

Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit im Alter

Bachelorarbeit I

am

Studiengang „Aging Services Management“
an der Ferdinand Porsche FernFH

Monica Huynh
51909167

Begutachterin: Mag. Stefanie Kuso

Wien, Februar 2022

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt oder veröffentlicht.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Monica Meyer". The signature is written in a cursive style with a large, stylized initial 'M'.

13. 02. 2022

Unterschrift

Abstract

Psychische Erkrankungen im Alter stellen eine besondere Herausforderung dar, die aufgrund der hohen Suizidrate stärker beachtet werden müssen. Sowohl bei der Entstehung von Depressionen, Angststörungen als auch Suchterkrankungen sind Einflussfaktoren auf genetischen, umweltbedingten, sozialen und sozioökonomischen Ebenen vorzufinden. Demnach wurde folgende Forschungsfrage bearbeitet: „Welche Risiko- und protektiven Faktoren beeinflussen die psychische Gesundheit im Alter und welche Rolle spielt dabei der sozioökonomische Status?“

Zur Beantwortung der zentralen Fragestellung, wird eine Literaturrecherche als Methode herangezogen.

Der konkrete Auslöser für eine psychische Erkrankung im Alter ist oft schwer zu bestimmen, da es sich häufig um ein Zusammenspiel mehrerer Faktoren handelt. Eine mangelnde körperliche Aktivität, schlechte Wohnbedingungen und Verlusterlebnisse haben einen negativen Einfluss auf die mentale Gesundheit im Alter. Im Gegensatz dazu wirken ein unterstützendes soziales Netzwerk, ein gesunder Lebensstil und die regelmäßige Inanspruchnahme von präventiven Maßnahmen, positiv auf das Wohlbefinden. Die Ergebnisse zeigen in allen Lebensbereichen signifikante Unterschiede zwischen den sozialen Schichten, wodurch Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status, eine gesundheitliche Benachteiligung haben.

Schlüsselbegriffe: Soziale und gesundheitliche Ungleichheit, Suizidalität, psychische Störungen, Komorbidität, psychologische Prozesse, Altersdepression, sozioökonomischer Status, Altersarmut

Abstract (englisch)

Mental disorders in the elderly represent a major challenge that needs to be given more attention due to the high suicide rate. Factors influencing the development of depression, anxiety disorders and addictive disorders are found at genetic, environmental, social and socioeconomic levels. Accordingly, the following research question was addressed: "What are the risk and protective factors which influence mental health in the elderly and which impact does socioeconomic status have on this?"

To answer the central question, a literature research is used as a method.

The specific cause of mental illness in old age is often very difficult to identify, as it is usually the result of a combination of factors. A lack of physical activity, poor living conditions and experiences of loss have a negative impact on mental health in the elderly. In comparison, a supportive social network, a healthy lifestyle and the regular use of preventive services have a positive effect on wellbeing. The results show significant differences between social classes in all aspects of life, which means that people with a low socio-economic status have a health disadvantage.

Keywords: Social and health inequalities, suicidality, mental disorder, comorbidity, psychological processes, depression in old age, socioeconomic status, poverty in old age

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Problemstellung und Relevanz	1
1.2	Forschungsfrage und Zielsetzung.....	3
1.3	Methodische Vorgehensweise und Aufbau.....	3
2	Psychische Erkrankungen im Alter	4
2.1	Depression.....	4
2.2	Angststörungen.....	6
2.3	Suchterkrankungen.....	8
2.4	Komorbidität.....	10
3	Risiko- und Schutzfaktoren	11
3.1	Genetische und individuelle Faktoren	12
3.2	Lebensstil und Gesundheitsverhalten	13
3.3	Umweltbedingte Einflüsse.....	16
3.4	Soziale Netzwerke und Beziehungen	19
3.5	Kritische Lebensereignisse	21
3.6	Sozioökonomische Faktoren.....	22
4	Präventionsmaßnahmen	27
5	Behandlungsmaßnahmen	30
6	Diskussion und Ausblick	33
	Literaturverzeichnis	36
	Abbildungsverzeichnis	42
	Tabellenverzeichnis	43

1 Einleitung

In Hinblick auf die demographische Entwicklung der Bevölkerung und die damit verbundene zunehmende Lebenserwartung wird der Anteil an älteren Menschen stetig steigen. Der Zuwachs hat zur Folge, dass sich mit dem Alter auch das Risiko für sowohl körperliche als auch psychische Beschwerden erhöht. Eine psychische Störung im Alter kann die Lebensqualität der Betroffenen stark beeinträchtigen und ist häufig ein Grund für eine Pflegeheimweisung, die neben dem erhöhten Pflegebedarf und der Belastung für das Gesundheitssystem auch erhebliche Mehrkosten bedeutet (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019, S. 12).

1.1 Problemstellung und Relevanz

Mit Beginn der Covid-19-Pandemie im Frühjahr 2020 wurden besonders für Menschen ab 65 Jahren, die neben dem hohen Alter meist von mehreren chronischen Erkrankungen betroffen sind und ein erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf haben einschränkende Isolationsmaßnahmen verordnet. Gleichzeitig bestand die Sorge, dass sich das Erkrankungsrisiko und die soziale Distanzierung negativ auf die psychische Gesundheit dieser Altersgruppe auswirken würden (Welzel et al., 2021, S. 334).

Studien haben ergeben, dass zurzeit ca. 20 Prozent der Menschen über 65 Jahren von einer oder mehreren psychischen Störungen, exklusive der Demenzerkrankung, betroffen sind (Rainer & Landsteiner, 2018). Im Vergleich dazu leiden fast doppelt so viele Personen zwischen 16 und 69 Jahren in Österreich in der Vergangenheit oder aktuell an einer psychischen Erkrankung (www.gesundheit.gv.at, 09.08.2021).

Sowohl bei der Entstehung von Demenzen, Depressionen, Angsterkrankungen, Schlafstörungen, Sucht als auch von Suizidalität sind Risiko- und protektive Faktoren vorzufinden, die eine wichtige Rolle spielen. Die Bildung, das Einkommen und der berufliche Status sind beispielsweise wesentliche Aspekte, welche die psychische Gesundheit im Alter beeinflussen. Es wurde bereits festgestellt, dass ein Zusammenhang zwischen der sozialen Ungleichheit und der Wahrscheinlichkeit, an psychischen Störungen zu erkranken, besteht. Das heißt, dass Menschen mit einem niedrigen sozialen Status generell häufiger von körperlichen und psychischen Krankheiten und Beschwerden betroffen sind als jene mit einem höherem sozialen Status. Daher haben

Menschen mit einem geringen Einkommen auch ein erhöhtes Risiko für Sterblichkeit. Durch den demographischen Wandel ist mit einer weiteren Zunahme der gesellschaftlichen Problematik zu rechnen (Müller & Ellwardt, 2020, S. 227ff.).

Die Herausforderung bei psychischen Erkrankungen im Alter liegt vor allem in der Diagnosestellung, da ältere Menschen häufig an mehreren körperlichen Krankheiten leiden, die es erschweren, eine psychische Störung von normalen Altersveränderungen bzw. physischen Beschwerden eindeutig abzugrenzen. Durch die Einnahme einiger Medikamente zur Linderung körperlicher Krankheiten können zudem Symptome wie Verwirrtheit oder Vergesslichkeit hervorgerufen werden. Dadurch werden meist leichte Formen von Depressionen nicht erkannt, weil Anzeichen wie z.B. Müdigkeit, Energieverlust, Gedanken an den Tod etc. als „normal“ bei älteren Menschen erachtet werden. Zudem fällt es vielen Betroffenen schwer, ihre seelischen Leiden zu äußern, wodurch Behandlungsmaßnahmen meist sehr spät erfolgen und sich die Person oft bereits in einem schlechten gesundheitlichen Zustand befindet (www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org, 12.06.2021).

Darüber hinaus sind psychische Erkrankungen im Alter ein großes gesundheitspolitisches Problem, welches oft unterschätzt wird. Der Forschungsstand in Deutschland zeigt, dass sich jährlich rund 3500 Menschen über 65 Jahren das Leben nehmen. Zusätzlich muss von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden, die in amtlichen Statistiken nicht erfasst wird. Beispielsweise werden indirekte suizidale Handlungen, wie die Missachtung ärztlicher Maßnahmen durch eine falsche Medikamentendosierung, riskantes Verhalten im Straßenverkehr oder das Einstellen von Nahrungsmitteln und Flüssigkeiten in der Erhebung nicht berücksichtigt (Müller-Pein & Lindner, 2020, S. 533). Insbesondere die Suizidrate bei Männern steigt mit dem Alter exponentiell an. Das Suizidrisiko ist ab dem 75. Lebensjahr etwa doppelt und ab dem 85. Lebensjahr mehr als dreimal so hoch wie jenes der Durchschnittsbevölkerung. Demzufolge enden suizidale Versuche im Alter, im Vergleich zur jüngeren Altersgruppe, meist tödlich (Müller & Ellwardt, 2020, S. 227ff.).

Daher darf bei älteren Menschen eine psychische Erkrankung nicht unentdeckt bleiben, damit Betroffene frühzeitig eine angemessene Behandlung erhalten. Ein vertieftes Wissen über die Einflussfaktoren von psychischen Störungen im Alter ist notwendig, um der Entstehung dieser Erkrankungen präventiv entgegenzuwirken.

1.2 Forschungsfrage und Zielsetzung

Das Ziel der Arbeit ist, mithilfe der erworbenen Erkenntnisse über auslösende und protektive Faktoren präventive Maßnahmen und mögliche Behandlungsmaßnahmen abzuleiten. Weiters soll die Auseinandersetzung mit der Thematik das Verständnis und die Beachtung für psychische Leiden bei älteren Menschen erhöhen.

Das Thema „Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit im Alter“ spielt aufgrund des demographischen Wandels eine immer wichtigere Rolle, die nicht nur die Personengruppe selbst, sondern auch Angehörige, das Pflegepersonal und behandelnde Ärzt*innen betrifft.

Im Zuge der Arbeit soll folgende Forschungsfrage beantwortet werden:

„Welche Risiko- und protektiven Faktoren beeinflussen die psychische Gesundheit im Alter und welche Rolle spielt dabei der sozioökonomische Status?“

1.3 Methodische Vorgehensweise und Aufbau

Zur Beantwortung der zentralen Fragestellung, wird eine Literaturrecherche als Methode herangezogen. Die Suche wird auf Google Scholar mithilfe folgender Schlüsselwörter durchgeführt: Soziale und gesundheitliche Ungleichheit, Suizidalität, psychische Störungen, mental disorder, Komorbidität, psychologische Prozesse, Altersdepression, sozioökonomischer Status, Altersarmut.

Zunächst werden die häufigsten psychischen Erkrankungen im Alter dargestellt, zentrale Begriffe erläutert und es wird auf die Besonderheiten der Störungen eingegangen. Kapitel 3 befasst sich mit den Risiko- und Schutzfaktoren, die die psychische Gesundheit der Menschen ab 65 Jahren beeinflussen. Dabei wird in dem Zusammenhang besonders die soziale Ungleichheit analysiert und abgeklärt, welche Rolle sozioökonomische Faktoren bei der Entstehung von psychischen Erkrankungen im Alter spielen. Danach werden in Kapitel 4 die Präventionsmaßnahmen und in Kapitel 5 die Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt. Schließlich wird die Arbeit mit der Beantwortung der Forschungsfrage sowie einem Fazit abgerundet.

2 Psychische Erkrankungen im Alter

Es gibt bestimmte psychische Störungen, die im Alter häufiger vorkommen, wie Depressionen, angst- oder substanzbezogene Störungen. Andere Erkrankungen wie Schizophrenie oder psychosomatische Störungen treten in der Altersgruppe wiederum seltener auf (Kinzl, 2013, S. 526). Im folgenden Kapitel werden die drei typischen psychischen Erkrankungen im Alter, die Prävalenzraten und deren Besonderheiten beschrieben. Anschließend wird auf die Komorbidität dieser Erkrankungen eingegangen. Aus dieser theoretischen Grundlage lassen sich die Einflussfaktoren ableiten, die unter Punkt 3 näher betrachtet werden.

2.1 Depression

Die Depression gehört neben der Demenz zu einer der meist verbreiteten psychischen Erkrankungen im höheren Lebensalter und kann die Lebensqualität der Betroffenen stark beeinträchtigen. Nach einer Studie leiden 5-10 Prozent der Menschen über 65 Jahren an depressiven Syndromen. Generell ist die Häufigkeitsrate für eine schwere Depression bei Frauen fast doppelt so hoch wie bei Männern (Kinzl, 2013, S. 528).

Eine Erstmanifestation einer Depression ab 65 Jahren erfolgt eher selten, denn meist haben die betroffenen Personen im Laufe des Lebens bereits depressive Episoden erlebt. Dennoch können z.B. Verlusterlebnisse oder hohe Belastungssituationen die Entstehung von psychischen Störungen nach dem 65. Lebensjahr hervorrufen. Zudem sind ältere Menschen meist von mehreren chronischen Erkrankungen betroffen, bei denen die Einnahme von Arzneimittel ebenfalls zur Entstehung beitragen kann (Kinzl, 2013, S. 527f.). Als Nebenwirkung bestimmter Medikamente wie Analgetika, Benzodiazepine, Antihypertensiva, Cholinesterasehemmer oder Chemotherapeutika, die zur Linderung anderer Beschwerden dienen, können depressive Episoden hervorgerufen werden (BMASGK, 2019, S. 62).

