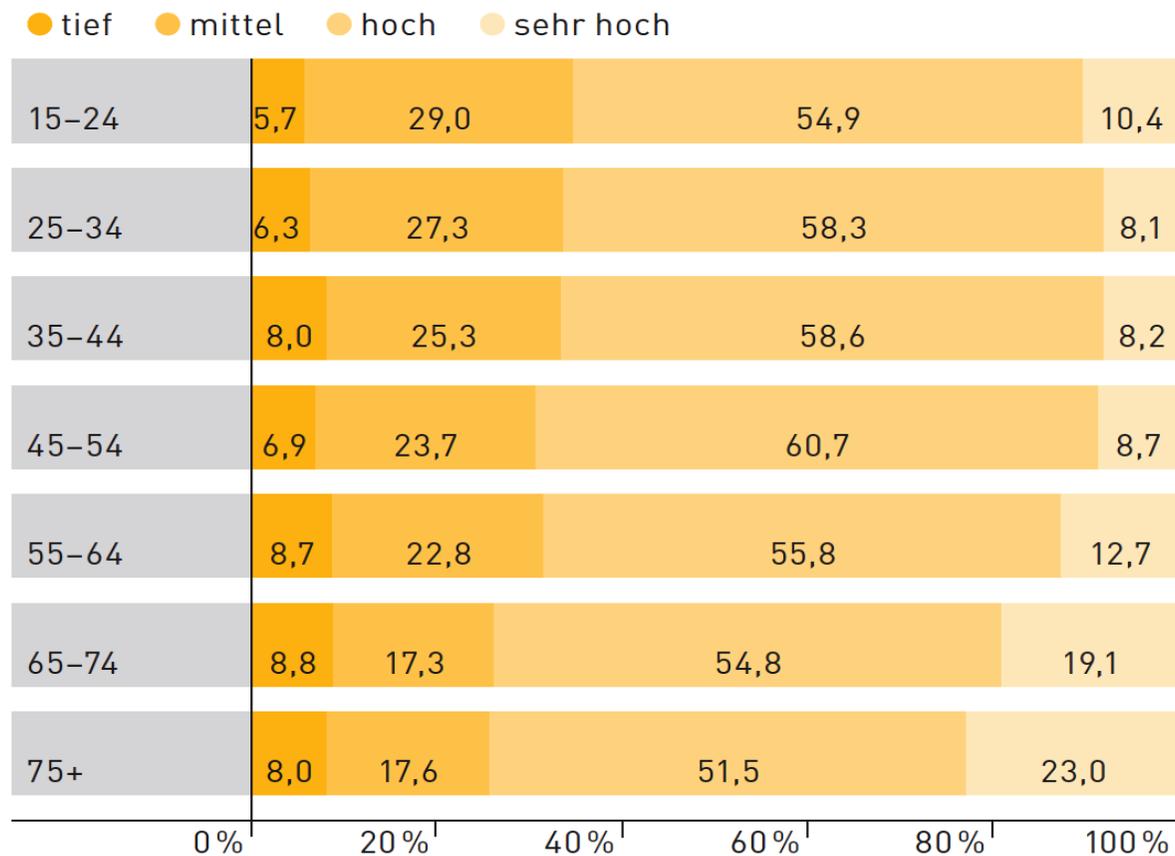
Sehr gutes psychisches Befinden, nach Alter und Geschlecht (%)



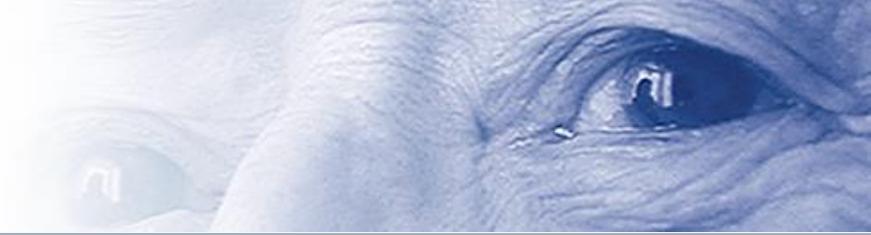
nach Ruesch & Manzoni (2003). Psychische Gesundheit in der Schweiz



