



Ein gesundheitsförderliches Kursangebot zur Stärkung der psychischen Gesundheit von Menschen ab 60 Jahren

Ein theoriebasiertes Pilotprojekt basierend auf Mental Health
First Aid Australia

Carisch, Andrina
16543282

Leuenberger, Lea Andrea
16543381

Departement Gesundheit
Institut für Gesundheitswissenschaften
Studienjahr: 2018/2019
Eingereicht am: 03. Mai 2019
Begleitende Lehrperson: Jüngling, Kerstin

**Bachelorarbeit
Gesundheits-
förderung und
Prävention**

Einleitung

Die zunehmende Bevölkerungsalterung bringt Veränderungen auf verschiedenen Ebenen mit sich. Die aktuelle Situation zeigt, dass auch die psychische Gesundheit der Menschen ab dem 60. Lebensjahr davon beeinflusst werden kann.

Ziel

Die vorliegende Bachelorarbeit stellt ein theoriebasiertes Pilotprojekt, basierend auf dem australischen Mental Health First Aid (MHFA) Programm, dar. Der Inhalt des australischen Standardkurses wird an schweizerische Verhältnisse und an die Bedürfnisse von Menschen ab 60 Jahren angepasst. Dieser Ersthelferkurs befähigt Laien psychisch belastende Situationen oder Krisen bei Menschen ab 60 Jahren zu erkennen und bedarfsgerecht zu handeln.

Methode

Es wurde eine Literaturrecherche sowie eine Fokusgruppe durchgeführt. Für die Erarbeitung des Projektes diente das Projektmanagementtool quint-essenz als Orientierung.

Ergebnisse

Themen wie Schwangerschaft, Aborigines und gewisse Substanzmittel werden weggelassen. Um zielgruppenspezifisch zu informieren, soll der Kurs MHFA 60+ durch Themen wie Demenz, Delirium, Recht und Medikamentenmissbrauch ergänzt werden.

Schlussfolgerung

Mittels der Literaturrecherche und der Fokusgruppe wurde klar ersichtlich, dass ein Bedarf besteht, die psychische Gesundheit von Menschen ab 60 Jahren zu stärken. Zudem konnte aufgezeigt werden, dass es notwendig ist, die Öffentlichkeit über die Thematik der psychischen Gesundheit zu informieren. Dies kann durch das theoriebasierte Pilotprojekt MHFA 60+ erfüllt werden.

Keywords

Mental Health, First Aid Course, Older People

Introduction

The increasingly ageing population generates changes at various levels. The current situation shows, that the mental health of people over the age of 60 can also be affected.

Objective

This bachelor thesis is a theory-based pilot project based on the Australian Mental Health First Aid (MHFA) programme. The content of MHFA is adapted to Swiss conditions and the needs of people over 60. This first-aid course enables laypersons to recognise psychologically stressful situations or crises in people over 60 and to act according to their needs.

Methods

A literature research and focus group were conducted. The project management tool quint-essenz provided orientation for the development of the project.

Results

Topics such as pregnancy, Indigenous Australians and certain substances are omitted. To provide target group-specific information, the MHFA 60+ course is supplemented by topics such as dementia, delirium, law and drug abuse.

Conclusion

The literature research and focus group revealed the need to strengthen the mental health of people over 60. Moreover, the necessity to inform the public about mental health issues was demonstrated. This can be achieved through the theory-based pilot project MHFA 60+.

Keywords

Mental Health, First Aid Course, Older People

Vorwort und Dank

Die vorliegende Idee dieser Arbeit entstand im Rahmen unseres Praktikums bei der schweizerischen Stiftung Pro Mente Sana, welches wir während unseres Studiums absolviert haben.

Wir möchten an dieser Stelle all denjenigen Danken, die uns während des Schreibens dieser Bachelorarbeit unterstützt und motiviert haben.

Danken möchten wir Roger Staub. Der uns ermöglichte diese Arbeit zu schreiben und die Antwort zu finden.

Zudem möchten wir uns bei Kerstin Jüngling bedanken, welche unsere Bachelorarbeit betreut, uns mit wertvollen Anregungen, Geduld und konstruktiver Kritik unterstützt hat.

Ein besonderer Dank gebührt allen Teilnehmerinnen und Teilnehmer unserer Fokusgruppe, ohne sie hätte diese Arbeit nicht entstehen können. Vielen Dank für die offene und herzliche Art und die interessanten Beiträge in der Diskussion.

Inhaltsverzeichnis

<u>1. EINLEITUNG</u>	7
1.1 BEGRÜNDUNG DER THEMENWAHL	7
1.2 RELEVANZ FÜR DIE GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION	8
1.3 AUSGANGSLAGE	9
1.4 THEMATISCHE EINGRENZUNG	10
1.5 PROBLEMDARSTELLUNG	10
1.6 FRAGESTELLUNG	11
1.7 ZIELSETZUNG UND DER ERWARTETE NUTZEN	11
<u>2. THEORETISCHER HINTERGRUND</u>	12
2.1 DIE PSYCHISCHE GESUNDHEIT	12
2.2 «ÄLTERE MENSCHEN» IN DER SCHWEIZ	14
2.3 LAIEN	19
2.4 BISHERIGE INTERVENTIONEN	20
<u>3. METHODISCHES VORGEHEN</u>	25
3.1 DOKUMENTATION DER LITERATUR	25
3.1.1 SUCHERGEBNISSE	26
3.2 DAS PROJEKTMANAGEMENTTOOL «QUINT-ESSENZ»	29
3.3 DIE DURCHFÜHRTE FOKUSGRUPPE	29
3.3.1 DEFINITION	29
3.3.2 ANWENDUNGSFELDER	30
3.3.3 ABLAUF	30
3.3.4 PLANUNG UND DURCHFÜHRUNG	31
3.3.5 REKRUTIERUNG DER TEILNEHMER	31
3.3.6 LEITFADEN	33
3.3.7 PRETEST FOKUSGRUPPE	33
3.3.8 DURCHFÜHRUNG	34
3.3.9 AUSWERTUNG	35
<u>4. RESULTATE UND ERGEBNISSE</u>	36
4.1 ERFASSUNG UND ANALYSE DER PSYCHISCHEN GESUNDHEIT VON «ÄLTEREN MENSCHEN»	36
4.1.1 BEDARF	36

4.1.2	BEDÜRFNISSE ALS ERGEBNIS DER FOKUSGRUPPE	38
4.2	EINBETTUNG	43
4.3	KONZEPTE DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG	45
4.4	ENTWICKLUNG DER INTERVENTIONSSTRATEGIE MHFA 60+	46
4.4.1	VISION.....	46
4.4.2	PROJEKTZIEL	46
4.4.3	STRATEGIE	47
4.4.4	SETTING	47
4.4.5	ZIELGRUPPE	48
4.5	ZIELE, MEILENSTEINE UND MASSNAHMEN	48
4.5.1	DAS KURSHANDBUCH.....	51
4.5.2	KURS MHFA 60+	80
4.6	TERMINE	83
4.7	BUDGET	84
4.8	PROJEKTORGANISATION.....	84
4.8.1	PROJEKTSTRUKTUR	84
4.8.2	QUALIFIKATIONEN	86
4.8.3	VERNETZUNG.....	87
4.9	PROJEKTSTEUERUNG	88
4.9.1	EVALUATION	88
4.9.2	DOKUMENTATION.....	90
4.10	ERGEBNISSE	90
5.	<u>DISKUSSION</u>	<u>91</u>
5.1	BEANTWORTUNG DER FRAGESTELLUNG	91
5.2	STÄRKEN UND LIMITATIONEN VON MHFA 60+	91
6.	<u>SCHLUSSFOLGERUNG</u>	<u>95</u>
7.	<u>LITERATURVERZEICHNIS.....</u>	<u>96</u>
8.	<u>WEITERE VERZEICHNISSE.....</u>	<u>110</u>
9.	<u>EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG UND WORTZAHL</u>	<u>113</u>

1. Einleitung

«Menschen brauchen Zugehörigkeit, Ermutigung und Wertschätzung. Was uns verbindet ist die psychische Verletzlichkeit. Wir engagieren uns gegen Beschämung und Ausgrenzung. Wir fangen bei uns selbst an.» – (Benning, 2019)

Die vorliegende Arbeit wurde im Rahmen des Bachelor-Studienganges Gesundheitsförderung und Prävention verfasst und richtet sich an Fachpersonen in Gesundheits- und Sozialberufen. Fachbegriffe oder Helvetismen werden in Fussnoten erläutert. Der Inhalt der Arbeit wurde von beiden Autorinnen gleichermaßen erarbeitet.

Das Ziel dieser Arbeit besteht darin, ein theoriebasiertes Pilotprojekt zu erarbeiten, welches Laien befähigt, Menschen ab 60 Jahren in einer belastenden Situation oder Krise zu unterstützen. Als Grundlage dient das australische Programm Mental Health First Aid, kurz MHFA. Das erarbeitete theoretische Pilotprojekt wird in dieser Arbeit als MHFA 60+ bezeichnet.

1.1 Begründung der Themenwahl

Die Wahl des Themas steht in engem Zusammenhang mit der Praktikumsstelle bei der Schweizerischen Stiftung Pro Mente Sana. Die Stiftung setzt sich für die Interessen von psychisch kranken Menschen, ihren Angehörigen und Fachpersonen ein. Während des Praktikums wurde intensiv an der Adaption von MHFA in einem Erste-Hilfe-Kurs für die psychische Gesundheit von Erwachsenen gearbeitet. Das MHFA-Programm trägt in der Schweiz den Namen ensa. Dieses Programm wurde während der Erarbeitung dieser Arbeit entwickelt, deshalb wird in dieser Arbeit von MHFA geschrieben. Bei einer erfolgreichen Umsetzung dieses Standardkurses ist die zielgruppenspezifische Übertragung der nächste Schritt.