Zu den typischen Symptomen einer Depression zählen eine gedrückte Stimmungslage, verminderter Antrieb, Reizbarkeit, der Verlust von Interessen und eine Abnahme von Freude an vielen Aktivitäten. Viele Betroffene äußern auch ein geringes Selbstwertgefühl, das Gefühl der Hoffnungslosigkeit und erkennen keinen Sinn in ihrem Leben. Im Vergleich zur jüngeren Altersgruppe unterscheiden sich jedoch einige Krankheitsanzeichen. Wie sie sich äußern, hängt vom Schweregrad der Erkrankung ab. Die Depression zeigt sich bei älteren Menschen oft als dysthyme Störung (Kinzl, 2013, S. 527f.). Das bedeutet, dass über einen längeren Zeitraum, meist viele Jahre, immer

wieder leicht ausgeprägte, depressive Verstimmungen auftreten. Es müssen mindestens zwei der genannten Symptome vorhanden sein, um als Dysthymie bezeichnet zu werden (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 882). Für die Diagnose einer „Major Depression“, eine Depression mit schweren Episoden, müssen hingegen fünf oder mehr Anzeichen über einen Zeitraum von zwei Wochen bestehen (Butcher & McGonigal-Kenney, 2005, S. 54ff.).

Die Krankheitsanzeichen treten bei Hochbetagten meist mild auf. Dennoch sind leichte Symptome keinesfalls zu unterschätzen, weil ältere Menschen diese öfter entwickeln und bei Nichtbehandlung ein erhöhtes Risiko der Entstehung einer schweren Depression besteht (Butcher & McGonigal-Kenney, 2005).

Häufig dominieren bei älteren Menschen somatische Beschwerden wie Appetitlosigkeit, kognitive Beeinträchtigungen, Müdigkeit, Schlaflosigkeit oder chronische Schmerzen als Anzeichen der Depression (Butcher & McGonigal-Kenney, 2005, S. 55). Daher stellt die Diagnose eine besondere Herausforderung dar, weil körperliche Leiden bei älteren Menschen im Vordergrund stehen und Symptome oft als alterstypische Beschwerden angesehen werden. Infolgedessen wird eine Depression in 40 Prozent der Fälle nicht identifiziert (Radman, 2015, S. 290). Das führt dazu, dass die psychische Erkrankung nicht angemessen behandelt wird und demnach Immobilität, ein sozialer Rückzug, Bettlägerigkeit, Mangelernährung oder Dehydratation als Folgen der depressiven Störung im Alter entstehen können (BMASGK, 2019, S. 12).

Menschen im höheren Lebensalter leiden häufig an begleitenden körperlichen Erkrankungen, die ähnliche Beschwerden hervorrufen, sodass Ärzt*innen die Symptome oft anderen medizinischen Erkrankungen zuordnen (Notzon et al., 2016, S. 1017ff.).

Ein weiterer Punkt ist das erhöhte Suizidrisiko bei älteren Menschen, welches mit dem Alter exponentiell steigt. Laut einer Studie werden ca. 30 Prozent aller Suizide von Menschen über 65 Jahren, insbesondere von Männern verübt (Haupt et al., 2017, S. 2852). Dabei gilt eine besondere Aufmerksamkeit für den „stillen Suizid“, der sich meist unauffällig durch selbstschädigendes Verhalten zeigt. Beispielsweise äußern sich stille Suizide durch das Einstellen der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme oder bei Diabetikern durch das Spritzen einer zu geringen Dosis Insulin (Schreiter Gasser, 2006, S. 9).

Der hohe Prozentsatz der Suizide lässt sich dadurch erklären, dass oftmals Depressionen beim männlichen Geschlecht nicht erkannt werden, weil sich die Erkrankung

meist hinter einem aggressiven Verhalten oder einem vermehrten Alkoholkonsum verbirgt. Zudem suchen männliche Betroffene deutlich seltener professionelle Hilfe auf und nehmen demnach auch weniger Behandlungsmaßnahmen in einer psychiatrischen Einrichtung in Anspruch (Kinzl, 2013, S. 527ff.). Ein weiterer Punkt ist die Problematik, dass meist eher die körperlichen, statt der depressiven Symptome von Patient*innen angesprochen werden. Somit ist es für Hausärzt*innen besonders schwer, die Anzeichen zu erkennen und eine korrekte Diagnose zu stellen. Dabei ist wichtig zu wissen, dass das mentale Wohlbefinden und die körperliche Gesundheit stark miteinander zusammenhängen. Daher erhöht eine Depression das Risiko für körperliche Erkrankungen, was auch umgekehrt gilt (Schreiter Gasser, 2006, S. 9).

Laut BMASGK (2019) besteht demnach die Annahme, dass die Kosten für die Betreuung depressiver älterer Menschen um 50 Prozent höher sind als für jene, die psychisch gesund sind. Aufgrund der zunehmenden Zahl von Menschen im hohen Lebensalter entstehen in Zukunft erhebliche Mehrkosten und dadurch eine Belastung des Gesundheitssystems. Eine Depression im Alter lässt sich jedoch medikamentös oder psychotherapeutisch gut behandeln (Schreiter Gasser, 2006, S. 9).

2.2 Angststörungen

Die Prävalenzrate bei Angsterkrankungen beträgt 14 Prozent und stellt somit die am häufigsten auftretende psychische Erkrankung im Alter dar. Auch hier gilt, dass Frauen etwa doppelt so oft betroffen sind wie Männer der gleichen Altersgruppe. Bei der Entstehung einer Angststörung wird von einem multifaktoriellen Zusammenspiel ausgegangen, welche vor allem auf belastende psychosoziale Erlebnisse und biologische Faktoren wie z.B. Hypertonie, Herzerkrankungen oder Medikamente zurückzuführen sind. Besonders bei finanziell schwachen älteren Menschen führt dies vermehrt zum Auftreten von Existenzängsten, der Angst vor der Abhängigkeit oder der Sorge, auf andere angewiesen zu sein (Kinzl, 2013, S. 527ff.). Die sozioökonomischen Faktoren werden in Kapitel 3.6 ausführlicher betrachtet.

Grundsätzlich unterscheidet man vier Formen von Angst: die generalisierte Angststörung, die soziale Phobie, die Panikstörung sowie die spezifischen Phobien. Es liegt häufig eine Komorbidität vor. Das bedeutet, dass weitere psychische Störungen meist gleichzeitig auftreten. Daher entwickeln Menschen mit Angsterkrankungen auch oft eine Depression (Haarig, 2019, S. 97).

Die generalisierte Angststörung (GAS) ist eine der häufigsten Angststörungen im hohen Lebensalter und zeichnet sich durch körperliche Beschwerden wie Zittern, Herzerasen, Übelkeit, Schwindel oder Nervosität und Schlaflosigkeit aus (Bandelow et al., 2018, S. 201). Oft haben Betroffene eine Sorgenkette aufgebaut, so dass eine Angst auf der vorherigen aufbaut und sie ständig von verschiedenen Szenarien im Kopf geplagt werden. Ein Beispiel wäre die Angst, im Alter nicht mehr leistungsfähig zu sein, was dazu führen könnte, von der Familie abgelehnt zu werden, keine sozialen Kontakte zu haben, einsam zu sein und dem Gedanken, dass niemand nach dem Tod einem nachtrauern würde. Wird die aufgebaute Kette nicht durchbrochen, können sich die Anspannungen summieren und zur massiven Erschöpfung und negativen Gefühlen führen (Haarig & Schade, 2020, S. 99f.).

Bei einer sozialen Phobie haben Betroffene besondere Angst vor Situationen, in denen sie negativ von anderen Personen wahrgenommen werden könnten. Die Phobie steht meist in Zusammenhang mit einem geringen Selbstwertgefühl, welches die Angst vor Kritik verstärkt. Daher werden Handlungen, in denen sie im Mittelpunkt stehen, möglichst vermieden. Sozialphobiker*innen fürchten sich z.B. vor dem Sprechen in der Öffentlichkeit, Small Talks mit Menschen oder Behördengängen. Dies führt bei älteren Menschen meist zur sozialen Isolation oder der Beschränkung der Kontakte auf einen kleinen Kreis. Die Phobie äußert sich in Form von einem introvertierten Verhalten und starken Stressreaktionen, die eine große emotionale Belastung mit sich bringen (Haarig & Schade, 2020, S. 115).

Eine weitere Form der Angst, die im Alter auftreten kann, sind Panikstörungen. Die Erkrankung ist gekennzeichnet durch wiederholte starke Reaktionen, die durch intensive Angstmomente ausgelöst werden (Haupt et al., 2017, S. 2863). Zu den Symptomen zählen Atemnot, Erstickungsgefühl, ein Druck auf der Brust, eine unregelmäßige Herzfrequenz, Schweißausbrüche oder Benommenheit (Bandelow et al., 2018, S. 201). Es werden die meist harmlosen körperlichen Anzeichen von Panikpatient*innen durch die Angst oft verstärkt und als Gefühl des Sterbens, Verrücktwerdens, der Ohnmacht oder des Kontrollverlusts wahrgenommen. Im Vergleich zu anderen Angstformen ist die Panikstörung nicht situations- oder ortsgebunden, und daher können Panikanfälle jederzeit ohne Vorwarnung auftreten. Aufgrund dieser Tatsache empfinden ältere Menschen die Form der Angststörung als besonders starke Einschränkung in ihrer Alltagsbewältigung (Haarig & Schade, 2020, S. 110ff.).

Schließlich gibt es noch spezifische Phobien, bei denen eine Angstreaktion durch einzelne Situationen oder Reize hervorgerufen werden. Bei Menschen im hohen Lebensalter ist besonders die Angst vor Krankheiten, vor einem Herzinfarkt oder vor dem Stürzen verbreitet (Haarig & Schade, 2020, S. 113).

2.3 Suchterkrankungen

Im höheren Alter treten häufig Suchterkrankungen in Verbindung mit Alkohol, Psychopharmaka und Nikotin bzw. Tabak auf. Die Prävalenzrate bei Missbrauch von Substanzen beträgt 4 Prozent (Kinzl, 2013, S. 527). Jedoch wird insbesondere beim Medikamentenmissbrauch von einer höheren Dunkelziffer ausgegangen, da zwei Drittel der älteren Menschen Psychopharmaka einnehmen und der Unterschied zwischen einer normalen Anwendung und dem chronischen Gebrauch nicht einfach zu differenzieren ist (Haarig & Schade, 2020, S. 153).

Im Vergleich zur jüngeren Altersgruppe ist der Konsum von Alkohol und Nikotin zwar geringer, jedoch steigt mit dem Alter die Abhängigkeit von Medikamenten. Im höheren Alter werden besonders häufig Benzodiazepine verschrieben, die als Medikamente zur Beruhigung und für Schlafstörungen eingesetzt werden. Grundsätzlich erfolgt die Einnahme der Psychopharmaka insbesondere bei Frauen, da sie öfter unter Schlafproblemen leiden. Meist weisen Betroffene eine „low dose dependence“, auch bezeichnet als Niedrigdosisabhängigkeit auf, bei der aufgrund der regelmäßigen Einnahme geringerer Dosen der Substanz eine körperliche Gewöhnung entsteht. Dadurch entwickelt sich ein hohes Risiko in Hinblick auf eine ausgeprägte Abhängigkeit und den Missbrauch von Arzneimitteln (Kinzl, 2013, S. 529).

Unerwünschte Wirkungen der Medikamentensucht sind Schwindel, Beeinträchtigungen beim Autofahren, Verlangsamung der psychomotorischen Fähigkeiten, Defizite der Konzentrationsleistung oder Sedierung untertags, welche das Sturzrisiko erhöhen kann. Daher werden Langzeitbehandlungen mit Benzodiazepinen durch das hohe Risiko der Abhängigkeit nicht empfohlen und sollten nicht länger als für einen Zeitraum von 3-4 Wochen eingenommen werden (Haupt et al., 2017, S. 529).

Im Vergleich zur Medikamentensucht, bei der mehr Frauen betroffen sind, überwiegt bei älteren Männern die Abhängigkeit bzw. der Missbrauch von Alkohol. Besonders problematisch ist das hohe Risiko der Sucht, da Alkohol im gesellschaftlichen Kontext akzeptiert wird, oft als Genussmittel dient und für Personen leicht zugänglich ist. Den-

noch lässt sich anmerken, dass der Konsum durchschnittlich mit dem Lebensalter zurückgeht. Einerseits ist es auf die eingeschränkte Mobilität und die nachlassende Alkoholtoleranz und andererseits auf sozioökonomische Faktoren zurückzuführen. Personen, die von der Altersarmut betroffen sind, haben durch die eingeschränkten finanziellen Mittel einen verminderten Zugang zu Alkohol, wodurch der Konsum zwangsläufig minimiert wird (Haupt et al., 2017, S. 2865). Typische Symptome bei älteren Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit sind unter anderem eine beeinträchtigte kognitive Leistung, wiederkehrende Verwirrheitszustände oder Antriebslosigkeit (Haupt & Vollmar, 2008, S. 529).

Eine weitere Form der Sucht ist der übermäßige Tabakkonsum. Nikotin kann bei Menschen ein Entspannungsgefühl, eine Stressreduktion oder eine kurzfristige Konzentrationssteigerung hervorrufen. Dennoch stellt Nikotin eine relevante gesundheitsschädliche Determinante dar, die sich allerdings durch einen Rückgang der Zahlen von tabakabhängigen Menschen im Alter zeigt. Das liegt vor allem an der erhöhten Sterberate von Raucher*innen (Haupt et al., 2017, S. 2868).

Neben der verkürzten Lebenserwartung kann jahrelanger Nikotinkonsum auch zu Folgeerkrankungen wie Osteoporose, Arteriosklerose, chronischer Bronchitis oder zu einer höheren Anfälligkeit von Herz-, Kreislauf- und Lungenerkrankungen führen. Zudem besteht eine nachgewiesene Kausalität zwischen Rauchen und Krebserkrankungen (Haarig & Schade, 2020, S. 145f.).