## Alter und Zufriedenheit mit dem Leben allgemein

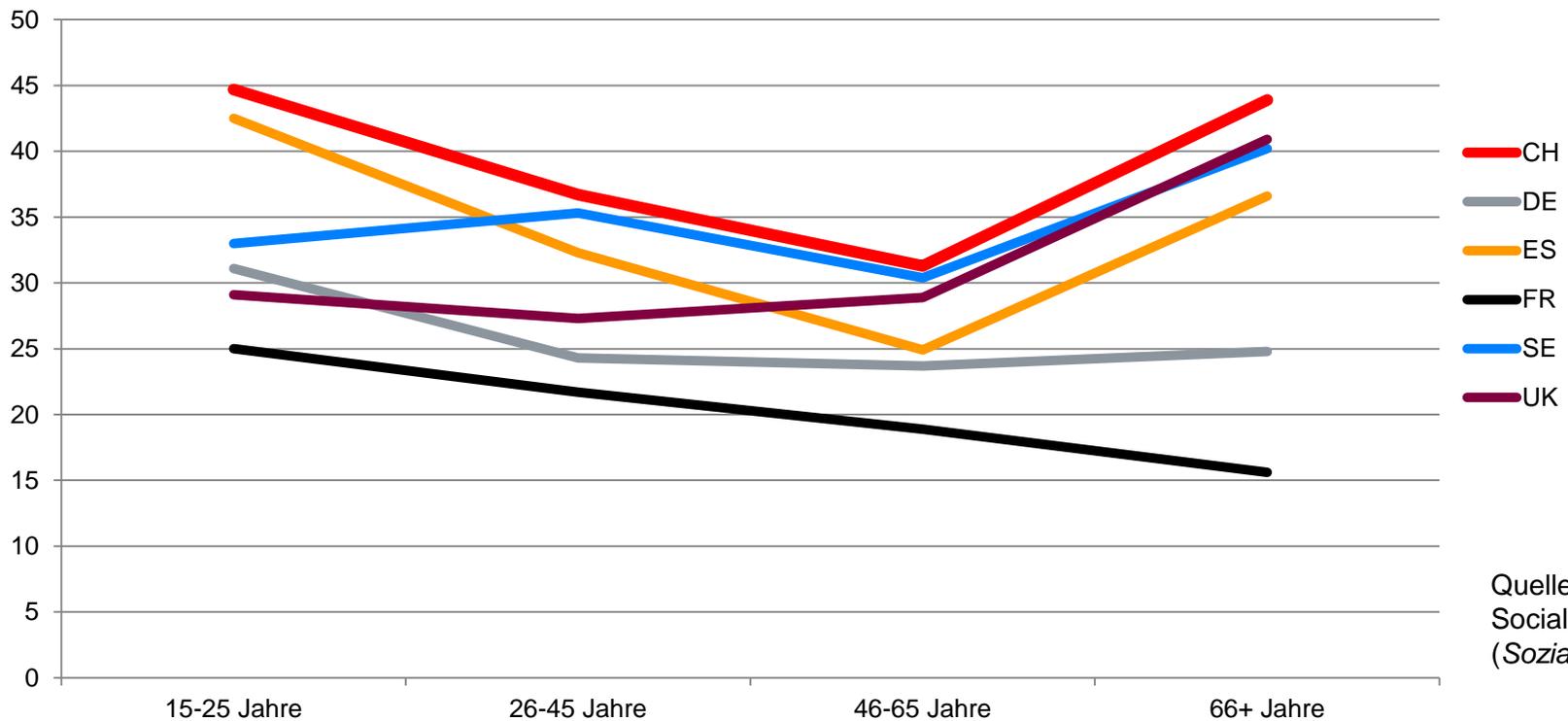


Schweizer Haushaltspanel 2012,  
N = 7237  
Monitoring zur psychischen Gesundheit,  
Schweizerische Gesundheitsförderung, 2014  
Florence Moreau-Gruet, OBSAN



## «Wenn Sie alle Aspekte Ihres Lebens berücksichtigen, wie glücklich sind Sie?»

Anteil «sehr glücklich» (Positionen 9 und 10 auf einer 10er-Skala)



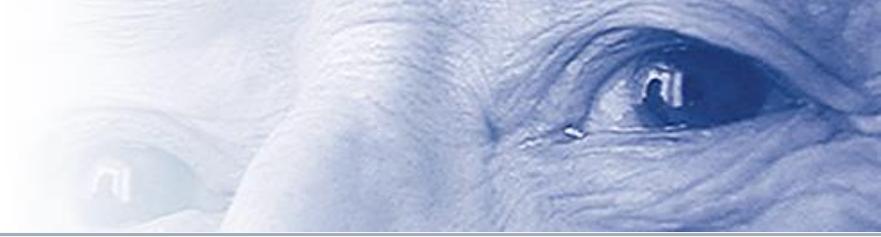
Quelle : European  
Social Survey 2008  
(Sozialbericht 2012)



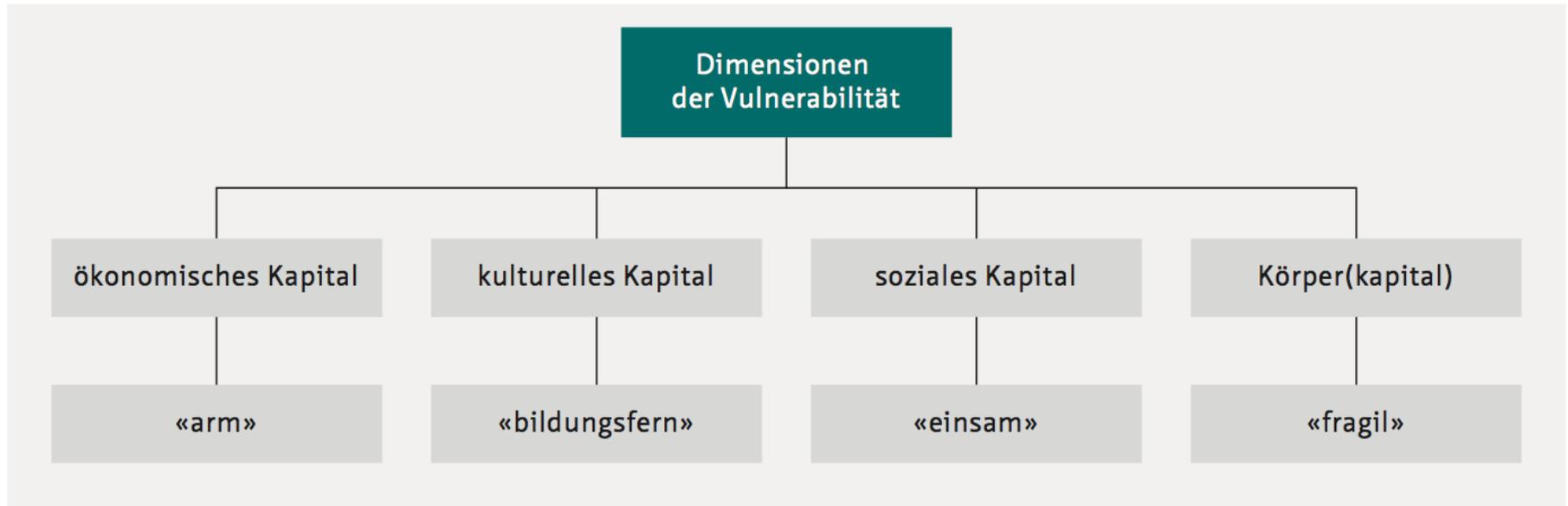
**Universität  
Zürich<sup>UZH</sup>**

**Zentrum für Gerontologie**

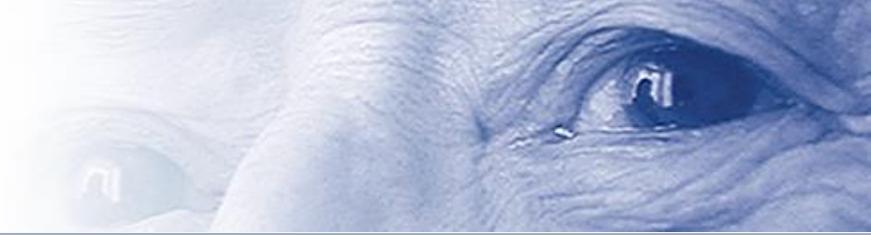
# **Ressourcen, Resilienz und Vulnerabilität**