Durch den demografischen Wandel steigt die Zahl der «älteren Menschen» an (Bundesamt für Statistik, 2017a). Die Eltern einer Autorin der vorliegenden Arbeit gehören bereits zur Zielgruppe 60+; unser Bewusstsein für die Herausforderungen der Zielgruppe wurde dadurch gestärkt. Zusätzlich haben beide Autorinnen bereits in

Alters- und Pflegezentren gearbeitet, dadurch ist ihnen das Wohlergehen und die Förderung von persönlichen Ressourcen der Zielgruppe ein grosses Anliegen.

1.2 Relevanz für die Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheit ist ein Grundrecht aller Menschen in der Schweiz (humanrights.ch, 2014). Durch präventive Interventionen können gesundheitliche Einschränkungen herausgezögert, gemildert oder gar verhindert werden (Walter, 2011). Durch den Anstieg von chronischen Krankheiten nimmt die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention zu (Hurrelmann, Laaser, & Razum, 2016). Das Erhalten der Gesundheit bestimmt massgeblich die Lebensqualität jedes Einzelnen. Je länger Menschen gesund bleiben, desto geringere Kosten fallen im Gesundheitswesen an (Bundesministerium für Gesundheit Österreich, 2010). Um das schweizerische Gesundheitssystem langfristig zu entlasten, sind vermehrte gesundheitsförderliche Investitionen von zentraler Bedeutung (Kellermann, 2001).

Psychische Störungen betreffen sowohl Menschen in jungen Jahren als auch in höherem Alter. Die Prädisposition, eine psychische Störung zu entwickeln, ist im Alter erhöht. Dies kann auf die Lebensumstände zurückgeführt werden. Herausfordernde Lebensereignisse nehmen mit steigendem Alter zu. Zu diesen Ereignissen gehören unter anderem der Eintritt in die Pension, die Abnahme des sozialen Netzwerkes oder der Umzug in ein institutionelles Wohnsetting. Der Umgang «älterer Menschen» mit diesen Herausforderungen ist individuell (Ugolini & Angst, 2009).

Dem Grundlagenbericht «Psychische Gesundheit über die Lebensspanne» der Gesundheitsförderung Schweiz ist Folgendes zu entnehmen: «Wissen, Motivation und Unterstützung sind nötig, damit «ältere Menschen» selbstbestimmt ihre psychische Gesundheit erhalten und stärken können» (Blaser & Amstad, 2016, S. 107 Boss, Veronika). Zudem gibt es zahlreiche Hinweise darauf, dass Massnahmen im Bildungsbereich, Erste-Hilfe-Kurse sowie Informationsseiten die psychische Gesundheit stärken (Anthony F. Jorm, 2012). Aufgrund dessen lässt sich die

Empfehlung ableiten, Bildungsangebote zu schaffen, um «ältere Menschen» dabei zu unterstützen, selbstbestimmt ihre Ressourcen zu stärken.

Das erarbeitete theoriebasierte Pilotprojekt ist ein in der Schweiz neues Bildungsangebot, welches durch Wissensvermittlung und Stärkung der persönlichen Gesundheitskompetenzen dazu beiträgt, die psychische Gesundheit von «älteren Menschen» zu stärken.

1.3 Ausgangslage

Psychische Erkrankungen existieren seit Jahrtausenden. Bereits in über 2000 Jahre alten Schriften wurde auf die Existenz von psychischen Erkrankungen hingewiesen. Die Weiterentwicklung der Gesellschaft hatte Einfluss auf die psychische Gesundheit (Boss, 2016, S. 107). Die Erfüllung von Bedürfnissen ist ein weiterer Aspekt. Der Drang, Grundbedürfnisse gemäss Maslow zu befriedigen, hat sich seit Jahrhunderten nicht verändert. Nach der Befriedigung der Grundbedürfnisse wird der Erfüllung der sozialen und individuellen Bedürfnisse ein hoher Stellenwert zugewiesen (Maslow, 1943). Das Streben nach Anerkennung und Erfolg dominiert den heutigen Zeitgeist der Gesellschaft. Die Folgen der Anstrengungen, diesen Anforderungen gerecht zu werden, sind erhöhter Leistungsdruck und Stress, also Faktoren, die die psychische Gesundheit negativ beeinflussen können (Ihde-Scholl, 2013).

Der Mensch durchläuft in seinem Leben verschiedene Lebensabschnitte¹. All diese Abschnitte sind geprägt durch positive und negative Ereignisse sowie Herausforderungen (Jann, 2016) (Bundesamt für Gesundheit, 2013, S. 6). In der Literatur werden die verschiedenen Lebensabschnitte unterschiedlich definiert. Der Fokus dieser Arbeit wird auf Menschen ab 60 Jahren gelegt. Diese sind mit dem Eintritt in die Pensionierung, gegebenenfalls der Unterstützung und dem Verlust von nahestehenden Personen, der Abnahme der körperlichen Mobilität, der Veränderung

¹ Lebensabschnitte: „Die wichtigsten Lebensabschnitte sind: frühe Kindheit (0-6 Jahre), späte Kindheit (7-12 Jahre), Pubertät/Adoleszenz (13-21), Erwachsenenalter (22-65) und Senium (65 und älter).“ (Zapotoczky & Fischhof, 2013)

der Wohnsituation und dem wachsenden Bewusstsein der Vergänglichkeit konfrontiert (Boss, 2016, S. 107).

1.4 Thematische Eingrenzung

Ziel dieser Arbeit ist es, ein theoriebasiertes Pilotprojekt basierend auf einer bestehenden Intervention im Bereich der psychischen Gesundheit zu entwickeln. Der Kurs richtet sich an Laien, welche Menschen ab 60 Jahren in belastenden oder Krisensituationen unterstützen möchten. Die Kursteilnehmenden sind volljährig, beherrschen die deutsche Sprache und interessieren sich für gesundheitliche Themen. Die Kursinhalte werden spezifisch an die Zielgruppe 60+² angepasst.

In der Recherche werden Interventionen berücksichtigt, welche den Fokus auf die Sensibilisierung, Wissensvermittlung und Befähigung von Personen im Bereich der psychischen Gesundheit legen. Zusätzlich werden zielgruppenspezifische Interventionen zu Herausforderungen der Altersgruppe 60+ miteingeschlossen. Die daraus resultierenden Ergebnisse oder Umsetzungsvorschläge werden in einem theoretischen Pilotprojekt aufgezeigt.

1.5 Problemdarstellung

Psychische Probleme und Einschränkungen betreffen die gesamte Gesellschaft und nicht nur einzelne Individuen. Schätzungen der Europäischen Union (EU) basierend auf Lebenszeitinzidenzen gehen davon aus, dass jede zweite Person im Laufe ihres Lebens von einer psychischen Störung betroffen ist (Wittchen & Jacobi, 2005). Eine repräsentative Studie über das Stimmungsbild der Schweizer Bevölkerung hat ergeben, dass rund 70 % der Schweizer_innen Angst vor den Reaktionen ihrer Bekannten bezüglich Aussagen zu ihrer schlechten psychischen Gesundheit haben. Über 40 % der Befragten befürchten, als leistungsunfähig oder schwach zu gelten. Die Befragten würden sich von ihrem Umfeld wünschen, dass ihre Anliegen ernstgenommen werden, zugehört wird und Unterstützung angeboten wird (Bühler, Hermann, Krähenbühl, & Würigler, 2018, S. 20–23).

² In dieser Arbeit werden in der Regel unter der Zielgruppe Menschen ab 60 Jahren verstanden.

Psychische Probleme können jeden treffen. Trotzdem hindert die Angst vor negativen Reaktionen Betroffene, darüber zu sprechen (Bühler, Hermann, Krähenbühl, & Würzler, 2018b). Eine Intervention, welche sich an die Gesellschaft richtet und verstärktes Wissen über die Thematik sowie die richtige Reaktion vermittelt, wenn sich Menschen in einer belastenden Situation oder Krise befinden, könnte diese Angst verringern (Jorm, Blewitt, Griffiths, Kitchener, & Parslow, 2005).

1.6 Fragestellung

Welche thematischen Inhalte muss ein Kurs³ für die psychische Gesundheit beinhalten, um Laien zu befähigen, Menschen ab 60 Jahren in einer belastenden Situation oder Krise zu unterstützen?

1.7 Zielsetzung und der erwartete Nutzen

Ziel dieser Arbeit ist es, basierend auf der in Australien bestehenden Intervention MHFA einen Erste-Hilfe-Kurs zur Sensibilisierung, Wissensvermittlung und Befähigung zu implementieren, um Frühwarnzeichen einer psychischen Belastung oder Krise bei Menschen ab 60+ zu erkennen und bedarfsgerecht zu handeln.

Dazu wird das bestehende Kurshandbuch von Australien an die deutsche Sprache, den Deutschschweizer Kontext und die Zielgruppe 60+ angepasst. Das in dieser Arbeit entwickelte Handbuch dient gleichzeitig als Seminarleitfaden für den zielgruppenspezifischen Kurs.

Der MHFA-Standardkurs dient als Orientierung für die Entwicklung von Umsetzungsvorschlägen. Zusätzlich werden weitere Programme und Projekte berücksichtigt, welche dieselben Ziele verfolgen.