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass die Entstehung von Suchterkrankungen im Alter meist multifaktorielle Ursachen hat. Neben körperlichen Faktoren, wie einem veränderten Stoffwechsel und Krankheiten, spielen auch Aspekte wie Einsamkeit, ein geringes Selbstwertgefühl oder Zufriedenheit eine Rolle. Besonders im hohen Alter werden Menschen häufig mit kritischen Lebensereignissen wie z.B. dem Verlust des Lebensgefährten/der Lebensgefährtin, dem Übergang in die Pension oder dem Beginn der Pflegebedürftigkeit konfrontiert, die eine Entwicklung von Suchtverhalten begünstigen. Es wurde nachgewiesen, dass 81 Prozent der Spätmanifestationen aufgrund dieser Belastungen entstehen (Haarig & Schade, 2020, S. 128).

2.4 Komorbidität

Wie aus den vorigen Kapiteln schon hervorgeht, belegen Untersuchungen, dass psychische Erkrankungen häufig mit anderen mentalen oder körperlichen Beschwerden gleichzeitig auftreten, die demnach den Verlauf einer Erkrankung beeinflussen können. Beispielweise zeigt sich bei 60 Prozent der depressiven Patient*innen eine Komorbidität mit anderen Erkrankungen. Weiters besteht bei ca. 40 Prozent der Betroffenen neben einer Depression auch eine Angst- und Essstörung oder Suchterkrankung. Im Vergleich dazu liegt die Prävalenzrate einer Komorbidität mit somatischen Erkrankungen bei durchschnittlich 26,7 Prozent. Besonders schwerwiegende körperliche Krankheiten wie Diabetes mellitus, zerebrovaskuläre- oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen treten häufig in Verbindung mit Angststörungen oder depressiven Episoden auf. Somit weisen Personen mit einer Depression ein erhöhtes Risiko für die Entstehung physischer Störungen auf und umgekehrt (BMASGK, 2019, S. 55ff.).

Depressionen, Angst- und Suchterkrankungen zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im Alter, die selten alleine auftreten. Beispielsweise leiden depressive ältere Menschen auch oft an Panikattacken und haben einen übermäßigen Medikamenten- bzw. Alkoholkonsum, was das Risiko einer Abhängigkeit erhöht. Jede Komorbidität hat großen Einfluss auf den Krankheitsverlauf. So kann die Behandlung durch verstärkte Symptome, einer erhöhten Suizidalität oder ein schwächeres Ansprechen auf Arzneimittel erschwert werden (BMASGK, 2019, S. 87f.).

Durch die „Verdoppelung“ der Belastungen wird die Lebensqualität der Betroffenen signifikant beeinträchtigt. Zudem stellt die Komorbidität eine große Herausforderung auf Versorgungsebene dar. Insbesondere die erhöhten stationären Aufenthalte, Behandlungsleistungen und vermehrten Arztbesuche für Patient*innen einer komorbiden depressiven Erkrankung, verursachen bis zu 4,5-mal höhere Kosten (Egede et al., 2002, S. 464).

Daher lässt sich sagen, dass häufige Wechselwirkungen zwischen körperlichen und mentalen Störungen bestehen, die negative Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf nehmen können. Aus diesem Grund kann eine rechtzeitige Erkennung und Diagnostik einen bedeutsamen Einfluss für eine erfolgreiche Krankheitsbewältigung darstellen (BMASGK, 2019, S. 55).

3 Risiko- und Schutzfaktoren

Mit zunehmendem Alter werden Menschen häufig mit körperlichen Einschränkungen, Verlusten und Änderungen im Lebenslauf konfrontiert, die mit großen psychischen Belastungen verbunden sind. Grundsätzlich lässt sich sagen, dass der konkrete Auslöser für eine mentale Erkrankung im Alter oft schwer zu bestimmen ist, da es sich häufig um ein Zusammenspiel mehrerer Faktoren handelt. Dabei spielt vor allem das subjektive Empfinden der Belastung eine Rolle. Allgemein gilt, dass Risikofaktoren nicht zwangsläufig zu psychischen Erkrankungen führen, jedoch bei Vorliegen mehrerer Belastungen sich die Wahrscheinlichkeit für eine Entstehung erhöhen kann. Dahingegen dienen Schutzfaktoren indirekt als Puffer, die vor negativen Folgen schützen und sich stärkend auf die mentale Gesundheit auswirken (Schneider et al., 2014, S. 39). Protektive Faktoren können dabei helfen, eine Manifestation oder eine Entstehung von körperlichen und psychischen Erkrankungen zu verhindern, da Stresssituationen durch Vorliegen mehrerer Schutzfaktoren besser bewältigt werden können (Schneider et al., 2014, S. 43).

Die genetische Anlage wie die familiäre Häufung, das Geschlecht und das Alter sind nicht veränder- oder beeinflussbare Determinanten, die eine Entstehung von psychischen Erkrankungen begünstigen können. Jedoch gibt es auch individuelle Eigenschaften, die im Laufe des Lebens erworben werden können und eine schützende Wirkung haben (Schneider et al., 2014, S. 40). Im Gegensatz dazu sind Faktoren auf umweltbedingter, sozialer oder sozioökonomischer Ebene teilweise mithilfe von Strategien, Veränderungen und Maßnahmen modifizierbar, um einen positiven Effekt auf die psychische Gesundheit zu bewirken (Dellenbach & Angst, 2011, S. 11f.).

Zudem spielt es auch eine Rolle, ob sich die psychische Störung schon über das ganze Leben erstreckt und im Alter erneut ausbricht oder erstmals in der hohen Lebensphase auftritt. Das Wissen über Umstände, Verhaltensweisen und Erlebnisse, die psychische Erkrankungen begünstigen bzw. entgegenwirken können, ist wichtig, um ein mental gesundes Altern zu fördern (Haarig, 2019, S. 13).

Die Abgrenzung von Risiko- und Schutzfaktoren ist jedoch wissenschaftlich umstritten. Daher wird in den folgenden Unterkapiteln nicht strikt zwischen den Faktoren unterschieden. Im vorliegenden Abschnitt werden die relevanten Aspekte aufgeführt, die einen positiven oder negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit im Alter haben.

Es ergeben sich sechs Kategorien, die im Rahmen des Kapitels näher bearbeitet werden:

- Genetische und individuelle Faktoren
- Lebensstil und Gesundheitsverhalten
- Umweltbedingte Einflüsse
- Kritische Lebensereignisse
- Soziale Netzwerke und Beziehungen
- Sozioökonomischer Status

3.1 Genetische und individuelle Faktoren

Genetisch bedingte Faktoren sind angeboren und sind nicht veränderbare gesundheitliche Determinanten. Beispielsweise zeigt sich in Bezug auf die Entstehung von Depressionen, dass genetische Marker wie die Bindungskapazität von Serotoninrezeptoren eine große Rolle dabei spielen, wie Stresssituationen verarbeitet werden (Notzon et al., 2016, S. 1019f.).

Ein weiterer Punkt ist auf die familiäre Häufung von mentalen Störungen zurückzuführen. Studien belegen, dass Verwandte von psychisch Erkrankten ein drei- bis fünffach höheres Risiko aufweisen, selbst an depressiven Störungen zu erkranken. Das bedeutet, dass Kinder, deren Eltern an einer Depression leiden, häufig aufgrund der genetischen Vererbung eine höhere Vulnerabilität aufweisen. Zudem hat das vernachlässigende, abweisende Verhalten depressiver Eltern negative Auswirkungen auf die Selbstwahrnehmung und das psychische Wohlbefinden ihrer Kinder, was im Alter zu einem erhöhten Erkrankungsrisiko führen kann (BMASGK, 2019, S. 79).

Ebenfalls können die biologischen Alterungsprozesse einen negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit haben. Insbesondere die Konfrontation mit Hör- und Sehdefiziten im höheren Lebensalter stellen eine starke Einschränkung dar, die einerseits zu mehr Stürzen und Unfällen und andererseits zu einer sozialen Isolierung und depressiven Störungen führen können (BMAK, 2009, S. 336f.).

Dennoch gibt es individuelle Eigenschaften, die von Geburt an bestehen oder im Laufe des Lebens erworben wurden, die eine protektive Wirkung auf die psychische Gesundheit haben. Dazu zählen die Widerstands- und Adaptionfähigkeit oder Gelassenheit, um mit kritischen Lebensereignissen wie den Verlust von wichtigen Personen, Einsamkeit oder Erkrankungen besser umgehen zu können. Eine weitere positive Auswirkung hat das Kohärenzgefühl, das Menschen ermöglicht, durch ein hohes Selbstvertrauen

Stresssituationen entgegenzuwirken. Außerdem spielt der Sinn für Humor eine wichtige Rolle, wenn es um das mentale Wohlbefinden geht, weil dadurch das Leben lebenswerter wahrgenommen wird. Zudem konnte nachgewiesen werden, dass eine optimistische Lebenshaltung ebenfalls einen wichtigen Schutzfaktor darstellt, da der Denkstil die Wahrnehmung von Belastungssituationen positiv beeinflusst und häufig das Selbstwertgefühl erhöht (Schneider et al., 2014, S. 40f.).

3.2 Lebensstil und Gesundheitsverhalten

Studien zeigen, dass der praktizierte Lebensstil und die individuelle Verhaltensweise ausschlaggebende Auswirkungen auf die Entstehung von psychischen Erkrankungen haben. Dazu zählen Gewohnheiten der Ernährung, des Konsums und der Bewegung. Daher können eine gesunde Ernährung, ausreichender Schlaf, regelmäßige körperliche Aktivitäten und Zeit im Freien einen positiven Einfluss auf die körperliche und mentale Gesundheit haben. Im Vergleich dazu begünstigen Rauchen, ein hoher Alkoholkonsum, langes Fernsehen und mangelnde Bewegung die Entwicklung von depressiven Störungen (BMASGK, 2019, S. 81f.).

In Österreich besteht die Möglichkeit, Gesundheitsleistungen wie die kostenlose Vorsorgeuntersuchung bei Hausärzt*innen in Anspruch zu nehmen. Die Leistung ermöglicht es nicht nur auf die individuellen Bedürfnisse älterer Menschen einzugehen, Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und vorbeugende Maßnahmen zu treffen, sondern auch die Beratung in Bezug auf ein gesundes Altern. Insbesondere der Lebensstil und die Ernährung zählen zu den Schwerpunkten, die in Untersuchungen besprochen werden (BMASK, 2009, S. 340f.). Daher kann die Wahrnehmung präventiver Leistungen im Alter einen wichtigen Schutzfaktor für die Erhaltung körperlicher und psychischer Gesundheit darstellen.

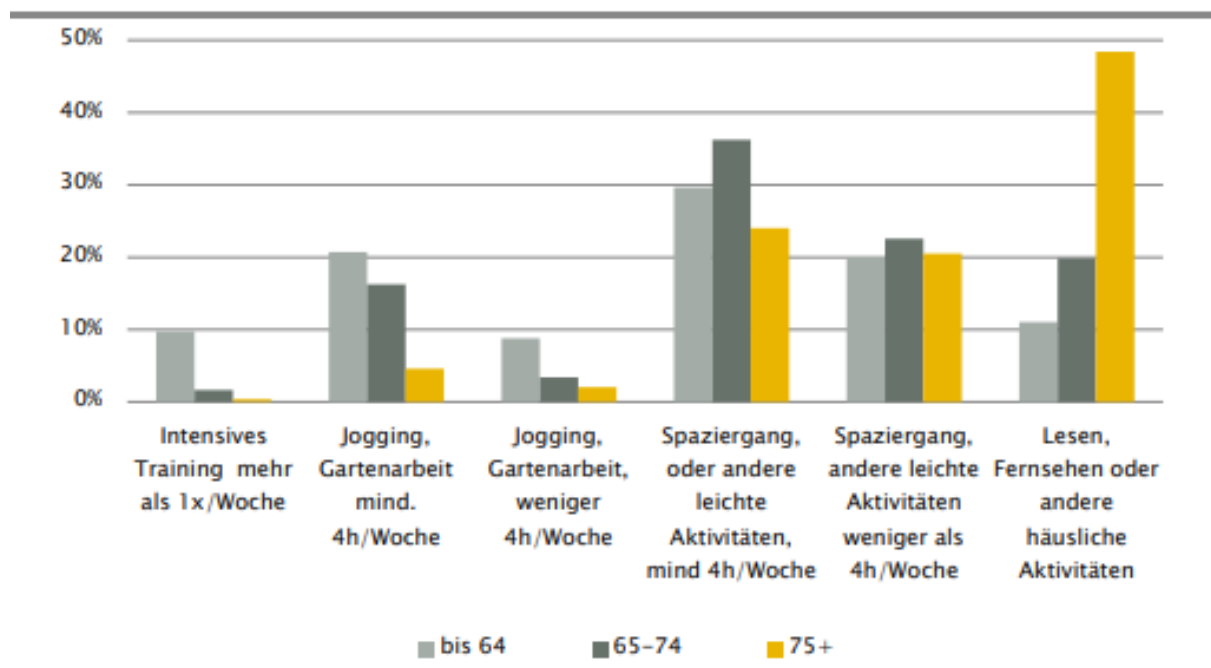
Insbesondere im hohen Lebensalter stellt das Thema Mangel- bzw. Unterernährung eine große Herausforderung dar, die zu einer erhöhten Pflegebedürftigkeit, Morbidität und Mortalität führen kann. Die Gründe sind auf den verlangsamten Stoffwechsel und die abnehmende Muskelmasse zurückzuführen. Die Gefahr besteht darin, dass zwar der Energiebedarf im Alter sinkt, jedoch genauso viele Nährstoffe aufgenommen werden müssen. In der Regel wird dann der Mikro- und Makronährstoffbedarf nicht ausreichend gedeckt. Laut einer Studie, hat ca. ein Drittel der Personen über 75 Jahren Schwierigkeiten beim Beißen, Kauen oder Schlucken von fester Nahrung. Durch die verminderte Wahrnehmung von Geschmack und Geruch sind ältere Menschen zudem

häufig von Appetitlosigkeit betroffen. Dabei wird besonders die Versorgung mit Kalzium, Folsäure und Vitamin D oftmals vernachlässigt, wodurch ein erhöhtes Risiko für „Frailty“, die Gebrechlichkeit im Alter besteht. Durch die Appetitlosigkeit, kommt es zu einer geringeren Nahrungsaufnahme, wodurch ein Nährstoffmangel entstehen kann. Folge dessen führt das zu einem geschwächten Immunsystem und einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes, was die Betroffenen wiederum anfälliger für neue Krankheiten macht. Dadurch entsteht ein Teufelskreis. Es wurde nachgewiesen, dass der schlechte Ernährungszustand häufig in Pflegeheimen oder bei Patient*innen in Akutkrankenhäusern vorzufinden ist. Beispielsweise lässt sich der erhöhte Vitamin-D-Mangel von Bewohner*innen in Heimen durch das seltene Verlassen der Räumlichkeiten und der demnach fehlenden Sonnenbestrahlung erklären. Zudem wird häufig die empfindliche Folsäure durch das lange Warmhalten des vorbereiteten Essens zerstört (BMASK, 2009, S. 327ff.; Dorner, 2016, S.54f.).