## Kapital-Ansatz (nach Bourdieu)



Gasser, Knöpfel & Seifert (2015), S. 45



## Mehrsäulenmodell der Lebensqualität im Alter

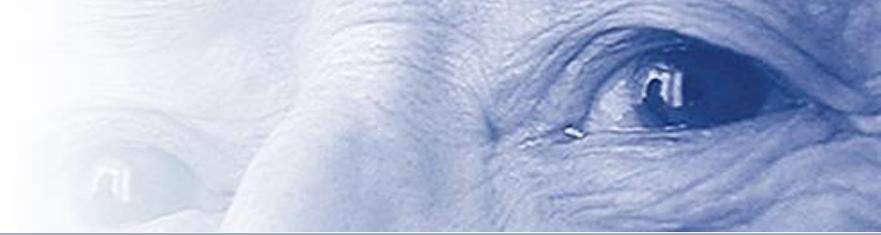
**Ressourcen Beispiele:**

Familie und Freunde, Ausbildung, Wohnen und Freizeit, Umgang mit Problemen, geistige und körperliche Gesundheit, Unabhängigkeit im Lebensalltag

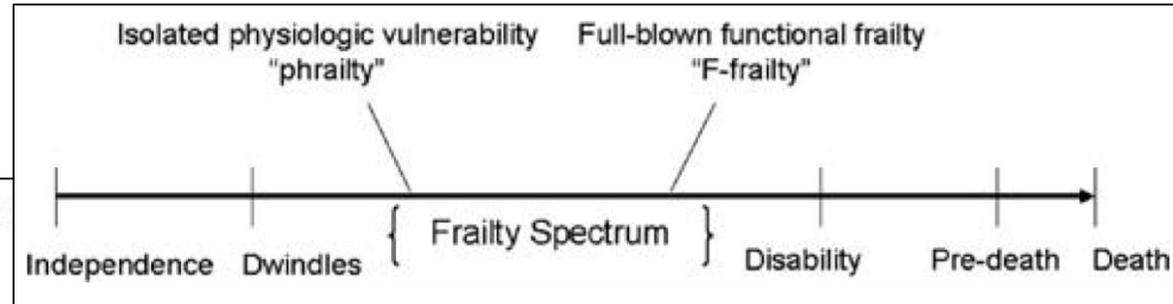
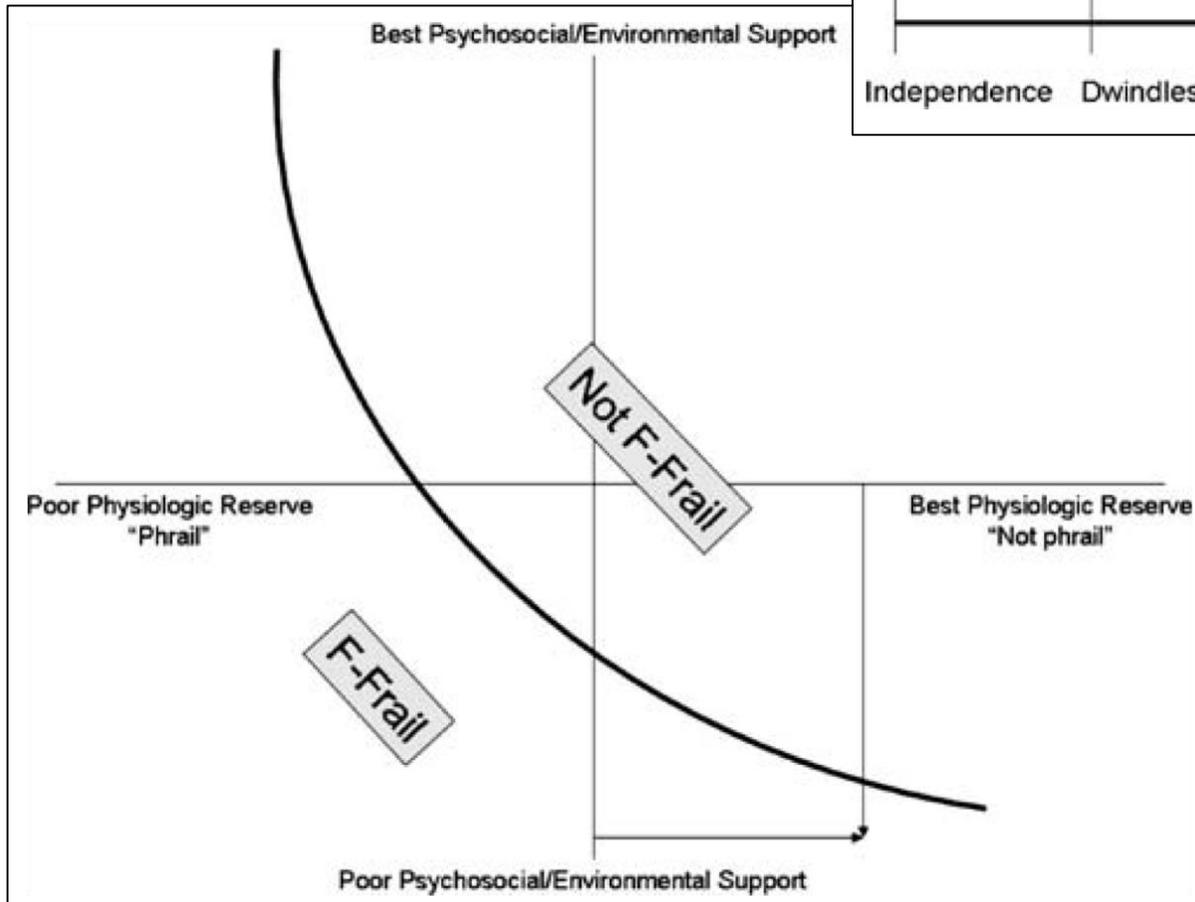
### Individuelle Lebensqualität



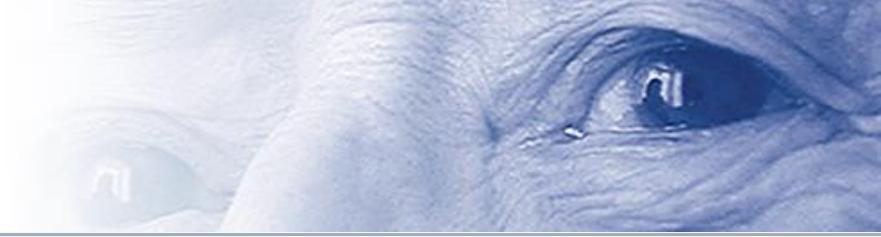
Martin & Kliegel, 2010; Abb. A. Seifert, ZfG