³ Wie im Abschnitt 1.1 geschrieben, wird ein theoriebasiertes Pilotprojekt entwickelt, welches sich am Standardkurs vom Mental Health First Aid Programm orientiert. Genannte Anpassungen, lehnen sich an diesen Kurs an.

2. Theoretischer Hintergrund

In diesem Abschnitt werden die zentralen Begriffe anhand von Grundlagenpapieren definiert und deren Kontext erläutert. Unter Punkt 2.4 werden Interventionen aufgeführt, welche bezüglich der Erarbeitung oder Vernetzung eine hohe Bedeutung für MHFA 60+ aufweisen.

Für die Erarbeitung wurden folgende Theorien und Grundlagen berücksichtigt: die Resilienz nach Werner, die Salutogenese nach Antonovsky, die Aktivitätstheorie, die Handlungsfelder der Ottawa-Charta und die Sozialisation nach Hurrelmann. In diesem Kapitel werden diese nicht weiter beschrieben, im Anhang 10 befinden sich weitere Ausführungen.

2.1 Die psychische Gesundheit

Der Begriff psychische Gesundheit umfasst ein weites Spektrum an Definitionen. Der Erarbeitung dieser Arbeit liegen die folgenden Definitionen zur psychischen Gesundheit und psychischen Störungen zugrunde:

Psychische Gesundheit gemäss WHO

«Psychische Gesundheit ist ein Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastung bewältigen, produktiv arbeiten und etwas zu ihrer Gemeinschaft beitragen kann.»

(Weltgesundheitsorganisation, 2013, S. 1)

Krise nach James und Gilliland

«Krise ist ein Ereignis oder eine Situation, die als untragbare Schwierigkeit wahrgenommen wird und welche die für die betroffene Person vorhandenen oder im Moment zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien überfordert.» (James & Gilliland, 2001)

Psychische Störungen gemäss WHO

«Psychische Störungen umfassen ein breites Spektrum von Problemen mit unterschiedlichen Symptomen. Sie sind jedoch im Allgemeinen durch eine Kombination von gestörten Gedanken, Emotionen, Verhaltensweisen und Beziehungen zu anderen gekennzeichnet. Zu den Beispielen zählen Depressionen, Angstzustände, Sozialverhaltensstörungen bei Kindern, bipolare Störungen und Schizophrenie. Viele dieser Störungen können erfolgreich behandelt werden.»

(Weltgesundheitsorganisation, 2013, S. 1)

Das Spektrum der mentalen Gesundheit umfasst unter anderem psychische Erkrankungen, Erschütterung, Störungen, Störungsbilder, Gesundheit sowie die Krise. All diese Begriffe werden in dieser Arbeit verwendet, um den Zustand der psychischen Gesundheit zu beschreiben.

Die psychische Gesundheit in der Schweiz

An einer Einschränkung durch psychische Probleme leiden 18 % der Schweizer Bevölkerung. Die am häufigsten diagnostizierte psychische Erkrankung ist die Major Depression mit rund 6 %. Aus der schweizerischen Gesundheitsbefragung geht hervor, dass sich 5,7 % der Befragten im Jahr 2017 meistens oder immer entmutigt und deprimiert fühlen und 15,2 % der Befragten manchmal niedergeschlagen fühlen (Bundesamt für Statistik, 2018b).

Psychische Krankheiten nach Geschlecht

Die Lebenszeitprävalenz von psychischen Krankheiten ist bei Frauen wie auch bei Männern gleich hoch. Dennoch zeigen sich deutliche Unterschiede bei Frauen und Männern in Bezug auf die Häufigkeit. Essstörungen, Depressionen und viele Arten von Angststörungen kommen bei Frauen häufiger vor als bei Männern. Männer hingegen leiden vermehrt an Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen. Suizidversuche treten häufiger beim weiblichen Geschlecht auf, im Gegensatz zum vollendeten Suizid, welcher vermehrt das männliche Geschlecht betrifft. Diese Unterschiede können aus Fehlern bei den Datenerhebungen resultieren, zudem zeigen Studien auf, dass Frauen im Gegensatz zu Männern ein grösseres Gespür für

Symptome haben. Ein weiterer Grund kann sein, dass die Ärztin oder der Arzt die Rollenstereotypen bei der Diagnosestellung berücksichtigt. Dies führt bei Frauen schneller zu einer Diagnose als bei Männern. Bei Männern wird eine Depression eher aufgrund eines Alkoholmissbrauches diagnostiziert. Neben den Fehlern in der Erhebung können Ursachen für die Unterschiede festgestellt werden, welche bio-psycho-sozial bedingt sind. Eine biologische Ursache für ein häufigeres Auftreten von psychischen Belastungen bei Frauen ist, dass die weiblichen Sexualhormone⁴ einen grossen Einfluss auf die psychische Gesundheit nehmen können. Ein psychosozialer Einfluss kann die geschlechterspezifische Erziehung bezüglich des Rollenverhaltens sein. Der soziale Status von Männern und Frauen kann ebenso einen Einfluss auf die psychische Gesundheit ausüben (Riecher-Rössler, 2008).

2.2 «Ältere Menschen» in der Schweiz

Die Bedürfnisse der Menschen verändern sich im Laufe des Lebens (Bundeszentrale für politische Bildung, o. J.). Durch den demografischen Wandel wird die Nachfrage nach Produkten, die den Bedürfnissen von «älteren Menschen» entsprechen, steigen (Gassmann & Reepmeyer, 2006). Dabei ist es von hoher Wichtigkeit, die gesundheitsförderlichen Angebote an die Bedürfnisse der Zielgruppe anzupassen (Gesundheitsförderung Schweiz, 2014). Die Prävalenzzahlen von psychischen Störungen von «älteren Menschen» sind gestiegen; dies demonstriert, dass die diagnostischen Beurteilungen verbessert werden und gute psychiatrische Dienstleistungen bereitgestellt werden müssen. Daraus resultiert ausserdem, dass die gesamte Bevölkerung über die Thematik der psychischen Störungen bei «älteren Menschen» informiert werden muss (Andreas u. a., 2017).

Definition der Zielgruppe «ältere Menschen» gemäss UNO

«[...] wird die Standarddefinition der UNO verwendet, derzufolge als ältere Menschen jene anzusehen sind, die sechzig Jahre oder älter sind [...]» (Weltgesundheitsorganisation, 2002, S. 4).

⁴ „[...] Östroradiol, das wichtigste weibliche Sexualhormon, eine grosse Zahl von Neurotransmittersysteme moduliert die mit unserem seelischen Befinden zu tun haben [...]“ (Riecher-Rössler, 2008, S. 9).

Definition der Zielgruppe «ältere Menschen» gemäss Gesundheitsförderung Schweiz
«[...] Mit älteren Menschen sind Personen ab 65 Jahren gemeint. Dieser Lebensabschnitt wird oftmals in ein drittes (65- bis 79-Jährige) und viertes Lebensalter (ab 80 Jahren) unterteilt.» (Boss, 2016, S. 107)

In der Literatur wird die Altersklasse der «älteren Menschen» unterschiedlich definiert. In dieser Arbeit wird die Definition der UNO verwendet, denn diese berücksichtigt soziokulturelle Aspekte (UNO-Flüchtlingshilfe e.V., o. J.).

Psychische Gesundheit im Alter in der Schweiz

Der demographische Wandel ist auch in der Schweiz deutlich spürbar. Die Lebenserwartung der Menschen ist in den letzten 20 Jahren gestiegen. Dem Bundesamt für Statistik (2018c) zufolge stieg die Lebenserwartung zwischen 1997 und 2017 in der Schweiz bei Frauen um 3,3 und bei Männern um 5,1 Jahre an. Die Zielgruppe «ältere Menschen» gewinnt dadurch immer mehr an Relevanz. Die höhere Lebenserwartung bringt Veränderungen in der Alltagsstruktur, dem sozialen Umfeld und der Wohnsituation mit sich, es gilt daher ein besonderes Augenmerk auf diese Zielgruppe zu legen.

Die oben genannten Veränderungen können die Lebensqualität im Alter negativ beeinflussen.

Der Ansatz der Prävention und Früherkennung ist nachhaltiger als jener der Kuration (FMH, o. J.). Ein wichtiger Pfeiler, um die Lebensqualität positiv beeinflussen zu können, ist der Einsatz und die Umsetzung von präventiven Massnahmen (Bundesministerium für Gesundheit, 2016). Multimorbidität⁵ rückt mit der heutigen demografischen Situation vermehrt in den Fokus. Rund ein Fünftel der Personen ab 50 Jahren leidet an einer oder mehreren chronischen Krankheiten, welche sich häufig gegenseitig beeinflussen. Die am häufigsten auftretende Kombination von chronischen Krankheiten ab dem 50. Lebensjahr ist jene der Depression und Arthrose. Rund 30 % aller multimorbiden Personen leiden an dieser Kombination

⁵ «Multimorbidität wird am häufigsten als das gleichzeitige Auftreten von zwei oder mehreren chronischen Krankheiten definiert.» (Moreau-Gruet, 2013, S. 1)

(Moreau-Gruet, F, 2013). Personen, welche unter chronischen Schmerzen leiden, sind anfälliger für Depressionen. Die Fähigkeit, den Alltag wie gewohnt zu bewältigen, wird aufgrund des ständigen Schmerzes stark beeinflusst und kann eine Ursache für zunehmende soziale Isolation sein (Baer, Schuler, Fügler-Douss, & Moreau-Gruet, 2013).

Die Menschen werden heutzutage immer älter. Um die Lebensqualität im Alter bestmöglich zu erhalten, ist der Fokus der Prävention ein wichtiger Ansatz. Je älter die Menschen werden, desto häufiger sind sie mit physischen und psychischen Problemen konfrontiert. Mit jedem Lebensjahr steigt das Risiko, an Multimorbidität zu erkranken.