Im Gegensatz dazu kann eine falsche Ernährungsweise auch zu Übergewicht und Adipositas führen. Folgerisiken wären z.B. eine Arterienverkalkung, koronare Herzkrankheit, Hypertonie, Schlaganfall, Gicht, Diabetes oder Thrombose, die wiederum eine psychische Erkrankung begünstigen. Heutzutage greifen viele ältere Menschen gerne auf „Convenience Food“, die in wenigen Arbeitsschritten zubereitet sind, zurück. Sie sorgen für eine Zeitersparnis und Bequemlichkeit bei der Essenzubereitung. Vor allem Menschen, die aufgrund der Infrastruktur einen beschränkten Zugang zu Lebensmittelgeschäften, Schwierigkeiten in der Mobilität oder geringe finanzielle Ressourcen haben, weisen ein erhöhtes Risiko für Adipositas auf (Dorner, 2016, S. 36f.).

Ein weiterer relevanter Einflussfaktor ist die regelmäßige Bewegung und das Krafttraining im Alter, die die Lebenserwartung erhöhen kann. Insbesondere dient eine ausreichende körperliche Aktivität als protektiver Faktor, der sich positiv auf die physische und psychische Gesundheit auswirkt. Neben den positiven körperlichen Effekten wie die Vermeidung der Muskelmassenreduktion und die Erhaltung der Knochendichte, verbessert das Krafttraining auch die psychische Gesundheit. In einer Befragung wurde nachgewiesen, dass eine körperliche Aktivität im Alter die Gedächtnisleistung und das subjektive Wohlbefinden erhöht (BMASK, 2009, S. 330).

Abbildung 1: Körperliche Aktivitäten nach Altersgruppen



Quellen: ST.AT - Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Quelle: Winkler et al. (2012, S. 85)

Die Ergebnisse aus der österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007, zeigen dass die körperlichen Aktivitäten mit dem Alter abnehmen (siehe Abbildung 1). Betrachtet werden Personen bis 64 Jahre, zwischen 65 und 74 Jahre und über 75-Jährige. Aus der Befragung geht hervor, dass Jogging oder intensives Training mit zunehmenden Alter zurückgehen und durch leichte Aktivitäten wie einen Spaziergang ersetzt werden. Es lässt sich feststellen, dass fast 50 Prozent der Menschen über 75 Jahre, hauptsächlich nur noch lesen, fernsehen oder die Hausarbeit als körperliche Tätigkeit ausüben (Winkler et al., 2012, S. 84). Daher besteht im höheren Alter die Gefahr, dass die reduzierte körperliche Aktivität einen negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit hat.

In Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status zeigt sich, dass Menschen mit einem höheren Bildungsstand im Alter generell häufiger Sport betreiben als ältere Personen mit einem niedrigen Bildungsstand (Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen, 2015, S. 89).

3.3 Umweltbedingte Einflüsse

Neben dem Lebensstil und dem Gesundheitsverhalten können auch bestimmte umweltbezogene Faktoren die psychische Gesundheit im Alter fördern oder belasten. Insbesondere der Wohnort, das -umfeld und die –bedingungen spielen eine wichtige Rolle für das Wohlbefinden und die Lebensqualität älterer Menschen (Bolte & Kohlhuber, 2009, S. 99).

Die Wohnumstände hängen jedoch stark von den verfügbaren finanziellen Ressourcen ab, die darüber entscheiden, ob Personen umweltbezogenen Belastungen ausgesetzt sind (Haarig & Schade, 2020, S. 14f.). Die sozioökonomischen Indikatoren wie Bildung, Einkommen und Berufsstatus haben einen großen Einfluss auf die Verteilung der Gesundheitsrisiken. Durch verschiedene Studien wird die soziale Ungleichheit in Bezug auf die Wohnumgebung verdeutlicht. Wie sich in der folgenden Tabelle 1 zeigt, leben demnach einkommensschwache Menschen wie die Gruppe der Arbeiter*innen häufiger in Gebieten, die eine hohe Luftverschmutzung, Immissions- und Lärmbelastung durch einen dichten Straßenverkehr aufweisen. Im Vergleich dazu wurde nachgewiesen, dass Menschen mit einem höheren Einkommen wie Angestellte, Beamt*innen und Selbstständige meist in Stadtvierteln mit einer guten Luftqualität wohnen (Bolte & Kohlhuber, 2009, S. 105). Die Angaben der Tabelle stammen aus fünf Befragungen in Deutschland, die in den Jahren 2000 bis 2006 durchgeführt wurden. Sie geben Auskunft über die subjektiven Einschätzungen der Personen zu den Luftschadstoffbelastungen bzw. zur Verkehrssituation in ihrem Wohnumfeld. Mit den Daten der Grafik soll gezeigt werden, dass Menschen mit einem niedrigen sozialen Status öfter einer Belastung durch stark befahrene Straßen und störenden Verkehrslärm ausgesetzt sind. In Bezug auf die Beeinträchtigung durch das hohe Verkehrsaufkommen machen die Ergebnisse deutlich, dass der Anteil der sozial benachteiligten Personen mehr als drei Mal so hoch ist im Vergleich zu Menschen aus einer höheren Schicht. Hinzu kommt die Kriminalitätsrate und Diskriminierung, die stark mit den ungünstigen Wohnbedingungen in Zusammenhang stehen und für Unsicherheiten bei den Betroffenen sorgen (Bolte & Kohlhuber, 2009, S. 104ff.). Daher lässt sich entnehmen, dass die soziale Ungleichheit in Zusammenhang mit dem Wohnumfeld einen negativen Einfluss auf die körperliche und psychische Gesundheit hat und zu einer verkürzten Lebenserwartung führen können.

Tabelle 1: Verteilung der Luftschadstoffbelastungen nach Sozialstatus

	Kategorien des Sozialstatus				p	Studie
	sehr hoch	hoch	mittel	niedrig		
hohes Verkehrsaufkommen (≥ 50 Autos/Minute)	6,3	9,5	15,1	21,9	< 0,01	Bolte (2000)
Wohnen an einer Hauptstraße	13,8	21,0	22,6	25,0	< 0,01	Bolte et al. (2004)
Regelmäßig Stau in der Wohnstraße	7,1	9,9	11,8	20,0	< 0,01	
Täglich LKW-Verkehr in der Wohnstraße	24,3	33,0	31,1	37,7	< 0,01	
Störender Verkehrslärm	12,6	16,3	19,8	24,8	< 0,01	
Wohnung an (extrem) stark befahrener Durchgangsstraße	-	19,2	23,9	28,3	< 0,01	Swart & Hoffmann (2004)
Wohnen an verkehrsreicher Straße	-	51,3	62,1	72,8	-	Du Prel et al. (2005)
Starke/sehr starke Beeinträchtigung durch Luftverschmutzung in der Wohngegend:						Kohlhuber et al. (2006)
- nach Einkommen	3,5	6,4	7,9	6,4	-	
- nach Bildung	-	5,9	5,8	7,3	-	

Angegeben ist der Anteil exponierter Personen in %. p-Wert: χ^2 -Test.

Bolte (2000): Kinder 5-14 Jahre (N=1724), Sachsen-Anhalt, Definition des Sozialstatus anhand der elterlichen Schulbildung, Datenquelle: Bitterfeld-Studie 1992/1993.
 Bolte et al. (2004): Kinderkohorte 0-2 Jahre (N=3050 bzw. 2585), München, Leipzig, Wesel, Bad Honnef, Bildungsindex der elterlichen Schul- und Berufsausbildung, Datenquelle: IUSA-Kohortenstudie 1997-2001.
 Swart & Hoffmann (2004): Erwachsene 18-79 Jahre (N=6896), Schichtindex nach Winkler, Datenquelle: Bundesgesundheitsurvey 1998.
 Du Prel et al. (2005): Kinder 6 Jahre (N=2176), Sachsen und Sachsen-Anhalt, Definition des Sozialstatus anhand der elterlichen Schulbildung, Datenquelle: Schulanfängerstudie SAWO 2000.
 Kohlhuber et al. (2006): Erwachsene 17-98 Jahre (N=7275), Definition des Sozialstatus anhand des Äquivalenz-Haushaltsnettoeinkommens und anhand der Schulbildung, Datenquelle: Sozio-ökonomisches Panel (SOEP) 1999; Personen ohne Angabe zum Einkommen: 8,6% stark/sehr stark beeinträchtigt; Personen mit nicht-deutschem Schulabschluss: 8,8% stark/sehr stark beeinträchtigt.

Quelle: Bolte & Kohlhuber (2009, S. 105)

Der sozioökonomische Status zeigt sich auch in der Wohnungsgröße, dem Zustand und der Wohnausstattung. Nässe, Schimmel oder unzureichende sanitäre Einrichtungen sind Belastungen, mit denen sozial Benachteiligte häufiger konfrontiert werden als Menschen aus einer höheren Schicht (Bolte & Kohlhuber, 2009, S. 111).

Dabei ist besonders im Alter die Wohnung bzw. das Haus aufgrund von altersbedingten Mobilitätseinschränkungen oft der zentrale Aufenthalts- und Rückzugsort, da deutlich mehr Zeit im Wohnraum verbracht wird als in den jüngeren Jahren. Daher ist es von großer Bedeutung, dass ein langer Verbleib in der gewohnten Umgebung durch altersgerechte und barrierefreie Maßnahmen ermöglicht wird (ÖPIA, 2015, S. 189).

Die Wohnform spielt nämlich in Bezug auf die mentale Gesundheit eine wesentliche Rolle, das heißt ob sich eine Person zu Hause oder in einer Einrichtung aufhält. Laut einer Studie der ÖIHS fühlen sich Bewohner*innen aus Pflegeheimen oder einer

Wohneinrichtung häufiger einsam und weisen ein höheres Risiko auf, an depressiven Störungen zu erkranken als Personen, die im Privathaushalt leben. Zusätzlich lässt sich anmerken, dass der Sozialstatus auch in dem Bereich einen wesentlichen Einfluss hat. Denn Menschen mit einem niedrigen Sozialstatus befinden sich im Alter häufiger in einem Pflegeheim als Personen aus einer höheren Schicht (ÖPIA, 2015, S. 78ff.). Untersuchungen zeigen, dass ältere Menschen mit hohem Sozialstatus seltener in ein Pflegeheim ziehen, da ihnen mehr Möglichkeiten zur Verfügung stehen als Personen mit niedriger Bildung und geringem Einkommen. Beispielsweise können sozial besser gestellte Menschen auf eine altersgerechte und barrierefreie Gestaltung des Wohnraums und mehr soziale Unterstützung zurückgreifen, wodurch ein Umzug aus dem gewohnten Umfeld verhindert werden kann (ÖPIA, 2015, S.147f.).

Ein weiterer Punkt, der einen Einfluss auf die psychische Gesundheit und das Gesundheitsverhalten hat, ist die gestaltete Infrastruktur und das Wohnumfeld. Beispielsweise können zugängliche Grünflächen, Sporteinrichtungen und Freizeitgestaltungsangebote die Bewegung der Bevölkerung fördern. Auch ausreichende Rad- und Wanderwege oder Lauf- und Nordic Walking-Strecken haben einen positiven Effekt auf die körperliche Aktivität und auf das Wohlbefinden. Weiters bieten gute Anbindungen an Gesundheitseinrichtungen und genügend Lebensmittelgeschäfte die Möglichkeit, mehr auf die Ernährung zu achten und Vorsorgemaßnahmen in Anspruch zu nehmen. Ebenso kann sich die Verfügbarkeit von öffentlichen Räumlichkeiten auf die soziale Interaktion auswirken (Bolte & Kohlhuber, 2009, S. 110ff.; Dorner, 2016, S. 40).

Schließlich muss beachtet werden, dass es mit zunehmendem Alter aufgrund von körperlichen Problemen oder einer abnehmenden Konzentrationsfähigkeit zu einem Verlust der Fahrtauglichkeit kommen kann. Demnach ist eine ausreichende Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel für ältere Menschen besonders wichtig, um weiterhin mobil zu bleiben (ÖPIA, 2015, S. 169).