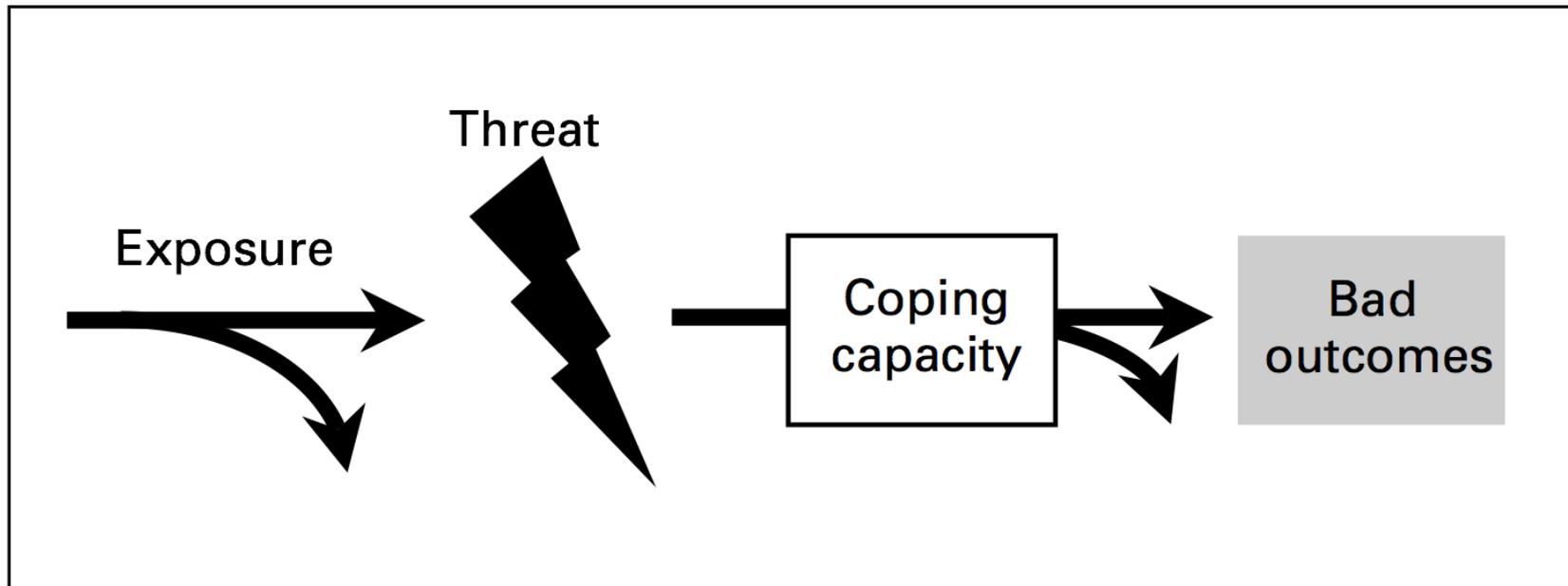
## Frailty und «Phrilty»



Theoretisches Verhältnis zwischen physiologischer Reserve und psychosozialen und Umwelt-Ressourcen hinsichtlich voller Frailty (Whitson et al., 2007, S. 729)



## Grundmodell der Vulnerabilität (im Alter)



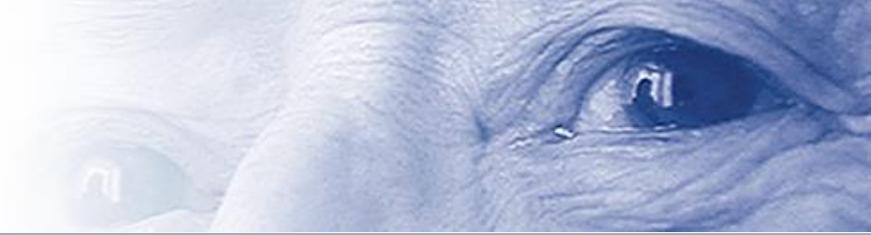
Theoretischer Rahmen für das Verständnis von Vulnerabilität im Alter  
(Schröder-Butterfill & Marianti, 2006, S. 12)



**Universität  
Zürich<sup>UZH</sup>**

**Zentrum für Gerontologie**

# **Coping mit Veränderungen und Interventionen / Massnahmen**



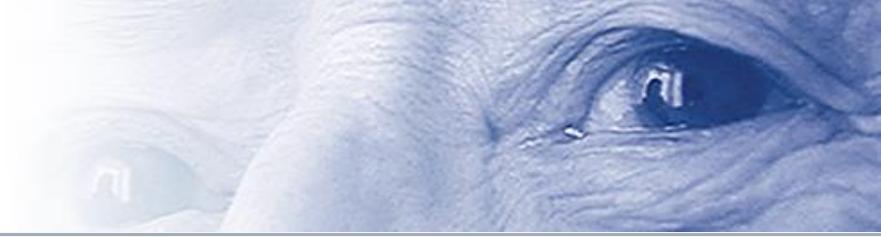
## Typische Herausforderungen im 3. und 4. Alter