Suizid im Alter

Die Suizidrate nimmt im Laufe des Lebens zu und erreicht den Maximalwert bei der Altersklasse 85+. Männer haben über alle Altersspannen hinweg eine doppelt so hohe Suizidrate wie Frauen (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2018). Obwohl Frauen häufiger depressive Symptome aufzeigen (Baer u. a., 2013), begehen schweizweit mehr Männer Suizid (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2018). Die Ursachen dafür sind komplex, eine eindeutige Erklärung gibt es bis anhin nicht (Schulte-Wefers & Wolfersdorf, 2006). Im Jahr 2016 war bei rund 1 % der Todesfälle die Ursache ein assistierter Suizid. Frauen entscheiden sich häufiger für den assistierten Suizid als Männer. Die Ursache dafür ist ebenfalls nicht bekannt (Bundesamt für Statistik, 2018). Die Inanspruchnahme eines assistierten Suizids hat in den vergangenen Jahren um mehr als ein Viertel zugenommen (Bundesamt für Statistik, 2016a, S. 1).

In über 90 % eines Suizidversuches oder eines Suizids ist die Ursache eine psychische Erkrankung. Depressionen sind im hohen Lebensalter von zentraler Bedeutung, sei es durch die soziale Isolation, chronische Schmerzen oder Verluste im sozialen Umfeld (The Swiss Society for Public Health, 2009).

Rechtliche Grundlagen im Alter

Mit der Alterspolitik befassen sich der Bund, die Kantone und die Gemeinden. Zusätzlich sind verschiedene Nichtregierungsorganisationen (NGOs) in diesem Bereich aktiv. Die strategischen Entscheidungen der Alterspolitik und daraus resultierende Massnahmen sind entscheidend für die Lebensqualität von «älteren Menschen» in der Schweiz.

Das Einkommen und die Förderung von «älteren Menschen» ist massgeblich, damit diese weiterhin Mitglieder der Gesellschaft bleiben. Der Bund als oberste Instanz ist für die finanziellen Aspekte wie die Altersvorsorge und die individuelle Finanzierung der gesundheitlichen Vorkehrungen zuständig. Die Kantone und Gemeinden hingegen sind aktiv für die Unterbringung, die Pflege und die Unterstützung von «älteren Menschen» verantwortlich. Das Grundrecht gemäss der Bundesverfassung «[...] auf persönliche Freiheit, insbesondere auf körperliche und geistige Unversehrtheit [...]» (Bundesrat, 2018 Art.10) gilt für alle Menschen in der Schweiz, ungeachtet des Alters, Geschlechts und der Ethnie. Ein weiteres relevantes Grundrecht bezüglich des Settings Arbeit und Personen ab 60+ stellen die Artikel 6 und 7 des internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte dar: «[...] Recht auf Arbeit [...]» (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2018 Art. 6), «[...] sichere und gesunde Arbeitsbedingungen [...]» (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2018 Art. 7).

In der Schweiz nehmen weniger als 5 % der Arbeitnehmenden die Frührente in Anspruch (OECD, 2018). Die Erwerbsquote der 55- bis 64-Jährigen ist seit dem Jahr 2002 deutlich gestiegen (Moreau-Gruet, 2013). Somit ist die Zielgruppe 60+ vermehrt in den Betrieben vertreten.

Alter und Armut

Das Einkommen nimmt mit dem Eintritt in die Pensionierung ab, und die Armutsquote erreicht ihren Höchstwert bei der Altersklasse 65 Jahre und älter. Zu beachten ist, dass ältere Personen oft Vermögenswerte wie Eigentum besitzen, die nicht als Einkommen zählen (Häni, Guggisberg, & Sektion Sozialanalyse, 2014). Dem Bundesamt für Statistik (o.J.) zufolge sind Personen ab 65 Jahren stark armutsgefährdet.

Das Risiko steigt, wenn die Personen alleine leben. Das kann daran liegen, dass alleinlebende Personen ihr Einkommen nicht durch die zusätzlichen Einnahmen des Partners oder der Partnerin ergänzen können. Ein zusätzlicher Faktor ist, dass «ältere Menschen» weniger in die zweite Säule⁶ einbezahlt haben, da diese erst seit dem Jahr 1985 obligatorisch ist.

Menschen, welche erst seit kurzem im Rentenalter sind, sind weniger armutsgefährdet. Das kann unter anderem folgende Gründe haben: Sie leben vermehrt in Paarhaushalten, haben öfters in die zweite Säule einbezahlt und sind vermehrt noch arbeitstätig (Häni u. a., 2014, S. 10).

Menschen, welche von Armut betroffen sind, fühlen sich gesundheitlich schlechter als andere. Sie nehmen aufgrund der fehlenden finanziellen Mittel weniger Pflegeleistungen in Anspruch. Zudem sind Menschen, welche armutsgefährdet sind, in den alltäglichen Aktivitäten aus gesundheitlichen Gründen mehr eingeschränkt als Menschen mit mehr finanziellen Mitteln (Bundesamt für Statistik, 2013).

⁶ Zweite Säule: «Die berufliche Vorsorge hat als zweite Säule neben der AHV/IV/EL als 1. Säule die Aufgabe, den Versicherten die Fortsetzung ihrer bisherigen Lebenshaltung in angemessener Weise zu ermöglichen. Sie strebt dabei das Ziel an, mit der ersten Säule zusammen ein Renteneinkommen von rund 60 Prozent des letzten Lohnes zu erreichen.» (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2018b)

2.3 Laien

Laut Duden werden Laien wie folgt definiert: «Jemand, der auf einem bestimmten Gebiet keine Fachkenntnisse hat.» (Bibliographisches Institut GMBH, o.J.)

Laien können in der Gesundheitsförderung als Multiplikatoren in der Vermittlung von gesundheitsförderlichen Angeboten dienen (Spörri-Fahrni u. a., 2005, S. 11).

Fast jede Person der schweizerischen Bevölkerung kennt jemanden, der an psychischen Beschwerden leidet (Bühler, Hermann, Krähenbühl, & Würzler, 2018, S. 9). Das soziale Umfeld steht meist in einem dynamischen Kontakt mit der betroffenen Person und nimmt Veränderungen oft zuerst wahr. Oftmals ist das soziale Umfeld überfordert und weiss nicht, wie betroffene Menschen anzusprechen sind oder unterstützt werden können. Die Wissenslücken und bestehenden Stigmata verhindern bisher eine wirksame Erste Hilfe im Bereich der psychischen Gesundheit (Jorm, Blewitt, u. a., 2005).

Dieses theoriebasierte Pilotprojekt MHFA 60+ richtet sich inhaltlich an Laien. Es werden keine spezifischen Fachkompetenzen vorausgesetzt, um am Kurs teilnehmen zu können. Kursteilnehmende sollten volljährig sein, die deutsche Sprache beherrschen und an der Gesundheit von «älteren Menschen» interessiert sein.

2.4 Bisherige Interventionen

Im folgenden Kapitel wird MHFA Australien beschrieben, da dies als Grundlage des Pilotprojektes dient und die bekanntesten Deutschschweizer Kampagnen und Projekte zum Thema psychische Gesundheit beinhaltet.

Mental Health First Aid Australien

In Australien wurde im Jahr 2000 das «Mental Health First Aid»⁷-Programm, kurz MHFA, entwickelt. Betty Kitchener, eine Psychiatriekrankenschwester, welche selbst an einer Depression erkrankte, und ihr Ehemann Professor Tony Jorm gründeten in Canberra die Non-Profit-Organisation. Diese verfolgt das Ziel, Menschen zu befähigen, erste Anzeichen einer psychischen Erschütterung zu erkennen und bedarfsgerecht zu handeln. Das MHFA-Programm orientiert sich am Erste-Hilfe-Kurs für physische Notfallsituationen. Daraus resultierten Erste-Hilfe-Kurse für die psychische Gesundheit. Das MHFA-Programm besteht aus drei Ebenen: Trainer_innen, Instruktor_innen und zertifizierte Ersthelfer_innen. Die Trainer_innen sind kompetente Mitarbeiter_innen der Non-Profit Organisation, welche die Instruktor_innen in einer fünftägigen Weiterbildung befähigen, den Erste-Hilfe-Kurs zu unterrichten. Der Standardkurs des Mental-Health-First-Aid-Programms dauert 12 Stunden, alle Teilnehmenden erhalten ein Kurshandbuch und ein Zertifikat. Die Kurse werden in verschiedenen Settings durchgeführt, unter anderem am Arbeitsplatz, bei der Polizei oder der Feuerwehr. Eine randomisierte, kontrollierte Studie aus dem Jahr 2004 im Setting Arbeitsplatz hat ergeben, dass MHFA-Kurse eine Steigerung des Selbstvertrauens beim Helfen anderer erzielt und die Wahrscheinlichkeit vergrößert, Menschen in einer Krise zu beraten und professionelle Hilfe aufzusuchen. Ebenso wurde eine Verringerung des Stigmas erreicht, und die eigene psychische Verfassung der Teilnehmenden konnte unerwartet verbessert werden (Kitchener & Jorm, 2004). In Australien wurde der Kurs für junge und «ältere Menschen» ausgeweitet. Diese unterscheiden sich vor allem inhaltlich vom Standardkurs.