3.4 Soziale Netzwerke und Beziehungen

Soziale Beziehungen und ein intaktes soziales Netzwerk sind von zentraler Bedeutung für das mentale Wohlbefinden älterer Menschen und erfüllen im Leben meist mehrere Funktionen. Einerseits dienen sie der emotionalen Unterstützung, die sich durch Verständnis, Zuwendung, Fürsorge oder das Gefühl der Geborgenheit äußert, und andererseits der instrumentellen Unterstützung, die sich in Form von Hilfeleistungen im Alltag, Besorgungen oder dem Bereitstellen finanzieller Mittel zeigt. Zudem haben Familienangehörige, Freund*innen oder Nachbar*innen auch eine informelle Rolle und unterstützen bei Entscheidungen oder der Frage nach ihrer Meinung (Borgmann et al., 2017, S. 117). Soziale Unterstützung stärkt die Identität, erhöht das Selbstwertgefühl und hat in belastenden Situationen eine stressreduzierende Wirkung (Mauz & Jacobi, 2008, S. 349). Insbesondere eine glückliche Beziehung mit der/dem Lebenspartner*in kann im Alter die wichtigste emotionale Ressource darstellen, die das Grundbedürfnis nach Nähe, Geborgenheit und Sicherheit erfüllt. Im Gegensatz dazu stellt eine unzufriedene Partnerschaft einen bedeutsamen Risikofaktor dar, der sich negativ auf das mentale Wohl auswirkt. Besonders Trennungen und Scheidungen zählen zu gravierenden Ereignissen, die eine psychische Erkrankung begünstigen (Zemp & Bodenmann, 2016, S. 98f.). Demnach hat fehlende soziale Unterstützung einen signifikanten negativen Einfluss auf die Psyche und das Gesundheitsverhalten. Die Folgen können Übergewicht, ein erhöhter Stresslevel, eine Abhängigkeit von Nikotin und Alkohol, Ängste oder Depressionen sein (Borgmann et al., 2017, S. 118). In dem Zusammenhang lässt sich anmerken, dass eine Korrelation zwischen einer starken sozialen Unterstützung und einer hohen Bildung besteht. Je niedriger der Bildungsstand ist, desto geringer ist auch die soziale Unterstützung (Schuler et al., 2016, S. 33).

Ein weiterer Punkt ist die Tatsache, dass ältere Menschen häufig an altersbedingten Einschränkungen der Mobilität oder gesundheitlichen Problemen wie Inkontinenz leiden, die es erschweren, aktiv am sozialen Leben teilzunehmen. Denn oft sind die Betroffenen an die eigene Wohnung gebunden und können Interessen oder Verabredungen mit Mitmenschen außerhalb des Hauses nicht mehr nachgehen (ÖPIA, 2015, S. 170).

Daher kann es mit zunehmendem Alter zu einer Reduktion der sozialen Kontakte kommen, die jedoch nicht automatisch eine verminderte Qualität oder Intensität der verbliebenen Beziehungen bedeutet. Dennoch finden aufgrund der geringeren Anzahl an Kontaktpersonen weniger Austauschmöglichkeiten und Gespräche statt (Borgmann et

al., 2017, S. 118). Der Mangel an sozialen Kontakten kann das Risiko für eine Vereinsamung erhöhen. Besonders alleinstehende ältere Menschen ohne Kinder, mit einem fehlenden stabilisierenden Umfeld oder einer Mobilitätseinschränkung sind besonders stark gefährdet (Haarig & Schade, 2020, S. 30).

Laut durchgeführten Studien führt soziale Isolation jedoch nur bedingt zu einem erhöhten Risiko für Depressionen, Angststörungen oder Suchterkrankungen. Was hierbei ausschlaggebend ist, ist die subjektive Wahrnehmung in Zusammenhang mit Einsamkeit. Das Alleinleben bedeutet nicht, dass keine Möglichkeit besteht, den Kontakt mit Familienmitgliedern, Freund*innen oder Nachbar*innen über andere Kommunikationswege, wie das Telefonieren, aufrechtzuerhalten. Es weisen lediglich ältere Personen ein höheres Risiko für psychische Erkrankungen auf, die sich aufgrund der mangelnden Beziehungen auch tatsächlich einsam fühlen (Häfner, 1994, S. 169f.). Daher zeigen erste Untersuchungen der Universität Leipzig, dass die psychosoziale Gesundheit älterer Menschen im Zuge der Covid-19-Pandemie und des Lockdowns überwiegend unverändert blieb. Im Rahmen der Befragung wurden neben einer optimistischen Grundeinstellung die Lebenserfahrung, die Resilienzfähigkeit und die emotionale Unterstützung der Familie, Freund*innen und Nachbar*innen als relevante Ressourcen angegeben (Welzel et al., 2021, S. 334ff.).

Was das Risiko für Vereinsamung jedoch minimieren kann, ist die Teilhabe an freiwilligen Tätigkeiten und die soziale Partizipation im Alter. Das soziale Engagement kann einer Isolation entgegenwirken und einen positiven Einfluss auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden haben. Die soziale Teilhabe dient oft als Präventions- bzw. gesundheitsfördernde Maßnahme, da ein gesundes Altern durch Partizipation unterstützt wird (Tatzer, 2021, S. 181f.). Durch freiwilliges Engagement können ältere Menschen oftmals neue Perspektiven erleben und darin eine Möglichkeit sehen, eine sinnvolle Beschäftigung auszuüben. Zudem dient es der sozialen Vernetzung mit anderen Personen, die eine Einsamkeit und einen sozialen Rückzug verhindern können. Als Grund für die Tätigkeit wird oft das Bedürfnis nach dem Gefühl „gebraucht zu werden“, „anderen zu helfen“ oder „seine Fähigkeiten einzubringen“, genannt. Es wurde nachgewiesen, dass die Ausübung von freiwilligen Tätigkeiten im Alter die Lebenszufriedenheit, das Selbstvertrauen und das Selbstwertgefühl steigert (Backes & Höltge, 2008, S. 282ff.).

3.5 Kritische Lebensereignisse

Gerade das höhere Lebensalter ist von vielen schweren Ereignissen und akuten Umstellungen der Lebenssituation geprägt, die Risiken für psychische Erkrankungen bergen können. Dazu zählt insbesondere die Trennung bzw. Tod der/des Ehepartnerin/Ehepartners oder der Eintritt in die Pensionierung (Schneider et al., 2014, S. 39). Wie im vorigen Kapitel beschrieben, spielt der Ehepartner/die Ehepartnerin im hohen Alter aufgrund der geringen sozialen Kontakte eine besonders große Rolle. Daher gilt der Tod der Bezugsperson bei 50 Prozent der älteren Menschen als das auslösende Belastungsereignis, welches eine Depression hervorruft. Durch den Verlust, die Neuorientierung und die Trauer erhöht sich das Risiko der hinterbliebenen Person für Suizid und Mortalität. Dies ist besonders auf die Folgen von Vernachlässigungen des gesundheitlichen Verhaltens und der mangelnden Selbsterhaltungsmotivation zurückzuführen (Häfner, 1994, S. 169). In der Regel ist häufiger das weibliche Geschlecht von der Verwitwung betroffen, was auf die höhere Lebenserwartung von Frauen zurückzuführen ist. Die Reaktionen auf den Verlust sind jedoch unterschiedlich und von verschiedenen Faktoren wie den persönlichen Ressourcen, dem körperlichen Zustand und der sozialen Unterstützung abhängig (Dellenbach & Angst, 2011, S. 26).

Ein weiteres Ereignis im höheren Lebensalter ist der Eintritt in den Ruhestand. Einerseits bietet die Pensionierung mehr Möglichkeiten für Freizeitaktivitäten und ist eine Chance für Weiterentwicklungen. Andererseits bedeutet es neben der Minderung des Einkommens auch einen abrupten Verlust der Berufsrolle (Rosenstiel, 1994, S. 231f.). Viele ältere Menschen sind auf die neue Lebenssituation nicht vorbereitet, was zu einer großen psychischen Belastung der Betroffenen führen kann. Die Anpassung an die neue Situation kann bei einigen älteren Menschen Panik und Angststörungen auslösen. Zudem ist die Erwerbstätigkeit für viele der Grundbaustein einer gesellschaftlichen Integration und bietet eine geregelte Tagesstruktur, die mit dem Austritt aus der Arbeitswelt wegfällt (Hörl & Rosenmayr, 1994, S. 75f.). In dem Zusammenhang lässt sich sagen, dass es Menschen mit einem höheren sozialen Status, grundsätzlich einfacher fällt sich an neue Situationen wie die Pensionierung anzupassen. Denn meist haben besser gestellte Personen eine größere Bandbreite an Freizeitinteressen, wodurch eine andere erfüllende Tätigkeit im Ruhestand ausgeübt werden kann (Rosenstiel, 1994, S. 249f.).

Auch neue Bedarfslagen wie eine altersbedingte Einschränkung der Mobilität, die mit einem erhöhten Unterstützungsbedarf einhergeht, können ein Risikofaktor für die Entstehung psychischer Störungen sein. Vor allem im hohen Lebensalter ist der Abfall der körperlichen Funktionsfähigkeiten eine große Beeinträchtigung in der Alltagsbewältigung, was zu einer Zunahme der Pflegebedürftigkeit führt (Bernhardt, 2014, S. 9). Einerseits entsteht die Angst, den Bezug zum eigenen Körper zu verlieren und Funktionen wie die Nahrungsaufnahme, den Toilettengang oder Freizeitaktivitäten nicht mehr ausüben zu können. Andererseits ist jedoch die meist gefürchtete Sorge älterer Menschen die Angst vor einer hilflosen Abhängigkeit und dabei auf andere Personen angewiesen zu sein (Teising, 2009, S. 85f.). Oft bleibt den Betroffenen als Lösungsoption, um Angehörige nicht zu belasten, nur der Einzug in ein Alters- bzw. Pflegeheim, was einen Verlust der gewohnten Umgebung und der Autonomie bedeutet (Bernhardt, 2014, S. 9).

3.6 Sozioökonomische Faktoren

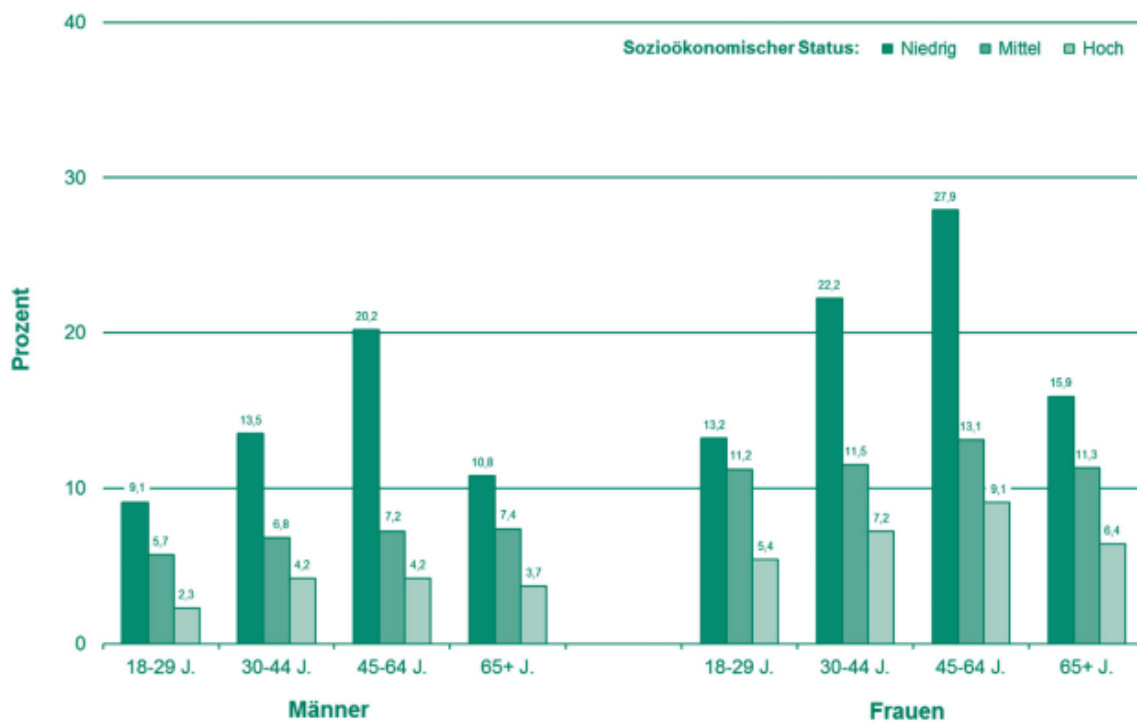
Inzwischen gibt es ausreichend Studien, die belegen, dass Menschen mit einem niedrigen sozialen Status deutlich häufiger von körperlichen Beschwerden, höheren Mortalitätsraten, Behinderungen und psychischen Erkrankungen betroffen sind als Personen aus einer höheren Schicht. Der sozioökonomische Faktor wird meist anhand der Indikatoren Bildung, Beruf und Einkommen bemessen. Die Gründe für eine soziale Spaltung sind insbesondere auf die niedrige Bildung, die in Zusammenhang mit einem schlecht bezahlten Job und einer geringen sozialen Anerkennung stehen, zurückzuführen. Die Ungleichheit zeigt sich in allen Lebensphasen und in umfassenden Bereichen, wie dem Wohnumfeld, der Wohnsituation, den sozialen Beziehungen, den Teilhabechancen, den Freizeitaktivitäten, dem sozialen Umfeld sowie dem Lebensstil und dem Gesundheitsverhalten. Die Zugehörigkeit zur sozialen Schicht entscheidet über Privilegien oder Benachteiligungen (Simonson & Vogel, 2019, S. 172ff.; Dorner, 2016, S. 19).