### «3. Alter» (aktives Rentenalter)

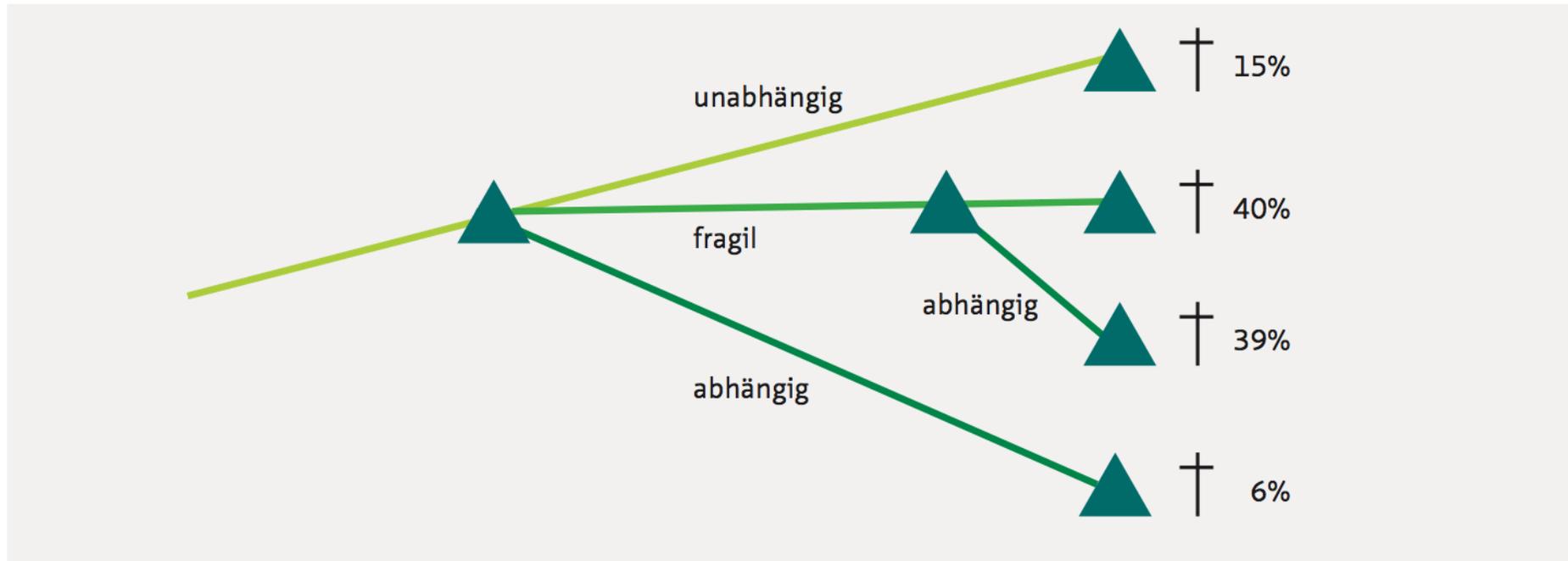
- Verlust der *Berufsrolle* (Status, Sozialkontakte)
- Veränderungen der Eltern-  
*familiären Rolle*
- häufig gute *materielle/finanzielle Ressourcen* (aber nicht immer)
- *Freiheit* von festen (und fremdbestimmten) Verpflichtungen
- evtl. nachlassende *Gesundheit* und Leistungsfähigkeit

### «4. Alter» (zunehmende Fragilität und Pflegebedürftigkeit)

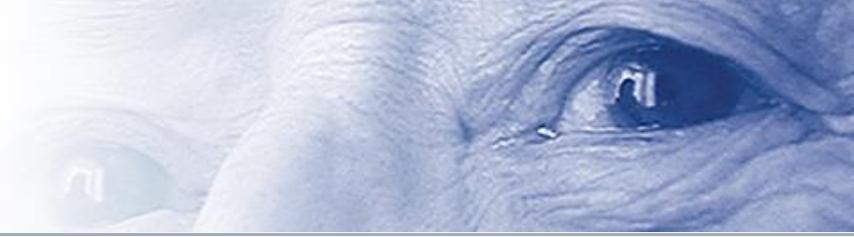
- *stark nachlassende Gesundheit*, Leistungsfähigkeit und Mobilität
- Körperliche und sensorische *Beschwerden*, Multimorbidität, Pflegebedürftigkeit
- Verlust des *Ehepartners* und anderer *Sozialpartner*
- Einschränkung des *Lebensraums* und der *sozialen Partizipation*, Heimeintritt
- häufig abnehmende *materielle/finanzielle Ressourcen*
- evtl. *kognitive Einbussen* (Demenz)



## Lebensverläufe am Ende des Lebens



Gasser, Knöpfel & Seifert (2015), S. 21  
(Grafik nach Lalive d'Epina y/Spini et al., 2008, und Lalive d'Epina y/Cavalli, 2013)



## Veränderungen (nicht nur) im Alter

### *Interne Veränderungen*

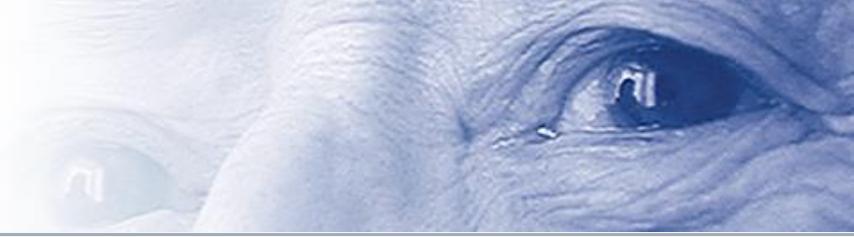
- körperlich
- kognitiv
- psychisch / emotional
  - Persönlichkeit

### *Ursachen*

- endogen / alter(n)s-bedingt
- exogen / umwelt-/umstände-bedingt

### *Externe Veränderungen*

- *nahes Umfeld*
  - soziale Beziehungen
  - soziale Rolle & Status
  - materielle Mittel
  - Wohnumfeld, Quartier
- *weiteres Umfeld*
  - Technologie
  - Wirtschaft
  - Kultur
  - Politik
  - Natürliche Umweltbedingungen
  - Population/Demographie
    - Migration
    - Fertilität
    - Mortalität



## Was beeinflusst den Umgang mit Veränderungen?

### Einstellung/Bewertung

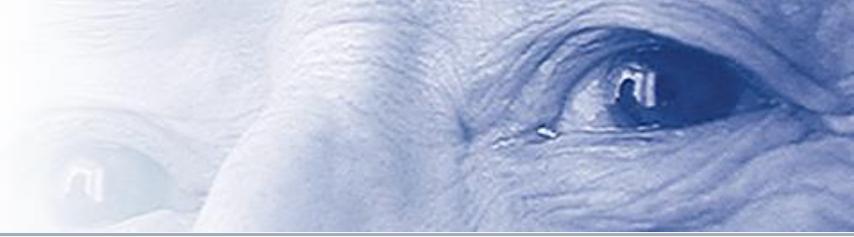
(positiv/negativ/ambivalent/indifferent)

- zum sich verändernden Gegenstand
- zur Veränderung selbst
- Komponenten:
  - kognitiv
  - affektiv
  - konativ (handlungsbezogen)

### Ursachen-Zuschreibung

(Attribution)

- intern (eigene Person)
- andere Personen / Gruppen
- Umstände
- «System»
- anonyme, «dunkle» Kräfte
- stabil vs. variabel
- selbstwertschützende Attribution