⁷ Dieser Link führt zur offiziellen Webseite von Mental Health First Aid Australia: <https://mhfa.com.au/>

Die Wirksamkeit der Kurse ist seit Beginn evidenzbasiert dokumentiert und evaluiert. Der internationale Erfolg des Programms lässt sich auf die nachhaltige und evidenzbasierte Wirksamkeit zurückführen⁸. Zurzeit werden in 27 Ländern MHFA-Kurse durchgeführt (Kitchener u. a., 2018). Die Grundlage des australischen Kurses beruht auf Delphi-Studien. Die Kursinhalte dürfen nicht komplett verändert werden, um die Evidenz gewährleisten zu können. Diese Evidenz kann nur gewährleistet werden, wenn alle Länder die Inhalte der Delphi-Studien verwenden. In Schweden hat eine randomisierte, kontrollierte Studie aus dem Jahr 2014 mit einem Follow-up von sechs Monaten und zwei Jahren ergeben, dass der Standardkurs zu einer Verbesserung in den Bereichen des Wissens, der Einstellung und dem helfenden Verhalten geführt hat. Zudem konnten positive Nebeneffekte erzielt werden: Die Teilnehmenden konnten ihre eigene Gesundheitskompetenz steigern (Svensson & Hansson, 2014). Eine systematische Überprüfung und Meta-Analyse, welche im Jahr 2018 in Schweden publiziert wurde, beschrieb die gleichen Resultate (A. J. Morgan, Ross, & Reavley, 2018). Eine Pilotstudie, welche die Vorteile eines MHFA-Kurses für «ältere Menschen» aufzeigen wollte, kam zu vielversprechenden Resultaten. Die Studie wurde mit Mitarbeitenden von Altersheimen an verschiedenen Orten in Schweden durchgeführt. Die Mitarbeitenden konnten durch den Kurs ihr Wissen und das Vertrauen in die Hilfe für «ältere Menschen» signifikant verbessern. Ebenso konnten Einstellungsveränderungen gegenüber Menschen mit psychischen Krankheiten erzielt werden (Svensson & Hansson, 2017).

Mental Health First Aid ist ein gesundheitsförderndes und präventives Kursangebot, welches Laien befähigt, Personen aus ihrem Umfeld in einer psychisch belastenden Situation oder Krise zu unterstützen. Die Wirksamkeit des Kurses wurde anhand von randomisierten Studien belegt. Zudem konnte mehrfach belegt werden, dass die Adaption des Programmes in unterschiedlichen Settings und Kulturen erfolgreich war.

⁸ Dieser Link führt zu den Publikationen über Mental Health First Aid: <https://mhfa.com.au/mhfa-research>

Wie geht's Dir?

Im Jahr 2014 wurde die Sensibilisierungskampagne „Wie geht's Dir?“ im Kanton Zürich lanciert. Die Gesellschaft soll offen über das Thema psychische Erkrankungen und psychische Gesundheit sprechen können. Die Kampagne trägt dazu bei, dass Betroffene weniger ausgegrenzt werden, und durch bestimmte Gesprächstipps soll das Reden einfacher werden. Die Evaluation hat gezeigt, dass die Kampagne grosse Erfolge erzielt hat. Zahlreiche positive Rückmeldungen sind eingegangen. Eine Telefonbefragung zeigte, dass die Kampagne grosse Zustimmung fand. 70 % der Befragten gaben an, dass die Kampagne sie zum Reden über psychische Gesundheit anregte. 94 % der Befragten waren der Meinung, dass es gut sei, dass die Kampagne die Thematik psychische Gesundheit mehr ins Gespräch bringt («Wie geht's dir?», o. J.).

Die Kampagne wurde im Jahr 2018 auf die gesamte Deutschschweiz ausgeweitet. Zur Kampagne wurde begleitend eine Studie in Auftrag gegeben, welche das Stimmungsbild der Schweiz erfassen sollte. Obwohl die Antwort auf die Frage „Wie geht's dir?“ meistens „Gut“ oder „Sehr gut“ war, zeigt sich bei genauerem Nachfragen, dass ein Fünftel sich in einem anhaltenden psychischen Tief befindet. Über drei Viertel der Bevölkerung kennen jemanden, der an einer psychischen Krankheit leidet. Überlastung und Stress nannten 42 % der Befragten als Faktor der psychischen Belastung, welcher sich negativ auf die Stimmung auswirke. 70 % der Befragten haben Angst vor negativen Reaktionen aus dem sozialen Umfeld, wenn sie an einer psychischen Krankheit leiden würden. Die Angst bezieht sich vor allem darauf, als nicht leistungsfähig oder als schwach und labil zu gelten. Dennoch zeigt die Studie, dass die Befragten den Wunsch und das Bedürfnis haben, in einer solchen Situation darüber zu sprechen. In der Studie wurden die Teilnehmenden ebenfalls befragt, über welche Krankheiten das Arbeitsumfeld informiert werden müsse. Dass die Teilnehmenden am Arbeitsplatz lieber über physische Krankheiten, vor allem Krebs, als über psychische Krankheiten informieren würden, wurde klar ersichtlich. Zudem gaben die wenigsten an, sie würden gerne mit den Arbeitskollegen oder dem Chef darüber sprechen (Bühler u. a., 2018).

Die Begleitstudie zur Studie konnte den Bedarf einer Sensibilisierungskampagne aufzeigen.

VIA

Das Best-Practice-Projekt «VIA», welches von der Gesundheitsförderung Schweiz zusammen mit zehn Kantonen im Jahr 2011 implementiert wurde, richtet sich an «ältere Menschen». Das Projekt verfolgt das Ziel, dass «ältere Menschen» möglichst lange zu Hause bleiben können.

Das Projekt fördert die Gesundheit von «älteren Menschen». Langfristig beabsichtigt das Projekt, die Pflegebedürftigkeit und die daraus resultierende Heimeinweisung zu verringern oder hinauszuzögern. Dies würde zu einer Kostenreduktion im Gesundheitswesen führen. Das Projekt befasste sich mit verschiedenen Themen. So wurden die Themen «Bewegungsförderung», «Psychische Gesundheit», «Sturzprävention», «Schwererreichbare und benachteiligte Zielgruppen», «Partizipation der Hausärztinnen und Hausärzte» und «Beratung, Veranstaltungen und Kurse» behandelt. Das Projekt zeigt Wirkung, bereits im Jahr 2014 konnten in rund 200 Gemeinden Angebote durch VIA gefördert werden (Biedermann, Ackermann, & Steinmann, 2014).

In dieser Arbeit werden die Themenschwerpunkte «Psychische Gesundheit» und «Partizipation der Hausärztinnen und Hausärzte» näher betrachtet, da die anderen Schwerpunkte vom Thema der Arbeit abweichen. Anhand einer Studie zur psychischen Gesundheit wurden die Themen der Zielgruppe erfasst. Die Studie hat ergeben, dass vor allem das Thema der abnehmenden sozialen Teilhabe ein wichtiger Punkt bei der Zielgruppe ist. Aufgrund dessen wurde ein Konzept auf kommunaler Ebene entwickelt, um die soziale Teilhabe zu fördern und zu stärken. Aus dem Projekt VIA geht ausserdem hervor, dass die Partizipation mit den Hausärzt_innen wichtig ist. Bei der Zielgruppe «ältere Menschen» haben Ärzt_innen eine hohe Glaubwürdigkeit und sind somit in der Gesundheitsförderung und Prävention von besonderer Bedeutung. Sie können Gesundheitsbotschaften übermitteln, Gesundheitsrisiken erkennen und bedarfsgerecht handeln. VIA hat

deswegen in den Jahren 2014 und 2015 eine Sensibilisierungskampagne durchgeführt (Biedermann u. a., 2014).

Die Evaluation aus dem Jahr 2015 hat ergeben, dass VIA eine wichtige Rolle bei der Gesundheitsförderung im Alter spielt. Durchgeführte Best-Practice-Studien konnten Fakten für die Legitimation auf der politischen Ebene aufzeigen. Die Empfehlung, welche aus der Evaluation hervorgeht, zeigt unter anderem auf, dass Pilotprojekte auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen sind. Es sollte darauf geachtet werden, dass vermehrt kurzfristig realisierbare Projekte entwickelt werden. Dies führt zu Erfolgserlebnissen und kann die Projekte legitimieren (Wight, Laubereau, & Feller-Länzi, 2015).

Das Projekt «VIA», welches von der Gesundheitsförderung Schweiz vor acht Jahren implementiert wurde, unterstützt «ältere Menschen» in verschiedenen Lebenssituationen, um ihre Selbstständigkeit möglichst lange zu erhalten und ihre Lebensqualität zu steigern.

AvantAge

AvantAge ist eine Dienstleistung, die durch die Pro Senectute angeboten wird. Das Angebot beinhaltet Seminare für Unternehmen sowie Privatpersonen bei Fragen rund um das Thema Alter und Beruf. AvantAge bietet unterschiedliche Seminare an, eines davon ist ein Seminar zum Thema Pensionierung. Dieses Seminar informiert zu den Inhalten «Pensionierung, Gesundheit und Wohlbefinden, Herausforderung in Beziehungen und Partnerschaft, Kompetenzen, Interessen und Begabungen, Veränderungen im Zeit- und Lebensrhythmus, AHV, Pensionskasse, 3. Säule und Steuern, Güter- und Erbrecht». AvantAge bietet dieses Seminar für Paare sowie für «Singles» an (*Späte Freiheit*, o. J.).

AvantAge sind Seminare, welche indirekt von Pro Senectute Schweiz angeboten werden und ganzheitlich über das Thema Alter und Beruf informieren.

3. Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel wird das Vorgehen bei der Literaturrecherche und der durchgeführten Fokusgruppe geschildert. Die Auswertungen finden sich unter den Punkten 4.1.1 und 4.1.2. Zudem wird die genaue Anwendung des verwendeten Projektmanagementtools «quint-essenz» der Gesundheitsförderung Schweiz beschrieben.

3.1 Dokumentation der Literatur

In der Schweiz ist die Datengrundlage zur Epidemiologie von psychischen Erkrankungen mangelhaft. Daten zu psychischen Störungen gelten nur für Personen, welche in psychischer Behandlung sind oder waren (Rüesch, Bänziger, & Juvalta, 2013a). Aus diesem Grund mussten unter anderem ältere Daten und Studien aus dem europäischen Raum berücksichtigt werden. Daten aus der schweizerischen Gesundheitsbefragung wurden in die Arbeit miteinbezogen. Da die Zahlen aus dem Jahr 2017 erst Ende des vergangenen Jahres publiziert wurden, konnten diese nur teilweise berücksichtigt werden. Des Weiteren wurden Grundlagenberichte unter anderem über die Selbstwirksamkeit nach Bandura (1979), die Sozialisation nach Hurrelmann (2015), über die Resilienz und deren Schutz- und Risikofaktoren (Werner & Smith, 1992) sowie Grundlagenberichte der Gesundheitsförderung Schweiz in die Arbeit miteinbezogen. Die Berichte wurden kritisch untersucht. Die gefundene Literatur wurde nach der Evidenzhierarchie nach Kramer, Sockoll und Bödeker (2009, S. 24) in unterschiedliche Studientypen eingestuft. Die höchste Evidenz weist eine randomisierte, kontrollierte Studie (RCT) auf, die zweithöchste eine kontrollierte Studie (CT), die zweitniedrigste Fallberichte, die niedrigste Evidenz hingegen weisen Expertenmeinungen auf.

In der Recherche wurden nur Projekte berücksichtigt, welche mittels einer Kontrollgruppe einen nachweislichen positiven Effekt aufweisen. Um eine fundierte Ausgangsanalyse zu erhalten, wurden Keywords definiert, diese werden unter 11.1.1 aufgeführt. Zusätzlich wurden folgende Ein- und Ausschlusskriterien für das Finden von geeigneter Literatur formuliert und Datenbanken nach Fachrichtung ausgesucht.

Tabelle 1

Ein- und Ausschlusskriterien (eigene Darstellung, 2019)

Grundsätze	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Grundsätze der Gesundheitsförderung werden berücksichtigt	Es sind keine aktuelleren Daten vorhanden	Studien, die nicht auf Deutsch oder Englisch verfasst sind
Psychische Gesundheit steht im Fokus	Epidemiologische Rohdaten	Studien, die nicht aus einem kulturell vergleichbaren Land stammen
Die Aktualität muss gegeben sein	Subjektive Einschätzungen (SGB)	Fehlende Evidenz Duplikate
	Grundlagenpapiere	Fehlende Beschreibung der Methodik
	Programme und Interventionen zum Thema psychische Gesundheit bei «älteren Menschen»	Zielgruppe Kinder und Jugendliche Physische Erste-Hilfe-Kurse Fehlende Aktualität

3.1.1 Suchergebnisse

Die Suchergebnisse wurden in diversen Datenbanken in den Fachbereichen Psychologie, Gesundheit und anderen durch die Verwendung der folgenden Syntax erzielt:

- Mental health AND elderly AND first aid course

- “Mental health” OR “Mental disorder” AND older people AND “crisis intervention” OR “emergency course”

Die Literaturrecherche diente dazu, einen Überblick über die bestehenden gesundheitsförderlichen Angebote im Bereich der psychischen Gesundheit zu verschaffen. Der primäre Fokus der Datenbanken lag auf der Rubrik Gesundheit. Zusätzlich wurden Datenbanken aus den Rubriken Soziales, Psychologie und ZHAW-internen Publikationen berücksichtigt. Dies führte zu rund 114'000 Treffern. Bei der Prüfung der Literatur konnte ein Grossteil der Literatur anhand der Ausschlusskriterien ausgeschlossen werden. 18 Publikationen wurden genauer analysiert. Diese Analyse auf der Grundlage von Extraktionstabellen befindet sich unter 11.1.3. Für eine weitere Erarbeitung konnten acht Publikationen inkludiert werden. Dabei handelt es sich um acht unterschiedliche Untersuchungsarten. Die Zusammenfassung der verwendeten Literatur und die daraus resultierende Schlussfolgerung findet sich unter 4.1.1. Die folgende Abbildung zeigt den Verlauf der Literaturrecherche nach Tremblay, LeBlanc, Kho, Saunders, Laurouche, Colley, Goldfield und Grober (2011) auf.

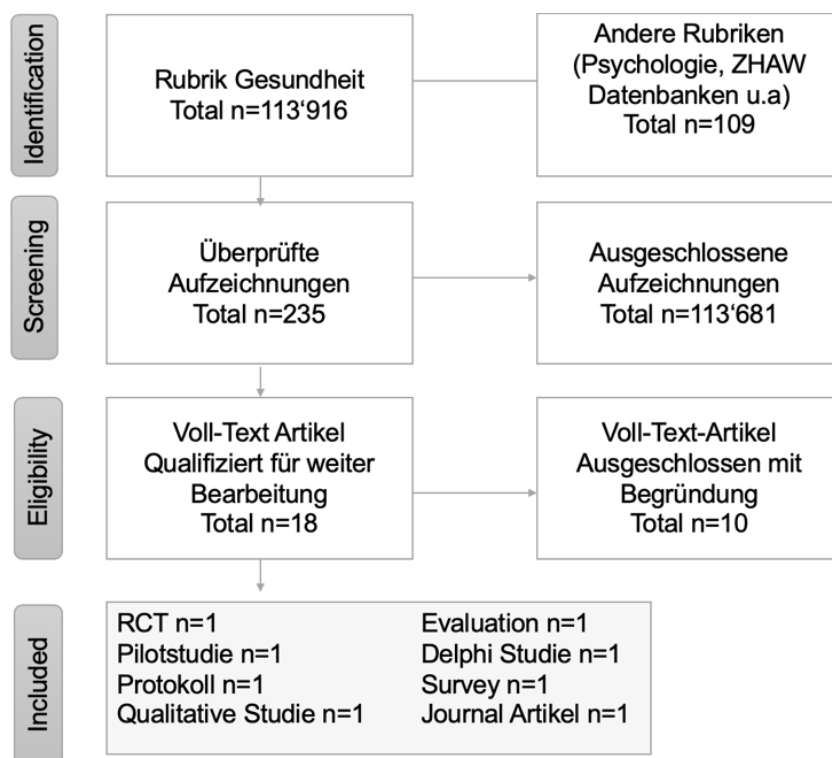


Abbildung 1. Methodik der Literaturrecherche (Tremblay, LeBlanc, Kho, Saunders, Larouche, Colley, Goldfield, & Gorber, 2011)

3.2 Das Projektmanagementtool «quint-essenz»

quint-essenz⁹ ist ein Qualitäts- und Projektmanagementtool, welches von der Gesundheitsförderung Schweiz entwickelt wurde. Es wurde für Fachleute und Organisationen in der Schweiz erstellt, welche Projekte oder Programme im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention erstellen. Das Tool dient als Hilfeleistung in der Planung, Durchführung und Evaluation von Projekten oder Programmen. Zudem bietet quint-essenz Qualitätskriterien, um eine systematische Reflexion zu unterstützen (Gesundheitsförderung Schweiz, o.J.).

Die Ergebnisse und Projektempfehlungen sind in der Arbeit anhand von quint-essenz aufgelistet. Der Fokus liegt auf der Empfehlung der Umsetzung des Projektes, deshalb sind nur diese relevanten Punkte im Ergebnisteil der Arbeit aufgelistet. Der Rahmen dieser Arbeit ist nicht ausreichend, um alle Punkte von quint-essenz zu berücksichtigen. Diverse Punkte wurden aus diesen Gründen nicht berücksichtigt.

3.3 Die durchgeführte Fokusgruppe

Die Fokusgruppe weist verschiedene Vorteile auf. Einerseits ist sie zeitlich nicht sehr aufwendig, die Zahl der Feldtage belauft sich im Durchschnitt auf ein bis zwei, zudem können die Ergebnisse bei Bedarf direkt nach der Durchführung für weitere Handlungen genutzt werden (Kühn & Koschel, 2017).

3.3.1 Definition

Fokusgruppen sind ein qualitatives Erhebungsinstrument, welches in Form einer Gruppendiskussion erfolgt. Dabei wird nicht das Ziel eines Konsenses verfolgt, sondern die Vielfalt der verschiedenen Meinungen der Teilnehmenden beleuchtet. Durch die vielfältigen Aussagen während der Gruppendiskussion bildet sich eine Gesprächsdynamik, diese kann zu einer Steigerung der Auskunftsbereitschaft führen (Schulz, 2012).

⁹ Dieser Link führt zur offiziellen Webseite von quint-essenz: <https://www.quint-essenz.ch/de>

3.3.2 Anwendungsfelder

Die Anfänge dieses spezifischen Erhebungsinstruments gehen auf den Zweiten Weltkrieg zurück. Fokusgruppen wurden zur Analyse der Wirkung von Propagandafilmen in Amerika durchgeführt (Merton & Kendall, 1946). Später hat sich dieses Verfahren vor allem in den Bereichen der Marktforschung und der Sozialwissenschaft durchgesetzt (Dürrenberger & Behringer, 1999), nicht zuletzt aufgrund des geringeren Aufwandes im Vergleich zu anderen Forschungsmethoden (Schulz, 2012).