Untersuchungen zeigen, dass Menschen mit einem niedrigen sozialen Status häufiger riskantes Gesundheitsverhalten, wie eine schlechte Ernährung, Mangel an körperlicher Aktivitäten oder einen hohen Konsum von Alkohol und Nikotin aufweisen. Zudem wurde bereits erwähnt, dass die finanzielle Knappheit der Grund für das Wohnen in ungünstigen Stadtteilen ist, wodurch Personen höheren umweltbedingten Belastungen

ausgesetzt sind. Des Weiteren spiegelt sich die soziale Ungleichverteilung auch in Bezug auf den Zugang und die Inanspruchnahme zu Gesundheitsleistungen wider (Knesebeck & Mielck, 2009, S. 40).

Mit dem Sprichwort „Geld allein macht nicht glücklich, aber es beruhigt“, kann der Einfluss der finanziellen Lage auf die psychische Gesundheit beschrieben werden (Franzese, 2020, S. 55). Denn besonders die finanziellen Ressourcen spielen eine wichtige Rolle, die zu einer Spaltung der sozialen Schicht führen kann. Es wird von einer sozialen Ungleichheit gesprochen, wenn eine Gruppe von Personen aufgrund bestimmter gesellschaftlicher Gründe gegenüber einer anderen Gruppe regelmäßig bevorzugt oder benachteiligt wird (Simonson & Vogel, 2019, S. 173).

Abbildung 2: Erhebliche Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit nach sozioökonomischem Status bei Männern und Frauen



Quelle: Lampert et al. (2014, S. 7)

In der Grafik wird der Einfluss des sozioökonomischen Status in Zusammenhang mit erheblichen Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit in den verschiedenen Altersgruppen bei Männern und Frauen gezeigt. Die Daten der Abbildung 2 stammen aus der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ und beziehen sich auf das Jahr 2010. Im Zeitraum von vier Wochen wurden 21.939 Personen zu ihrem psychischen Wohlbefinden befragt. Folgende Aussagen konnten von den Befragten getroffen werden:

- „sehr nervös“
- „so niedergeschlagen, dass einen nichts aufheitern kann“
- „ruhig und gelassen“
- „entmutigt und traurig“
- und „glücklich“

Die Ergebnisse zeigen eine Korrelation zwischen einem niedrigen sozioökonomischen Status und dem Auftreten von erheblichen Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit. Als Statusindikator wurde die Bildung der befragten Personen herangezogen. Wie die Statistik verdeutlicht, sind besonders Menschen zwischen 45 und 64 Jahren von der sozioökonomischen Spaltung betroffen. Beispielsweise leiden 9,1 Prozent der befragten Frauen mit einem hohen sozioökonomischen Status an Beeinträchtigungen des mentalen Wohlbefindens. Im Vergleich dazu ist die Zahl der weiblichen Betroffenen aus einer niedrigen Schicht mit 27,9 Prozent etwa dreimal so hoch. Es zeigen sich auch ähnliche Werte bei den anderen Altersgruppen. Zudem weisen Frauen im Vergleich zu Männern häufiger Anzeichen auf psychische Belastungen in Zusammenhang mit der Statusgruppe auf, die aufgrund von geschlechtsspezifischen Bildungsunterschieden bestehen (Lampert et al., 2014).

Studien belegen, dass hochaltrige Frauen tendenziell ein niedrigeres Bildungsniveau im Gegensatz zu Männern haben. In einer österreichischen Befragung der ÖPIA zeigt sich, dass durchschnittlich 50,9 Prozent der älteren Männer die Matura oder eine Hochschule abgeschlossen haben, beim weiblichen Geschlecht sind es hingegen nur 36,4 Prozent. Die Zahlen belegen, dass die meisten Frauen nur einen Pflichtschulabschluss haben (ÖPIA, 2015, S. 140).

Ein möglicher Erklärungsansatz für die Ergebnisse ist auf die traditionelle Rollenverteilung und die daraus folgenden Einkommensungleichheiten zurückzuführen. Denn auch heute übernimmt die Frau oft die Arbeiten im Haushalt, das Kochen, die Kinder-

erziehung und die Pflege von Familienmitgliedern. Dadurch trägt das weibliche Geschlecht ein höheres Maß an Verantwortung, was oft mit mehr Belastungen und Stress verbunden ist. Zudem gibt die Frau häufig zugunsten der Kinder das Berufsleben auf bzw. übt nur einen Teilzeitjob mit geringem Einkommen aus (Möller-Leimkühler, 2008). Dadurch entsteht für das weibliche Geschlecht ein erhöhtes Risiko, von Altersarmut betroffen zu sein. Laut Daten der Statistik Austria liegt im Jahr 2020 die Armutsschwelle für einen Einpersonenhaushalt bei 1328 EUR pro Monat. Menschen, bei denen das Einkommen unter der Armutsschwelle liegt oder die materiell depriviert sind, gelten als armuts- bzw. ausgrenzungsgefährdet. Unter einer erheblichen materiellen Deprivation fallen finanzielle Probleme, bei denen sich betroffene Personen gängige Güter und Freizeitaktivitäten wie ein Telefon, eine Waschmaschine im Haushalt oder einen Urlaub im Jahr nicht leisten können. Zudem ist es nicht möglich, die Wohnung ausreichend zu heizen, unerwartete Ausgaben zu tätigen oder Lebensmitteln wie Fleisch und Fisch aufgrund der begrenzten Ressourcen täglich zu konsumieren (www.statistik.at, 14.01.2022).

In Bezug auf das Konsumverhalten zeigt sich, dass Personen einer höheren Schicht häufiger zu hochwertigeren Lebensmitteln und Bio-Produkten greifen als Menschen mit einem niedrigen sozialen Status. Grund dafür sind die finanziellen Ressourcen und das Bewusstsein für die Gesundheit, die das Kaufverhalten beeinflussen (Leßmann & Masson, 2019, S. 767ff.).

Demnach sind finanzielle Belastungen ein großer Risikofaktor, der zu mehr Existenzängsten, Konflikten und Stresssituationen führt. Die Armut im Alter stellt im Vergleich zu früheren Lebensabschnitten eine große Problematik dar, weil es keine Veränderungen im Einkommen mehr gibt. Sobald die Erwerbstätigkeit endet, werden die Einnahmen durch Pensionszahlungen und Ersparnisse bestimmt. Dadurch kann bei älteren Frauen oftmals eine finanzielle Abhängigkeit entstehen, da sie durch Erwerbslücken und Teilzeitarbeiten häufig eine sehr geringe Pension beziehen und durch die Trennung oder den Tod des Ehepartners in eine Armut geraten können. Zudem steigen im Alter die Ausgaben für die Erhaltung der Gesundheit und andere medizinische Leistungen (Franzese, 2020, S. 21).

Die soziale Ungleichheit spiegelt sich auch an der gesellschaftlichen Teilnahme wider. Besonders die Bildung korreliert stark mit der Wahrscheinlichkeit im Alter freiwillige Tätigkeiten auszuüben. Es wurde nachgewiesen, dass sich Personen mit höherem Bildungsabschluss häufiger ehrenamtlich engagieren (Backes & Höltge, 2008, S. 290).

Zudem zeigen sich auch Unterschiede in Alltagsaktivitäten und Interessen, da Menschen mit mehr finanziellen Ressourcen und höherer Bildung über vielfältigere Möglichkeiten in der Lebensgestaltung verfügen, wodurch besser Gestellte grundsätzlich zufriedener sind (Simonson & Vogel, 2019, S. 173f.; ÖPIA, 2015, S. 122).

Tabelle 2: Gesundheitsverhalten nach Bildung

	Pflichtschule	Universität
Körperliche Aktivität	59,3%	79,2%
Gesunde Ernährung	67,3%	74,0%
Ausreichend Schlaf	70,4%	80,5%
Pflege von Sozialkontakten	72,4%	84,4%

Quelle: ÖPIA (2015, S. 89)

Die Studie der ÖIHS aus dem Erhebungszeitraum von 2013 bis 2014 belegt, dass sich in allen gesundheitsbezogenen Aktivitäten Differenzen zwischen den sozialen Schichten zeigen. Die Daten aus der Tabelle 2 stammen aus einer Stichprobe von 410 Senior*innen zwischen 80 und 85 Jahren und bestätigen, dass ältere Menschen mit einem höheren Bildungsniveau (79,2 Prozent) im Gegensatz zu Personen mit einem Pflichtschulabschluss (59,3 Prozent) deutlich öfter körperlich aktiv sind. Außerdem zeigen die Ergebnisse, dass Menschen aus einer höheren sozialen Schicht eine bewusster Ernährung, mehr Schlaf und regelmäßiger ihre sozialen Kontakte pflegen. Das lässt darauf schließen, dass Personen mit einem Universitäts- bzw. Hochschulabschluss stärker auf ihre Gesundheit achten und vergleichsweise ein gesundheitsbewussteres Verhalten und einen gesünderen Lebensstil anstreben als Menschen mit einem niedrigen Bildungsniveau (ÖPIA, 2015, S. 89f.).

4 Präventionsmaßnahmen

Mit zunehmenden Alter steigt die Wichtigkeit von Präventionsmaßnahmen zur Erhöhung bzw. Aufrechterhaltung der körperlichen und psychischen Gesundheit, um so eine hohe Lebensqualität zu gewährleisten. Generell lassen sich altersbedingte Veränderungen nicht vermeiden, jedoch können mithilfe des Wissens über Risiko- und Schutzfaktoren präventive Maßnahmen abgeleitet werden, um das gesundheitsbezogene Verhalten einer Person positiv zu beeinflussen. Das Ziel der Prävention ist die Reduzierung der Risikofaktoren und die Förderung der protektiven Faktoren. Ganz allgemein gehalten, ermöglichen präventive Maßnahmen im Alter die Erhaltung der Selbstständigkeit, eine gesundheitsbewusste Lebensweise, die Fähigkeit kritische Ereignisse besser bewältigen zu können und soziale Isolation zu vermeiden (Kilian & Becker, 2006, S. 454).

Wie bereits aus den Erkenntnissen hervorgeht, spielen der Lebensstil und das Gesundheitsverhalten eine große Rolle in der Prävention. Eine gesunde Ernährung und regelmäßiges Training sind wesentliche Maßnahmen, die eine mentale Erkrankung vorbeugen können. Außerdem ist die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen von besonderer Relevanz, um Krankheiten frühzeitig zu erkennen und dem entgegenzuwirken. Grundsätzlich wird zwischen der primären, sekundären und tertiären Prävention unterschieden, wobei sich häufig keine klare Grenze zwischen den Ebenen ziehen lässt (BMASGK, 2009, S. 325).

Das Ziel der primären Prävention ist die Entstehung einer Erkrankung durch die Reduzierung der Risikofaktoren und Veränderungen der umweltbezogenen Bedingungen, zu verhindern. Die Maßnahmen können unspezifisch, das heißt nicht gezielt gegen eine Erkrankung oder spezifisch, zur Vermeidung einer bestimmten Krankheit ausgerichtet sein. Als unspezifische primäre Maßnahmen zählen z.B. eine nährstoffreiche Ernährung, ausreichende Bewegung, gute Wohnbedingungen oder die Vermeidung von Alkohol- und Nikotinkonsum. Bei den spezifischen Maßnahmen handelt es sich häufig, um medizinische Leistungen wie Impfungen, die das Risiko für die Entstehung einer bestimmten Erkrankung verringert (Dorner, 2016, S. 30f.). In der psychologischen primären Prävention werden besonders die Risikofaktoren näher betrachtet und Methoden entwickelt, um belastende Situationen wie Verlusterlebnisse bewältigen zu können. Darunter fallen Hilfsangebote wie Selbsthilfegruppen oder unterstützende Seminare. Um einer sozialen Isolation entgegenzuwirken, haben sich spezielle Wohnformen für ältere Menschen wie „Alten-Wohngemeinschaften“ als erfolgreiche präventive

Möglichkeit für die Erhaltung eines sozialen Netzwerks gezeigt (Kuzma et al., 2012, S. 189).

Die Sekundärprävention ist auf die Verhinderung der Manifestation einer Erkrankung durch Früherkennung und –behandlung ausgerichtet. Wie in den vorigen Kapiteln bereits erwähnt wurde, stellt die Diagnose von psychischen Erkrankungen bei älteren Menschen eine besondere Herausforderung dar, weil Krankheitsanzeichen durch andere somatische Beschwerden oftmals nicht eindeutig zugeordnet werden können. In Hinblick auf die hohe Suizidrate wäre jedoch eine frühzeitige Erkennung und eine entsprechende therapeutische Vorgehensweise von großer Relevanz (Kuzma et al., 2012, S. 190).

Unter der tertiären Prävention werden Maßnahmen verstanden, die der Wiederherstellung der Gesundheit und der Vermeidung des Fortschreitens einer Krankheit dienen. Ebenso dient sie einer Reduzierung der schwerwiegenden Folgen von psychischen Erkrankungen, um die Teilhabe am Leben weiterhin zu ermöglichen. Die Zielgruppe der tertiären Prävention sind Menschen, die bereits von einer mentalen Erkrankung betroffen sind, wodurch es häufig mit einer Behandlung verwechselt wird. Im Vergleich zu Behandlungsmaßnahmen, bezieht sich die Tertiärprävention auf Vorgehensweisen, die sich auf die Vermeidung eines Rückfalls und auf die soziale Integration fokussieren (Berger et al., 2004 zitiert nach Kilian & Becker, 2006, S. 462f.). Darunter fällt unter anderem auch der Bereich Rehabilitation. Beispiele wären Rauchertherapien, Wiedereingliederungsmaßnahmen oder die Betreuung und Resozialisierung von Suchtkranken nach einer Behandlung (Dorner, 2016, S. 32).