## Was beeinflusst den Umgang mit Veränderungen?

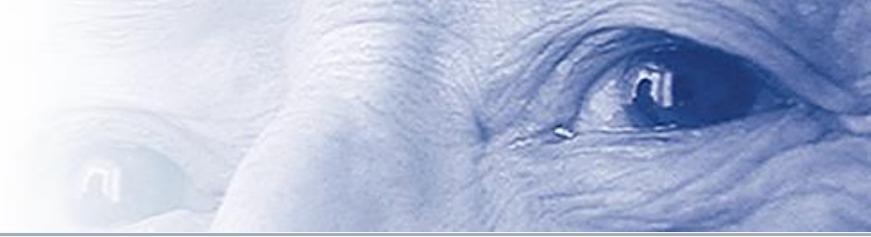
### Ressourcen (Handlungsspielräume)

#### intern

- Gesundheit
- Kompetenzen
- Persönlichkeit
- Selbstwirksamkeit
- Vulnerabilität vs. Resilienz

#### extern

- Umwelt (phys., biol., Wohnen etc.)
- materielle & technische Mittel
- soziale Unterstützung
- Partizipation (-Möglichkeit)
- Integration / Inklusion
- Gemeinwesen / Sozialpolitik



## Bewältigung von Veränderungen (Verlusten)

### Individuelles «Coping»

#### Strategien primärer Kontrolle

##### *Selektiv*

- Anstrengung und Zeit aufwenden
- Neue Fertigkeiten entwickeln
- Schwierigkeiten bekämpfen

##### *Kompensatorisch*

- Hilfe und Rat von anderen
- Neue, ungewöhnliche Hilfsmittel
- Umwege zum Ziel

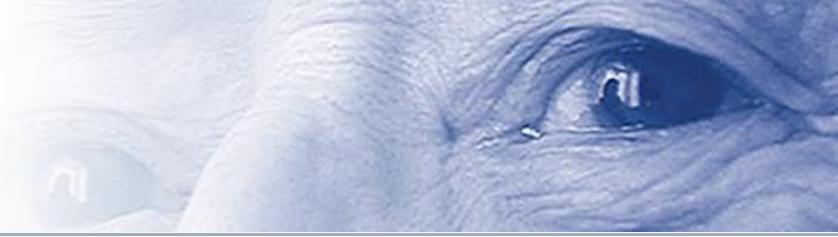
#### Strategien sekundärer Kontrolle

##### *Selektiv*

- Aufwertung eines Ziels, Abwertung anderer Ziele
- Positive Konsequenzen antizipieren

##### *Kompensatorisch*

- Zielablösung
- Selbstprotektive Attribution
- Sozialer und zeitlicher Vergleich (gegenüber anderen bzw. früher)



## Unterstützung der Bewältigung von Veränderungen

### Soziale (und politische) Massnahmen

#### **Ressourcen-Stärkung**

##### *Interne Ressourcen*

- Gesundheitsstützung, -förderung
- Training von Kompetenzen
- «Empowerment»
- Psychologische Beratung

##### *Externe Ressourcen*

- Umweltverbesserung (z.B. Wohnen)
- Verfügbarmachung (eigener) materieller Mittel
- Förderung sozialer Netzwerke

#### **Ressourcen-Kompensation**

##### *Interne Ressourcen*

- Medizinische, psychologische Behandlung/Therapie
- Lehren von «Tricks», Umwegen

##### *Externe Ressourcen*

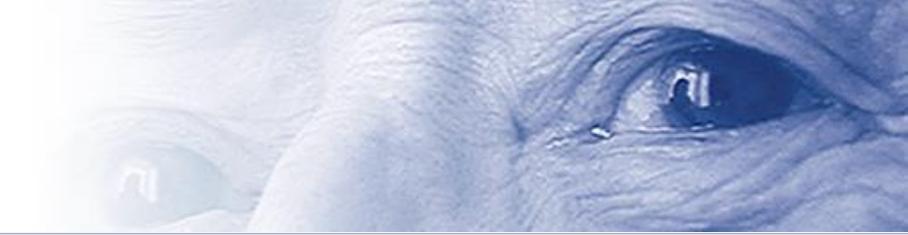
- Umwelt-Austausch (z.B. Umzug)
- Materielle / finanzielle Unterstützung
- Einsatz technischer Hilfsmittel
- Aufbau neuer sozialer Netzwerke
- Instrumentelle Hilfeleistungen
- Stellvertretende Handlungen



**Universität  
Zürich<sup>UZH</sup>**

**Zentrum für Gerontologie**

# Partizipation





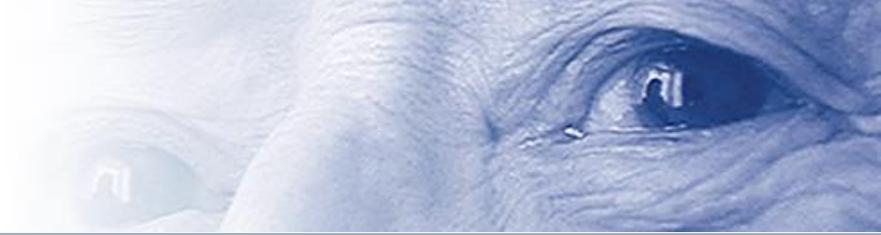
## Partizipation als Handlungsfeld der Alterspolitik

### Engagement und gesellschaftliche Partizipation

«Die Partizipation ist ein zentrales Element des aktiven Alterns. Sie bezeichnet die andauernde Teilnahme am sozialen, wirtschaftlichen, kulturellen, spirituellen und politischen Leben. Partizipation umfasst demnach die unterschiedlichsten Bereiche des sozialen Lebens und betrifft alle Altersgruppen.

Auch Personen mit körperlichen Einschränkungen und Pflegebedürftige sind davon nicht ausgeschlossen, und können im Rahmen ihrer Möglichkeiten einen aktiven Beitrag zum Leben ihrer Familien und ihres sozialen Umfelds leisten, genauso wie sie ihre Lebensführung weiterhin selbst bestimmen können.»

(Strategie für eine schweizerische Alterspolitik. Bericht des Bundesrates, 2007, S. 38)



## Stufen der Partizipation

9 Selbstorganisation	Selbstbestimmt
8 Entscheidungsmacht	Partizipation
7 Teil Entscheidungskompetenz	
6 Mitbestimmung	
5 Einbezug	Vorstufen der Partizipation
4 Anhörung	
3 Information	
2 Anweisung	Nicht-Partizipation
1 Instrumentalisierung	

Quelle: Wright, Block & von Unger (2008) bzw.

<http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/partizipation/stufen-der-partizipation.html>



## Theorien der Kontrollüberzeugung («Kontrolltheorien»)

→ **Interne** versus **externe** Kontrolle (Locus of control; Rotter, 1966).