Die Entscheidung für die Durchführung einer Fokusgruppe fiel aufgrund der im Gegensatz zu qualitativen Einzelinterviews ressourcenschonenden Vorgehensweise (Breitenfelder, Hofinger, Kaupa, & Picker, 2004). Die Anwendungsfelder der Fokusgruppen werden in fünf abgrenzbare Forschungsfelder unterteilt. Zusätzlich wird sie als Instrument zu Technikvorausschauen und zur Analyse von heiklen Gesundheitsaspekten eingesetzt. Die für die Arbeit durchgeführte Fokusgruppe ist keinem dieser Anwendungsfelder klar zuzuordnen. Die Thematik der psychischen Gesundheit bei «älteren Menschen» lässt sich ins Feld der Akzeptanzanalyse und der Analyse von sensiblen Gesundheitsthematiken einordnen. Die Inhalte der Akzeptanzanalyse werden in der hier durchgeführten Fokusgruppe abgedeckt, da die rationalen und emotionalen Entscheidungen der Teilnehmenden berücksichtigt wurden (Schulz, 2012). Das Thema psychische Gesundheit sowie der Umgang mit Betroffenen wird durch fehlendes oder falsches Wissen in der Gesellschaft stigmatisiert (Martino, Rabenschlag, & Koch, o. J.) und lässt sich somit dem Aspekt der heiklen Gesundheitsthemen zuordnen (Dürrenberger & Behringer, 1999).

3.3.3 Ablauf

Die Fokusgruppe wird nach Bürki (2000) in die Phasen «Inhaltliche und organisatorische Vorbereitung», «Durchführung der Diskussion» und «Datenanalyse, Interpretation und Präsentation der Ergebnisse» unterteilt.

3.3.4 Planung und Durchführung

Im ersten Schritt steht die Konkretisierung der Fragestellung der Fokusgruppe im Zentrum. Die Fragen der hier durchgeführten Fokusgruppe zielen nicht direkt auf die Beantwortung der übergeordneten Fragestellung der Bachelorarbeit ab. Diese Abweichung wurde bewusst gewählt, da die Fokusgruppe unter anderem als partizipative Methode zur Erhebung der Bedürfnisse der Zielgruppe verwendet wurde. Die Untersuchungseinheit ist die Zielgruppe 60+. Der Leitfaden der Fokusgruppe wurde nach Benighaus und Benighaus (2012) erstellt.

3.3.5 Rekrutierung der Teilnehmer

Die Zusammenstellung der Fokusgruppe erfolgte heterogen, um umfangreiche Aussagen erfassen zu können. Das Ziel bestand darin, eine Gruppe bestehend aus Fachpersonen, Betroffenen¹⁰, Angehörigen sowie einer Vertretung der direkten Zielgruppe zur Diskussionsrunde einzuladen. Um Fachpersonen aus dem medizinischen sowie betrieblichen Gesundheitsmanagement und Projektentwicklung für die Fokusgruppe zu rekrutieren, wurden diverse Institutionen angeschrieben.

Eine Zusage für die Teilnahme wurde jedoch nur von einer Fachperson aus dem medizinisch-psychiatrischen Bereich zugesichert. Um die Fachbereiche des betrieblichen Gesundheitsmanagements und der Projektentwicklung abzudecken, wurde der Leitfaden nach der Durchführung der Fokusgruppe spezifischen Fachpersonen schriftlich zugesandt. Diese befinden sich unter 11.2.4. Um Betroffene für die Fokusgruppe zu gewinnen, wurden Flyer im Selbsthilfecenter und einem niederschweligen Treffpunkt für Betroffenen mit psychischen Problemen platziert. Wegen der fehlenden Reaktion wurden ausgebildete Genesungsbegleiter¹¹ direkt per Email erfolgreich angefragt. Jedoch mussten Personen im Alter ab 57 Jahren berücksichtigt werden, da zu wenige Personen über 60 Jahre alt waren. Das Anschreiben der Angehörigen erfolgte ebenfalls durch das Kontaktieren des

¹⁰ Unter Betroffenen werden in dieser Arbeit Personen verstanden, welche selbst an einer psychischen Störung litten und oder leiden.

¹¹ Genesungsbegleiter: «Genesungsbegleiter, auch Peers genannt, kennen psychische Probleme aus eigener Erfahrung. EX-IN ist ein Verein, welcher im ganzen deutschen Sprachraum diese eineinhalbjährige Weiterbildung anbietet.» („Beruf - Genesungsbegleiter Peer“, o. J.)

Selbsthilfecenter Zürich sowie spezifischer Angebote für Angehörige. Zusätzlich wurden pflegende Angehörige angefragt. Von allen Angeschriebenen steht bis heute eine Antwort aus. Aufgrund dessen wurden Angehörige von Genesungsbegleitern erfolgreich kontaktiert. Um die Vertretung der Zielgruppe 60+ zu rekrutieren, wurde der Seniorenrat Schweiz und Zürich eingeladen. Die Zusage des Seniorenrats Schweiz erfolgte sehr zeitnah, die Antwort des Seniorenrats Zürich ist trotz Interesses ausgeblieben. Die genaue Zuordnung der Teilnehmenden zu den Fachbereichen konnte teilweise nicht klar abgegrenzt werden, da Personen hin und wieder sowohl Fachperson als auch Angehörige darstellen.

Die Anzahl der Teilnehmenden wurde bewusst klein gehalten, sodass den Fragen und den Aussagen der Teilnehmenden genügend Zeit und Raum gewidmet werden konnte (Zwick & Schröter, 2012).

Die folgende Tabelle stellt die definitive Zusammensetzung der durchgeführten Fokusgruppe dar.

Tabelle 2

Zusammenstellung der Fokusgruppe (eigene Darstellung, 2019)

Bereich	Anzahl Personen	Alter	Geschlecht
Angehörige	2	66	Weiblich,
		60	Männlich
Betroffene	2	57	Weiblich,
		61	Männlich
Fachperson	1	39	Männlich
Vertretung Zielgruppe	1	67	Männlich

3.3.6 Leitfaden

Der Gesprächsleitfaden dient der Moderation als Orientierungshilfe und beinhaltet die Fragen, die im Rahmen der Diskussion besprochen werden. Der Leitfaden wird in fünf Phasen unterteilt, welche zur Stärkung der Gruppendynamik dienen. Phase eins beinhaltet die Begrüssung und Einführung in die Thematik. Die Teilnehmenden werden begrüsst und über das Thema und den Verwendungszweck der Dokumentation informiert; ausserdem wird allen Teilnehmenden Anonymität zugesichert.

Eine einführende Frage zum «Ich» ist der nächste Schritt. Da die Fokusgruppe mit einer kleinen Teilnehmeranzahl durchgeführt wird, beinhaltet die Einführungsfrage eine Vorstellungsrunde und die Beziehung zum Thema jedes einzelnen Teilnehmers. In der dritten Phase geht es um den Aufbau des «Wir». Diese Phase verfolgt das Ziel, die verschiedenen Meinungen aufzuzeigen und den Gesprächspartner_innen zu ermöglichen, ihre praktische Erfahrung zu äussern. Inhaltliche Fragen, «Es», werden der Phase vier zugeordnet. Während der Fragen fünf bis sieben wird das fokussierte Thema in der Tiefe diskutiert. Im letzten Schritt werden die Abschlussfrage gestellt und Ergebnisse zusammengeführt. Die Moderation fasst die Ergebnisse der Diskussion zusammen. Die Teilnehmenden können bei Bedarf Stellung nehmen. Am Schluss werden die Teilnehmenden dazu aufgefordert, in einem Satz die für sie wichtigste Aussage zum Thema zu treffen (Benighaus & Benighaus, 2012).

3.3.7 Pretest Fokusgruppe

Der Pretest wurde von den Moderatorinnen durchgeführt, um einerseits Sicherheit im Ablauf zu gewinnen und um andererseits allfällige Optimierungen am Leitfaden vorzunehmen. Bei der Durchführung wurde darauf geachtet, dass die Altersklasse möglichst jener der Teilnehmer der Fokusgruppe entspricht. Die Pretests wurden aufgrund der geografischen Gegebenheiten separat in zwei kleineren Gruppen mit maximal vier Personen zwischen 57 und 73 Jahren durchgeführt. Die Rückmeldungen wurden zusammengetragen. Daraus resultierte, dass die letzte Frage von Phase vier «*Was würde sich durch einen solchen Kurs für Sie verändern?*» für die Teilnehmenden des Pretests nicht nachvollziehbar war, da diese

teilweise in der vorherigen Frage beantwortet wurde. Aufgrund dessen wurde die Frage aus dem Leitfaden gestrichen.

3.3.8 Durchführung

Drei Tage vor der Fokusgruppe wurde ein Reminder mit Zeit und Ort sowie einer detaillierten Wegbeschreibung per Email an die Teilnehmenden gesendet. Für Notfälle wurde den Teilnehmenden die Mobilnummer der Moderatorin mitgeteilt, um allfällige Verspätungen oder Verhinderungen zu melden. Um genügend Zeit für die Vorbereitung und Nachbereitung zu haben, wurde der Sitzungsraum für drei Stunden reserviert. Um ein angenehmes Raumklima zu erhalten, wurde gut durchgelüftet. Für eine optimale Diskussion wurde darauf geachtet, dass die Teilnehmenden einander gegenüber sitzen und die Moderatorinnen für alle sichtbar waren (Zwick & Schröter, 2012).