Ein weiterer präventiver Ansatz in Bezug auf psychische Erkrankungen, wäre beispielsweise die Forderung, dass keine langfristige Einnahme von Psychopharmaka ohne einer psychotherapeutischen Komponente erfolgt. Insbesondere bei Benzodiazepinen, die ein hohes Suchtpotenzial aufweisen, sollte die Einnahme ausschließlich unter ärztlicher Kontrolle erfolgen. In Zusammenhang mit Abhängigkeitserkrankungen können zudem Interventionen durch Beratungen, bestärkende Gespräche oder die Distanzierung von gewissen Personen, eine Manifestation verhindern (Kuzma et al., 2012, S. 192).

Wie bereits im vorigen Kapitel näher beschrieben wurde, zieht sich der sozioökonomische Status oft durch das ganze Leben und hat einen signifikanten Einfluss auf das mentale Wohlempfinden. Auch in Bezug auf die Prävention von psychischen Störun-

gen äußern sich Unterschiede zwischen den sozialen Schichten. Untersuchungen zeigen, dass Menschen mit einem niedrigen sozialen Status seltener Präventionsmaßnahmen und gesundheitsfördernde Angebote in Anspruch nehmen als Personen mit einem hohen sozioökonomischen Status. Auch Zusatzversicherungen werden von Menschen aus einer höheren Schicht häufiger abgeschlossen. Besonders das Bildungsniveau und der Wissensstand über Handlungsmöglichkeiten führen zu schichtspezifischen gesundheitlichen Unterschieden (Knesebeck & Mielck, 2009; Dorner, 2016, S. 19). Damit eine Prävention erfolgreich erfolgen kann, benötigt es die Zusammenarbeit der betroffenen Person, deren Angehörige und alle weiteren Beteiligten. In Bezug auf die begrenzten finanziellen Ressourcen zeigt sich, dass Maßnahmen an die bereits bestehenden Strukturen angeknüpft werden können (Kuzma et al., 2012, S. 192f.).

5 Behandlungsmaßnahmen

Laut Studien, wird ein Drittel bis die Hälfte der psychisch kranken Menschen in Industrieländern nicht behandelt. Einerseits ist es auf die nicht erstellte Diagnose und andererseits auf die Tatsache, dass viele Betroffene keine professionelle Hilfe heranziehen möchten, zurückzuführen (Schuler et al., 2016, S. 36). Für die Behandlung psychischer Erkrankungen im Alter gelten grundsätzlich dieselben Möglichkeiten und Verfahren wie bei der jüngeren Altersgruppe. Klassische Behandlungsmaßnahmen sind der Einsatz von Psychopharmaka oder die Psychotherapie (Baier et al., 2002).

Eine Psychotherapie ermöglicht Betroffenen, sich mithilfe von Gesprächen, psychologischen Methoden und Verfahren mit belastenden Lebenssituationen auseinanderzusetzen (www.psychotherapiesuche.de, 08.01.2022). Zudem besteht die Möglichkeit, unverarbeitete Erlebnisse aus der Kindheit aufzuarbeiten, um so einen Weg zu finden, besser mit belastenden Situationen umzugehen. Der Beziehungsaufbau und die therapeutische Begleitung von psychisch kranken älteren Menschen erfordert häufig viel Zeit und Geduld von beiden Seiten. Je nach Bedarf können verschiedene Verfahren, wie eine Verhaltens-, Gestalt-, analytische oder systemische Therapie angestrebt werden (Schreiter Gasser, 2006, S. 11).

Dennoch lässt sich anmerken, dass psychotherapeutische Behandlungen mit dem Alter seltener durchgeführt und stattdessen häufiger Medikamente verschrieben werden, wobei die Verordnung von Psychopharmaka oftmals recht voreilig und ohne der eindeutigen Diagnose einer spezifischen Erkrankung erfolgt (Hautzinger & Thies, 2009, S. 46ff.).

Aufgrund der hohen direkten Kosten wird oft die Wirksamkeit der Psychotherapie bei älteren Menschen hinterfragt. Allgemein gilt, dass nur die Hälfte der betroffenen Personen überhaupt in Kontakt mit psychotherapeutischem Fachpersonal oder Ärzt*innen kommen, da die Behandlung oft auf allgemeinmedizinische Methoden beschränkt wird. Infolgedessen erhält nur ein Viertel der psychisch kranken Menschen fachspezifisch ausgerichtete, gezielte professionelle Hilfe (Schuler et al., 2016, S. 36). Die Annahme, dass eine psychotherapeutische Behandlung bei älteren Menschen keinen Nutzen mehr hat, ist falsch. Denn die klinische Erfahrung zeigt, dass hochbetagte Menschen, trotz der oft nachlassenden kognitiven Leistungsfähigkeit, sich neue Verhaltensweisen aneignen können und von der Therapie profitieren (Koethe et al., 2014, S. 1345f.). Zudem wurde belegt, dass sich die Erfolgsquote von Therapiesitzungen anhand einer

starken Reduktion der stationären Leistungen zeigt. Es werden deutlich weniger Arztbesuche und Spitalsaufenthalte von Patient*innen in Anspruch genommen. Das führt zu der Erkenntnis, dass die Kosteneinsparungen durch die hohe Wirksamkeit die Ausgaben einer Psychotherapie übersteigen (Margraf, 2009, S. 80ff.).

In Österreich ist die Psychotherapie grundsätzlich eine private Leistung, die von der Krankenkassa nicht oder nur zum Teil bezahlt wird. Die Kosten können je nach Angebotsform variieren und bewegen sich durchschnittlich zwischen 70 und 150 Euro pro 50-minütige Sitzung. Da die hohen Psychotherapie-Kosten häufig von Personen mit geringen finanziellen Ressourcen nicht getragen werden können, gibt es die Möglichkeit einen Kostenzuschuss oder eine gänzliche Finanzierung durch die Krankenkasse zu erhalten. Grundvoraussetzung für die Teilrefundierung bzw. Kostenübernahme der psychotherapeutischen Leistung, ist eine ärztliche Diagnosestellung (www.psyonline.at, 07.01.2022).

Laut einer österreichischen Studie geht hervor, dass im Vergleich zu der ersten Erhebung im Jahr 2001 die Ausgaben von Krankenkassen für Psychotherapie erheblich gestiegen sind. Das bedeutet, dass mehr Betroffenen eine kassenfinanzierte Psychotherapie ermöglicht werden konnte. Demnach wurden psychotherapeutische Leistungen über die Sozialversicherungsträger mittels eines Krankenscheins in Anspruch genommen, wodurch keine Kosten für die/den Klient*in anfallen. Dennoch sind die bestehenden Angebote nicht ausreichend, um die hohe Nachfrage zu decken (Grabenhofer-Eggerth & Sator, 2020). Das zeigt sich vor allem anhand der langen Wartezeiten auf einen freien kassenfinanzierten Psychotherapieplatz. Je nach Bedarf gibt es die Möglichkeit sich an Beratungsstellen zu wenden, die sich z.B. auf Suchterkrankungen, Integration oder Familienproblematiken spezialisieren, die ebenfalls einige psychotherapeutischen Gespräche kostenlos anbieten (www.psyonline.at, 07.01.2022).

Besonders bei der Behandlung von Depressionen im Alter zeigt sich eine hohe Wirksamkeit bei der Kombination von Antidepressiva und einer Psychotherapie. Untersuchungen belegen, dass der Einsatz beider Behandlungsmethoden gemeinsam zu besseren Erfolgen führen als eine Einzelmaßnahme (Wächtler, 2013, S. 124).

Abschließend lässt sich noch sagen, dass die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen und Medikamenten nicht für jede Person möglich ist. Anders als beim österreichischen Gesundheitswesen, wo sozial benachteiligte Menschen die gleichen Zugangsmöglichkeiten zu Behandlungsmaßnahmen erhalten, wird dies in ärmeren Ländern häufig nicht gewährleistet. Besonders in Ländern mit einem mangelhaften

Gesundheitssystem und ungleich verteilten Zugängen zu einer Krankenversicherung, müssen Personen die gesamten Kosten häufig selbst aufbringen. Daher ist die kostspielige Behandlung nicht für alle sozialen Schichten gleichermaßen zugänglich (Jürges, 2015 zitiert nach Franzese, 2020, S. 33f.).

6 Diskussion und Ausblick

Depressionen, Angststörungen und Suchterkrankungen zählen neben der Demenz zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im Alter. Die Erkenntnisse belegen, dass die Psyche und der Körper eng miteinander verknüpft sind und sich gegenseitig beeinflussen, daher kann eine psychische Erkrankung das Wohlbefinden stark beeinträchtigen und das Auftreten einer weiteren Krankheit begünstigen. Angesichts der Tatsache, dass die Suizidrate mit zunehmenden Alter exponentiell ansteigt wird deutlich, dass ein besonderer Unterstützungsbedarf dieser Bevölkerungsgruppe benötigt wird und die seelische Gesundheit in der Zukunft stärker beachtet werden muss. Um präventive Maßnahmen und Behandlungsmöglichkeiten aufzuzeigen, ist das Wissen über Risiko- und Schutzfaktoren, die einen Einfluss auf die mentale Gesundheit im Alter haben von großer Bedeutung. Nur dadurch kann das Ziel erreicht werden, begünstigende Faktoren zu minimieren und protektive Faktoren stärker zu fördern, um die Entstehung und Manifestation einer mentalen Störung zu verhindern.

Die Recherchearbeiten zeigen, dass die Ursache von psychischen Erkrankungen auf genetischen, umweltbedingten, sozialen und sozioökonomischen Ebenen vorzufinden sind. Dabei lässt sich oftmals der konkrete Auslöser für eine psychische Erkrankung schwer bestimmen, da es sich häufig um ein Zusammenspiel mehrerer Aspekte handelt, bei dem vor allem das subjektive Empfinden einer Belastung eine Rolle spielt.

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko mit herausfordernden Situationen konfrontiert zu werden, wodurch ein Fokus auf protektive Faktoren einen großen Mehrwert bietet und dabei unterstützen kann den Verlust von Bezugspersonen, altersbedingte Krankheiten oder eine soziale Isolation besser zu bewältigen. Besonders ein gesundheitsbewusstes Verhalten, die Pflege von sozialen Netzwerken, die regelmäßige Inanspruchnahme von Vorsorgemaßnahmen und die Aneignung bestimmter Eigenschaften, wie die Widerstandsfähigkeit, das Kohärenzgefühl oder eine optimistische Lebenshaltung wirken sich positiv auf das Wohlbefinden aus und stellen eine wichtige Schutzmaßnahme dar. Dennoch zeigen die aufgeführten Ergebnisse, dass bestimmte Faktoren wie die genetische Anlage und die familiäre Häufung nicht beeinflussbare Determinanten sind.

Ebenfalls zeigt sich die soziale Zugehörigkeit als herausfordernden Faktor, die über Benachteiligungen und Privilegien einer Person entscheidet. Den Daten zufolge, nimmt die gesellschaftliche Problematik mit dem Alter weiter zu, da die Einnahmen älterer Menschen durch Pensionszahlungen und Ersparnisse bestimmt sind und keine

Änderungen mehr im Einkommen erfolgen. Demnach können finanzielle Belastungen einen großen Risikofaktor darstellen, der zu mehr Existenzängsten, Konflikten und Stresssituationen führt. Auf dieser Grundlage lässt sich festhalten, dass sich der sozioökonomische Status in allen Lebensbereichen wie dem praktizierten Lebensstil, die Wohnsituation, die Teilhabechancen, die sozialen Beziehungen und dem gesundheitsbezogenen Verhalten widerspiegelt. Eine Herausforderung stellt unter anderem die ungleiche Inanspruchnahme von Präventions- und Behandlungsmaßnahmen zwischen den sozialen Schichten dar. Unabhängig vom Zugang zu medizinischen Leistungen, nehmen Menschen mit einem niedrigen sozialen Status seltener professionelle Hilfe und präventive Maßnahmen in Anspruch, was insbesondere auf die Bildung zurückzuführen ist. Daher sind Aufklärungsarbeiten und niederschwellige Angebote für Personen mit einem niedrigen sozialen Status, um entsprechende Hilfsmaßnahmen zu vermitteln, dringend erforderlich. Ein möglicher Ansatz, um langfristig die Spaltung zu verringern, wäre beim Bildungswesen anzusetzen und bereits im Kindes- und Jugendalter ein Bewusstsein für ein positives Gesundheitsverhalten zu schaffen.

Die vorgestellte Problematik und die soziale Ungleichheit in Bezug auf psychischen Erkrankungen im höheren Alter, muss aufgrund des demographischen Wandels gesehen und mehr berücksichtigt werden. Insbesondere Hausärzt*innen bzw. Ärzt*innen der Allgemeinmedizin spielen als Ärzt*innen des Vertrauens und Erstanlaufstelle für ältere Menschen, sowohl für die Erkennung und Diagnostik als auch bei Vermittlung von Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten, eine wesentliche Rolle. Aus diesem Grund haben sie die wichtige Aufgabe, neben den körperlichen Beschwerden, auch seelische Leiden zu erkennen und die Betroffenen aufzuklären. Die Tatsache, dass ältere Menschen meist an mehreren Erkrankungen leiden und die physischen Beschwerden häufig im Vordergrund stehen, erschwert die Diagnose. Demnach ist die Kenntnis über die Risikofaktoren sehr hilfreich. Denn die Erkennung von psychischen Erkrankungen im Alter erfordert häufig eine umfassende Erfahrung, die mithilfe von vertiefenden Weiterbildungen für Hausärzt*innen und Ärzt*innen der Allgemeinmedizin gefördert werden kann, um auf die verdeckten Symptome älterer Menschen aufmerksam zu machen. Wie bereits aus den Erkenntnissen der Psychotherapie hervorgeht, besteht ein hoher Bedarf an den stark begrenzten, kassenfinanzierten Therapieplätzen. In dem Fall sind besonders Menschen mit geringen finanziellen Ressourcen benachteiligt, da die Kosten für die Privatleistung bei einer/m Wahlärzt*in ohne einer Unterstützung, nicht eigenständig getragen werden können. Demnach muss eine Lösung

für die langen Wartezeiten gefunden werden, denn je später die Behandlung erfolgt, desto eher befindet sich die betroffene Person bereits in einem schlechten Gesundheitszustand, wodurch die Krankheitsbewältigung erschwert wird.