Generell ist das Wohlbefinden höher, wenn man sich selbst eine grössere Kontrolle der eigenen Lebensbedingungen zuschreibt (und im sozialen Kontext partizipieren kann).

Verwandte Konzepte:

- Selbstwirksamkeit
- Empowerment (Be-Mächtigung)
- Resilienz (Widerstandskraft)
- Kontrollillusion (Person vs. Umstände, selbst vs. andere etc.)
- Erlernte Hilflosigkeit
- Erlernte Abhängigkeit



## Soziale Partizipation und Lebenszufriedenheit

Einflüsse auf die allgemeine Lebenszufriedenheit im Lebenslauf,  
nach Stärke des Einflusses:

1. Frühere Lebenszufriedenheit (5 Jahre zuvor)
2. Soziale Partizipation/Aktivitäten (Besuche, Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen, Reisen, etc.)
3. Kongenialität (Extraversion, Kontaktfreude)
4. Betätigung in Gemeinschaftsdiensten (organisierte und spontane Nachbarschaftshilfe etc.)
5. Gesundheit (allgemein, Selbstbeurteilung)
6. Nutzung von Massenmedien (Lesen, Fernsehen, etc.)

Harlow, Robert E. & Cantor, Nancy. (1996).  
Still participating after all these years: A study of life task participation in later life.  
*Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 1235-1249.

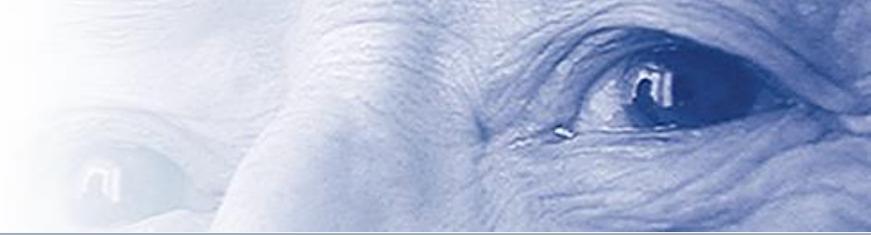
## Aktivitäten im Alter und Depression: Multivariate Analyse

Aktivität (ja vs. nein)	Odds Ratio (OR)	95% Konfidenz- intervall	p
Bezahlte Arbeit	0.71	0.41–1.26	0.24
<b>Formelle Freiwilligentätigkeit</b>	<b>0.51</b>	<b>0.32–0.84</b>	<b>0.01</b>
Caregiving	1.57	0.97–2.52	0.07
Informelle Hilfeleistungen	0.83	0.59–1.16	0.26
Sorge für Enkel	1.04	0.79–1.37	0.78

*Relatives Risiko für Depression, kontrolliert für Alter, Geschlecht, Zivilstand, Ausbildung und ökonomischen Status.*

*N = 7238, Personen aus 14 europäischen Ländern ab 60 Jahren.*

Choi, K.-S., Stewart, R. & Dewey, M. (2013). Participation in productive activities and depression among older Europeans: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28, 1157–1165.



## Was fördert oder behindert Partizipation, auch bei verringerter Leistungsfähigkeit?

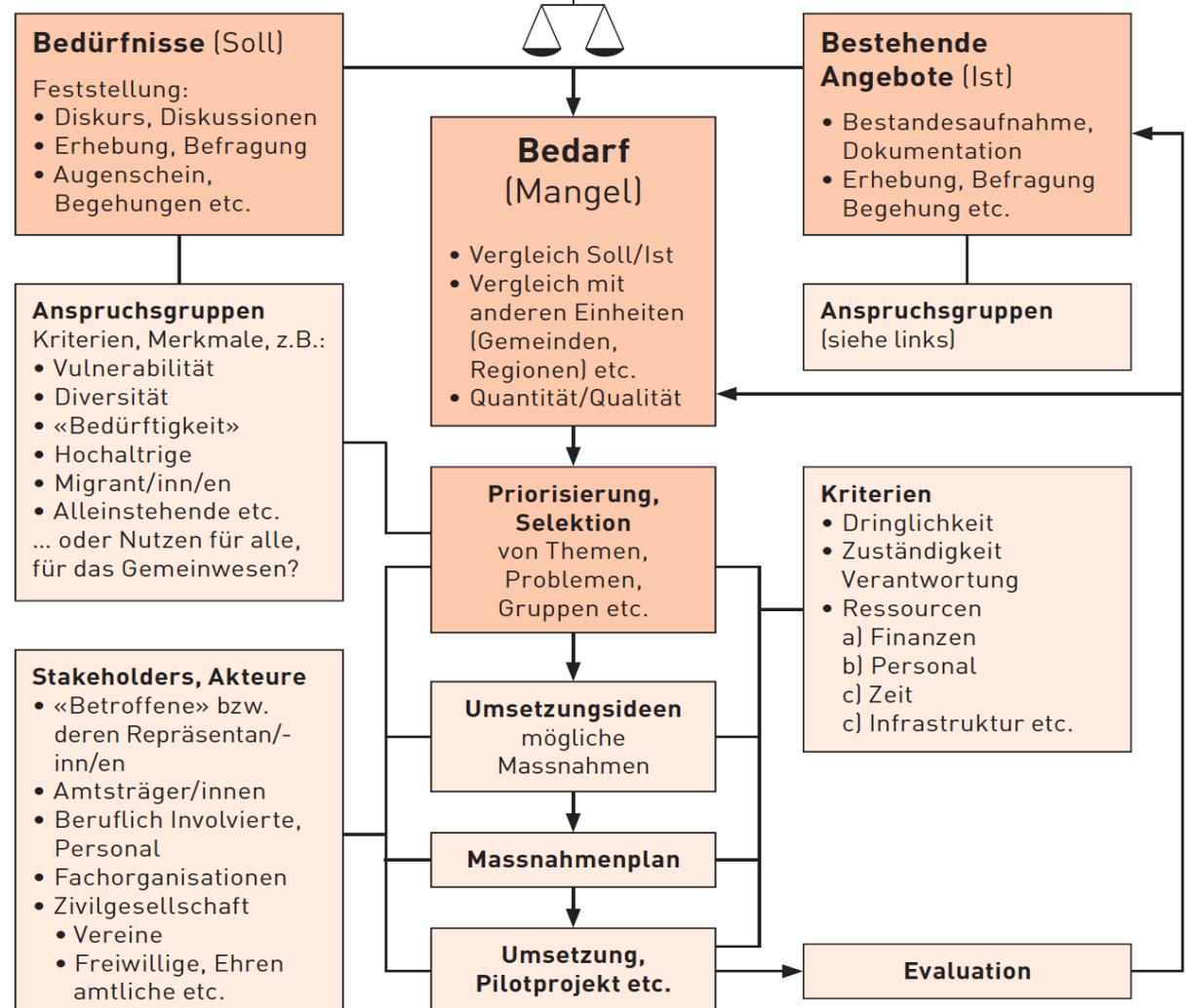
### Was fördert?

- Wissen
- Können
- Soziale Kompetenz
- Machtgleichheit
- Selbstwirksamkeit
- Transparenz von Strukturen
- Soziale Integration/Einbettung
- Wertschätzung
- Vertrauen
- Hoffnung

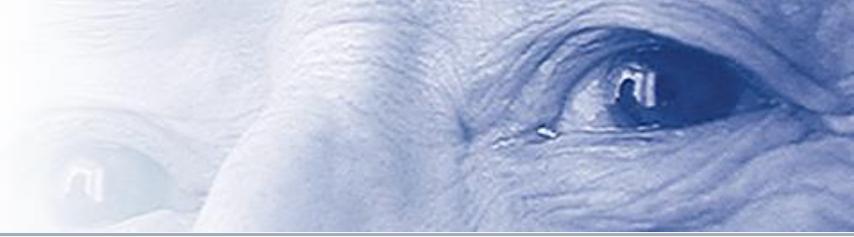
### Was behindert?

- Nicht-Wissen
- Nicht-Können
- Soziale Inkompetenz
- Machtgefälle
- (gelernte) Hilflosigkeit
- Intransparenz von Strukturen
- Anonymität
- Abwertung, Geringschätzung
- Angst
- Hoffnungslosigkeit

# Gemeinwesenarbeit: Partizipation in der Bedarfsabklärung, Planung und Umsetzung



Quelle:  
Socius-Themenblatt  
«Bedarfsabklärung»  
(Schelling, 2019, S. 8)

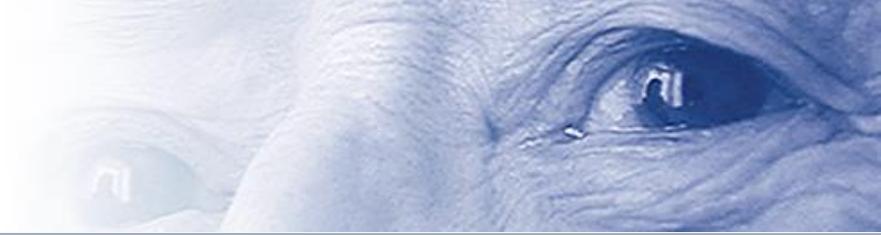


## Partizipation in der Bedarfsabklärung

Ein partizipatives Vorgehen in der Bedarfsabklärung sorgt dafür, dass ...

- **Wissen, Perspektiven und Bedürfnisse** der **Ziel- und Anspruchsgruppen** besser berücksichtigt werden können,
- **Praktiker/innen** ihre Erfahrung und ihr Wissen bezüglich Angeboten, Mängeln und möglichen Lösungen beitragen,
- die **Identifikation** der beteiligten Gruppen mit dem ganzen Projekt sowie ihre empfundene **Selbstwirksamkeit** vergrößert wird (Empowerment),
- eine gute Grundlage für die **Zusammenarbeit** in der eigentlichen Projektphase und in der Implementierung gelegt ist,
- die Datenerhebung zum Beispiel mittels Fragebögen an das **Verständnis der Zielgruppe** angepasst und geprüft werden kann.

Quelle: Socius-Themenblatt «Bedarfsabklärung»  
(Schelling, 2019, S. 10; nach [www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de](http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de))



## Formen und Grade der Partizipation in der Bedarfsabklärung

Stärker partizipativ

Nutzerbeirat

Angeleitete Arbeitsgruppe

Open Space

Fokusgruppe

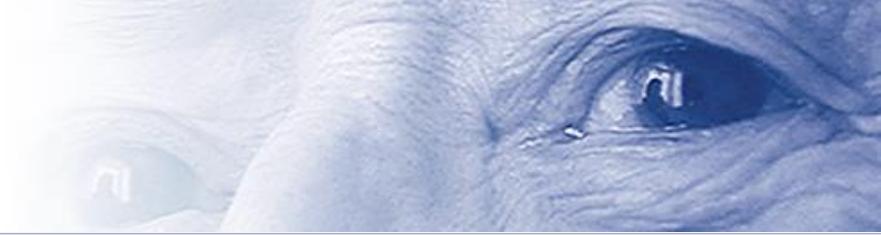
Blitzbefragung

Erfassung von Anliegen der Zielgruppe

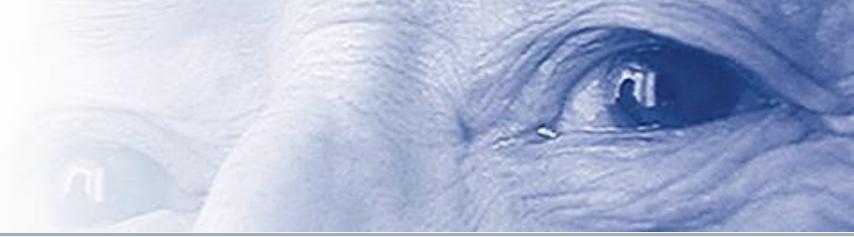
Beobachtung

Weniger partizipativ

Quelle: <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/bedarfsbestimmung/partizipativ-bedarf-erheben.html>



# **Fazit: Prinzipien und Konsequenzen für die Gesundheitsförderung**



## Fazit: Prinzipien und Konsequenzen für die Gesundheitsförderung

1. Erweiterung des Begriffs der «Gesundheitsförderung»
2. Fokus auf subjektive Lebensqualität und Wohlbefinden statt auf krankheitsdefinierende Symptome (Real Life Outcome)
3. Stabilisierung als Ziel; nicht (immer) Verbesserung
4. Massnahmen auf unterschiedlichen Ebenen
5. Individualisierung und Kontextualisierung
6. Selbstbestimmung, Partizipation und Empowerment
7. Forschung, Qualitätskontrolle und Evaluation:  
Anpassung von Indikatoren