Literaturverzeichnis

- Backes, G. M. & Höltge, J. (2008). Überlegungen zur Bedeutung ehrenamtlichen Engagements im Alter. In M. Erlinghagen & K. Hank (Hrsg.), *Produktives Altern und informelle Arbeit in modernen Gesellschaften* (S. 277–299). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-90850-2_13
- Baier, B., Romero, B. & Förstl, H. (2002). Psychopharmakologie und Psychotherapie. In A. Maercker (Hrsg.). *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (S. 125-140). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-56025-5_6
- Bandelow, B., Pfeiffer, K., Tagay, S., Lindner, M. & Freyer, T. (2018). Angststörungen im Alter. In S. Klöppel & F. Jessen (Hrsg.). *Praxishandbuch Gerontopsychiatrie und -psychotherapie: Diagnostik und Therapie im höheren Lebensalter*. Elsevier.
- Beesdo-Baum, K. & Wittchen, H.-U. (2011). Depressive Störungen: Major Depression und Dysthymie. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 879–914). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-13018-2_40
- Berger, M., Weig, W. & Becker, T. (2004). Rolle der Rehabilitation im Versorgungsspektrum psychischer Erkrankungen. In Aktion Psychisch Kranke, R. Schmidt-Zadel, H. Kunze & R. Peukert (Hrsg.), *Prävention bei psychischen Erkrankungen. Neue Wege in Praxis und Gesetzgebung* (S. 276–292). Psychiatrie-Verlag. https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Band_31.pdf
- Bernhardt, B. (2014). *Der Einzug des Pflegebedürftigen ins Heim – Grenzerfahrung für pflegende Angehörige: Wie kann Angehörigenarbeit in Pflegeheimen Betroffene unterstützen?*. Disserta Verlag.
- Borgmann, L.-S., Rattay, P. & Lampert, T. (2017). Soziale Unterstützung als Resource für Gesundheit in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(4), 117-123. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-120>
- Bolte, G. & Kohlhuber, M. (2009). Soziale Ungleichheit bei umweltbezogener Gesundheit: Erklärungsansätze aus umweltepidemiologischer Perspektive. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit* (S. 99–116). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-91643-9_5
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2019). *Depressionsbericht Österreich. Eine interdisziplinäre und multiperspektivische Bestandsaufnahme*. <https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:e4c2a83e-3116-4296-972e-23cb1510bdfa/depressionsbericht.pdf>

- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2009). *Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme*. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. <https://www.yumpu.com/de/document/read/20727962/hochaltrige-in-osterreich-bundesministerium-fur-arbeit-soziales->
- Butcher, H. K. & McGonigal-Kenney, M. (2005). Depression and Dispiritedness in Later Life: A „gray drizzle of horror“ isn't inevitable. *The American Journal of Nursing*, 105(12), 52–61. <https://doi.org/10.1097/00000446-200512000-00032>
- Dellenbach, M. & Angst, S. (2011). *Förderung der psychischen Gesundheit im Alter. Bericht über das Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter»*. Universität Zürich Zentrum für Gerontologie. https://docplayer.org/19149724-Foerderung-der-psychischen-gesundheit-im-alter.html#show_full_text
- Dorner, T. E. (2016). *Einführung in Public Health und Sozialmedizin*. Ferdinand Porsche Fernfachhochschule GmbH
- Egede, L. E., Zheng, D. & Simpson, K. (2002). Comorbid Depression is Associated With Increased Health Care Use and Expenditures in Individuals With Diabetes. *Diabetes Care*, 25(3), 464–470. <https://doi.org/10.2337/diacare.25.3.464>
- Franzese, F. (2020). *Mentale und physische Gesundheit im Alter*. Budrich Academic Press. <https://doi.org/10.3224/96665012>
- Grabenhofer-Eggerth, A. & Sator, M. (2020). *Psychotherapie als Sozialversicherungsleistung - Inanspruchnahme und Finanzierung*. Gesundheit Österreich GmbH. https://jasmin.goeg.at/1522/1/PT-Inanspruchnahme%20und%20Finanzierung%20Version%202020_bf.pdf
- Haarig, F. (2019). *Demenz und Depression: Symptome erkennen - individuell begleiten*. Vincentz Network.
- Haarig, F. & Schade, H. (2020). *Psychische Gesundheit pflegen*. Vincentz Network.
- Haupt, M. & Vollmar, H. C. (2008). Psychische Erkrankungen bei älteren Patienten. In F. Schneider & W. Niebling (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen in der Hausarztpraxis* (S. 517–532). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-540-71145-2_26

- Haupt, M., Wolter, D. & Gutzmann, H. (2017). Psychische Störungen im höheren Lebensalter. In H.-J. Möller, G. Laux & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (S. 2849–2873). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-49295-6_91
- Hautzinger, M. & Thies, E. (2009). *Klinische Psychologie: Psychische Störungen kompakt*. Beltz.
- Häfner, H. (1994). Psychiatrie des höheren Lebensalters. In P. B. Baltes, J. Mittelstraß & U. M. Staudinger (Hrsg.). *Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie* (S. 151-179). De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110873085-008>
- Hörl, J. & Rosenmayr, L. (1994). Gesellschaft, Familie, Alternsprozeß. In H. Reimann & H. Reimann (Hrsg.), *Das Alter* (S. 75–108). De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110507560-003>
- Jürges, H. (2015). Health insurance coverage and access to care among European elders: crossnational differences and social gradients. In A. Börsch-Supan, T. Kneip, H. Litwin, M. Myck & G. Weber (Hrsg.), *Ageing in Europe - Supporting Policies for an Inclusive Society* (S. 301-312). De Gruyter.
- Kilian, R. & Becker, T. (2006). Die Prävention psychischer Erkrankungen und die Förderung psychischer Gesundheit. In W. Kirch & B. Badura (Hrsg.), *Prävention* (S. 443–472). Springer. https://doi.org/10.1007/3-540-28954-2_26
- Kinzl, J. F. (2013). Psychische Erkrankungen bei Frauen und Männern im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46(6), 526–531. <https://doi.org/10.1007/s00391-013-0527-3>
- Knesebeck, O. v. d. & Mielck, A. (2009). Soziale Ungleichheit und gesundheitliche Versorgung im höheren Lebensalter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 42(1), 39–46. <https://doi.org/10.1007/s00391-008-0522-2>
- Koethe, D., Mattern, M. & Herpertz, S. C. (2014). Psychotherapeutische Arbeit mit älteren Patienten. *Der Nervenarzt*, 85(11), 1345–1351. <https://doi.org/10.1007/s00115-014-4087-6>
- Kuzma, E., Pantel, J. & Schröder J. (2012). Prävention psychischer Krankheiten im Alter. In H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer & J. P. Ziegelmann (Hrsg.). *Angewandte Gerontologie, Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen* (S. 188-193). Kohlhammer.

- Lampert, T., Kroll, L. E., Hapke, U. & Jacobi, F. (2014). Sozioökonomischer Status und psychische Gesundheit. *Public Health Forum*, 22(1), 6–8. <https://doi.org/10.1016/j.phf.2013.12.014>
- Leßmann, O. & Masson, T. (2019). Ökologisch nachhaltiger Konsum und ungleiche Teilhabe. In Forschungsverbund Sozioökonomische Berichterstattung (Hrsg.). *Berichterstattung zur sozioökonomischen Entwicklung in Deutschland* (S. 751-772). wbv Media. <https://doi.org/10.3278/6004498w021>
- Margraf, J. (2009). *Kosten und Nutzen der Psychotherapie: Eine kritische Literaturliteraturauswertung*. Springer.
- Mauz, E. & Jacobi, F. (2008). Psychische Störungen und soziale Ungleichheit im Geburtskohortenvergleich. *Psychiatrische Praxis*, 35(07), 343–352. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1067557>
- Möller-Leimkühler, A. M. (2008). Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Depression und Suizidalität. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* 9(3), 40–45.
- Müller, B. & Ellwardt, L. (2020). Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten im Alter. In A. Klärner, M. Gamper, S. Keim - Klärner, I. Moor, H. von der Lippe & N. Vonneilich (Hrsg.), *Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten* (S. 227–253). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21659-7_10
- Müller-Pein, H. & Lindner, R. (2020). Suizid im Alter. In K. Aner & U. Karl (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S. 533–541). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-26624-0_48
- Notzon, S., Alferink, J. & Arolt, V. (2016). Altersdepression: Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie. *Der Nervenarzt*, 87(9), 1017–1029. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0193-y>
- Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen (2015). *Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie - Zusammenwirken von Gesundheit, Lebensgestaltung und Betreuung. 1. Erhebung 2013/2014 Wien und Steiermark*. http://www.oepia.at/hochaltrigkeit/wp-content/uploads/2015/05/OEIHS_Endbericht_Endfassung1.pdf
- Radman, I. (2015). Depression im Alter. *Revue Médicale Suisse* 11, 290–291.
- Rainer, M. & Landsteiner, K. (04.04.2018). *Psychiatrische Krankheitsbilder im Alter*. ÖGPB. <https://oegpb.at/2018/04/04/psychiatrische-krankheitsbilder-im-alter/>

- Rosenstiel, L. v. (1994). Psychische Probleme des Berufsaustritts. In H. Reimann & H. Reimann (Hrsg.), *Das Alter* (S. 230–254). De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110507560-008>
- Schneider, B., Wächtler, C., Schaller, S., Erlemeier, N. & Hirsch, R. (2014). Einflussfaktoren für Suizid und Suizidalität im Alter. In R. Lindner, D. Hery, S. Schaller, B. Schneider & U. Sperling (Hrsg.), *Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen* (S. 35–45). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-44012-4_3
- Schreiter Gasser, U. (2006). Psychiatrische Erkrankungen im Alter – Bedeutung und Besonderheiten. *Psychotherapie Forum*, 14(1), 7–11. <https://doi.org/10.1007/s00729-006-0127-4>
- Schuler, D., Tuch, A., Buscher, N. & Camenzind, P. (2016). *Psychische Gesundheit der Schweiz Monitoring 2016*. <https://repository.publisso.de/resource/fri:6401581>
- Simonson, J. & Vogel, C. (2019). Aspekte sozialer Ungleichheit im Alter. In K. Hank, F. Schulz-Nieswandt, M. Wagner & S. Zank (Hrsg.). *Altersforschung: Handbuch für Wissenschaft und Praxis* (S. 171-196). Nomos. <https://doi.org/10.5771/9783845276687-171>
- Tatzer, V. C. (2021). Sinnvoll aktiv sein: Soziale Partizipation im Alter. In W. Schippinger, R. Likar & G. Pinter (Hrsg.). *Das ganze Leben leben: Holt Euch das Alter wieder zurück!* (S. 181-196). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62486-9_11
- Teising, M. (2009). Psychodynamische Aspekte der Suizidalität im Alter. In G. Adler, H. Gutzmann, M. Haupt, R. Kortus & D. Wolter (Hrsg.), *Seelische Gesundheit und Lebensqualität im Alter: Depression - Demenz - Versorgung* (S. 85-89). Kohlhammer.
- Wächtler, C. (2013). Psychotherapie der Altersdepression. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46(2), 120–126. <https://doi.org/10.1007/s00391-012-0469-1>
- Welzel, F. D., Schladitz, K., Förster, F., Löbner, M. & Riedel-Heller, S. G. (2021). Gesundheitliche Folgen sozialer Isolation: Qualitative Studie zu psychosozialen Belastungen und Ressourcen älterer Menschen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 64(3), 334–341. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03281-5>
- Winkler, P., Pochobradsky, E. & Wirl, C. (2012). *Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich*. Bundesministerium für Gesundheit. <https://broschuere-service.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=539>

Zemp, M. & Bodenmann, G. (2016). Lebensgemeinschaften, Familie und soziale Netze. In Gesundheitsförderung Schweiz (Hrsg.), *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht*. 6(10), 96-106. Gesundheitsförderung Schweiz. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/psychische-gesundheit/berichte/Bericht_006_GFCH_2016-04_-_Psychische_Gesundheit_ueber_die_Lebensspanne.pdf

Online-Quellen

<https://www.gesundheit.gv.at/aktuelles/psychische-erkrankungen-boep-studie> [Abruf am 09.08.2021]

<https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatikpsychotherapie/risikofaktoren/alter/psychische-erkrankungen/> [Abruf am 12.06.2021]

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/armut_und_soziale_eingliederung/index.html [Abruf am 14.01.2022]

<https://www.psychotherapiesuche.de/pid/therapie> [Abruf am 08.01.2022]

<https://www.psyonline.at/contents/7437/ueberblick-kosten-der-psychotherapie> [Abruf am 07.01.2022]

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Körperliche Aktivitäten nach Altersgruppen	15
Abbildung 2: Erhebliche Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit nach sozioökonomischem Status bei Männern und Frauen	23

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verteilung der Luftschadstoffbelastungen nach Sozialstatus.....	16
Tabelle 2: Gesundheitsverhalten nach Bildung	26