Die Moderatorinnen teilten sich die Rollen auf. Eine Moderatorin führte durch die Diskussion, während die andere Moderatorin die Aussagen auf eine Flipchart notierte, welche im Voraus vorbereitet wurde. Die Zusammenfassung der zentralen Aussagen am Schluss wurde von der protokollierenden Moderatorin durchgeführt. Die Teilnehmenden wurden nach dem Eintreffen begrüsst und nach Heissgetränken gefragt. Wasser stand auf den Tischen bereit. Als kleines Dankeschön erhielten die Teilnehmenden ein «Adventstäschen».

Das Zeitmanagement wurde durch das Platzieren einer Uhr auf dem Moderatorinnen-Tisch sichergestellt. Teilweise glitten die Fragen vom eigentlichen Thema auf die politische Ebene ab. Die Moderatorin lenkte in diesem Fall die Diskussion zum eigentlichen Thema zurück.

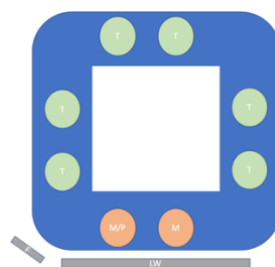


Abbildung 2. Das Setting der Fokusgruppe (Zwick & Schröter, 2012).

3.3.9 Auswertung

Durch den vorhandenen strukturierten Leitfaden nach Benighaus und Benighaus (2012) und das Interesse an spezifischen Aussagen bezüglich den Interventionsmassnahmen durch das Erlernen von eigenen Gesundheitskompetenzen im Bereich der psychischen Gesundheit wurde auf die Transkription der Fokusgruppe verzichtet. Durch die Protokolle konnten die wichtigsten Aussagen schnell herausgefiltert werden.

Die Fokusgruppe wurde deduktiv ausgewertet, da der Leitfaden durch die spezifische Eingrenzung der Thematik als Analyseraster diente (Ruddat, 2012)¹². Das Vorgehen basiert auf der Auswertungsmethode nach Ruddat (2012). Das Fotoprotokoll befindet sich unter 11.2.3. Die Resultate der Fokusgruppe werden im Punkt 4.1.2 aufgeführt.

¹² Die zentralen Diskussionsaspekte wurden in Anlehnung an die Diskursanalyse aus dem Modul GP. 38 «Methodenpraktikum» in der Vorlesung von Dr. Rimbach «Methodenpraktikum. Durchführung von Fokusgruppen. Ansätze der Datenanalyse von Gruppendiskussionsverfahren» vom 19. Dezember 2017, ausgewertet.

4. Resultate und Ergebnisse

Dieses theoriebasierte, hypothetische Projekt, welches in der Schweiz zu Beginn dieser Arbeit noch nicht existierte, wird anhand des Projektmanagementtool quint-essenz von der Gesundheitsförderung Schweiz erarbeitet (Gesundheitsförderung Schweiz, o.J.). Zusätzlich wird das theoriebasierte Pilotprojekt anhand des Buches «Gesundheitsförderung mit System» entwickelt (Kolip u. a., 2012). Gewisse Punkte der Projektskizze werden im Ergebnisteil ausgelassen, da die Punkte bereits unter 2 detailliert beschrieben wurden.

4.1 Erfassung und Analyse der psychischen Gesundheit von «älteren Menschen»

Die Bedarfsklärung anhand epidemiologischer Daten und Forschungsberichten wurde unter 2.1 und 2.2 dargestellt. Die Bedürfnisse werden anhand der Resultate der Fokusgruppe aufgezeigt. Zudem wird auf soziale und kulturelle Aspekte der Zielgruppe hingewiesen sowie gesellschaftliche und politische Rahmenbedingungen beschrieben. Als Grundlage für das theoriebasierte Pilotprojekt diente der Standardkurs Mental Health First Aid aus Australien. Das Projekt wird an kulturelle Aspekte der Schweiz sowie der Zielgruppe angepasst. Die Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana erwarb im Jahr 2018 die Lizenz für Mental Health First Aid Switzerland unter dem Namen «ensa» und wird den Standardkurs im Jahr 2019 umsetzen. Langfristig ist vorgesehen, dass das Angebot zielgruppenspezifisch erweitert wird (Pro Mente Sana, 2019).

4.1.1 Bedarf

Der Bedarf für das Projekt MHFA 60+ wird einerseits anhand des Punktes 2 und andererseits anhand der Resultate der durchgeführten Literaturrecherche 4.1.1 dargelegt.

Bedarf anhand der Literaturrecherche

Aus der Analyse der Literatur kann entnommen werden, dass ein Mangel an Wissen über psychische Gesundheit besteht (Anthony F. Jorm, 2012). Es ist wichtig, dass die Problematik von psychischen Störungen bei «älteren Menschen» aufgezeigt und

darüber informiert wird (Andreas u. a., 2017). Ebenfalls besteht eine Wissenslücke in der Früherkennung und im Aufzeigen von Handlungsmöglichkeiten sowie Angeboten bei psychischen Krisen (Anthony F. Jorm, 2012). Im Gegensatz zu neueren Studien wurden in früheren detailliertere Prävalenzraten im Bereich psychischer Gesundheit bei «älteren Menschen» aufgezeigt (Andreas u. a., 2017).

Die weiteren sechs inkludierten Publikationen stehen in direktem Zusammenhang mit dem Programm Mental Health First Aid. Eine qualitative Studie, welche die Erlebnisse von Kursteilnehmenden erfasste, konnte aufzeigen, dass der Kurs positive Auswirkungen auf Empathie, Vertrauen und Bewältigungsstrategien hat. Die Kursinhalte wurden als nützlich empfunden, und die Teilnehmenden gaben an, dass sie den Kurs nochmals besuchen würden (Jorm, Kitchener, & Mugford, 2005). Eine Evaluation des Kurses MHFA im Setting Gemeinde hat ergeben, dass der Kurs das Vertrauen in die Erste Hilfe stärkt, Stigmatisierung verringert und eine positive Auswirkung auf multikulturelle Gemeinschaften hat (Morawska u. a., 2013).

Anhand einer randomisierten, kontrollierten Studie im Setting Arbeit konnte nachgewiesen werden, dass die Gesundheitskompetenz der Kursteilnehmenden durch die Kursinhalte gestärkt werden konnte. Der Kurs erfährt eine hohe Akzeptanz im Setting Arbeit (Kitchener & Jorm, 2004).

Die Resultate einer schwedischen Studie über Mitarbeitende in Pflege und Betreuung von «älteren Menschen» zeigen, dass durch den Kurs eine signifikante Wissenssteigerung erreicht werden konnte. Ein weiterer positiver Effekt war, dass die Fachpersonen mehr Vertrauen in die Hilfe von Betroffenen gewonnen haben sowie die Einstellung gegenüber Betroffenen verändert werden konnte.

Anhand einer Delphi-Studie wurden Leitlinien erarbeitet, die Ersthelfer dabei unterstützen sollen, einer suizidgefährdeten Person bestmöglich zu helfen. Für die Studie wurden zwei Expertengruppen aufgeboten. Diese haben frühere und aktuelle Hilfsmassnahmen verglichen. Daraus resultierten 164 Massnahmen, welche als nützlich angesehen werden (Ross, Kelly, & Jorm, 2014).

Schlussfolgerung

Obwohl es an Daten im Bereich der psychischen Gesundheit bei «älteren Menschen» fehlt, geht aus der Literaturrecherche hervor, dass das Programm Mental Health First Aid wirksam ist. Zudem kann das Programm für andere Länder sowie für andere Settings und Zielgruppen erfolgreich adaptiert werden.

4.1.2 Bedürfnisse als Ergebnis der Fokusgruppe

In den folgenden Tabellen werden die jeweilige Frage und einige Aussagen der Teilnehmenden aufgelistet. Die Aussagen wurden von den Verfasserinnen teilweise angepasst, sodass eine Wiedererkennung der Teilnehmenden nicht möglich ist.

Aus der Fokusgruppe ergab sich, dass sich Betroffene, Angehörige und Fachpersonen einen offeneren Umgang mit der Thematik wünschen. Die Akzeptanz, dass körperliche Krankheiten vorhanden sind, ist grösser als bei psychischen Krankheiten. Stigmatisierung der psychischen Krankheiten erschweren Betroffenen das Aufsuchen von spezifischer Hilfe oder die Durchführung von Behandlungen.

Tabelle 3

Auswertung Frage 1 der Fokusgruppe (eigene Darstellung, 2019)

Frage	Fokusgruppe wichtigste Aussagen
<i>«Wie würden Sie sich den Umgang mit psychischen Krankheiten wünschen?»</i>	<ul style="list-style-type: none">- Mehr Offenheit- Weniger Stigmatisierung- Akzeptanz wie bei physischen oder somatischen Krankheiten- Zielgruppenspezifische, niederschwellige Angebote

Die Bezeichnung der Zielgruppe unterscheidet sich. Gewisse Teilnehmende fühlen sich als Senior_in oder Rentner_in angesprochen, andere jedoch überhaupt nicht. Sie assoziieren damit ihre Schwiegereltern. Der Ausdruck «60+» oder «ü60» fand am meisten Zustimmung. Alle Teilnehmenden waren sich jedoch einig, dass das gefühlte Alter ausschlaggebend ist für die Bezeichnung. Im betrieblichen Setting wird oftmals die Bezeichnung «ältere Arbeitnehmende» verwendet.

Tabelle 4

Auswertung Frage 2 der Fokusgruppe (eigene Darstellung, 2019)

Frage	Fokusgruppe wichtigste Aussagen
<i>«Durch welche Bezeichnung fühlen Sie sich angesprochen?»</i>	<ul style="list-style-type: none"> - 60+ - «Ältere Menschen», eine Generation höher (ab 70 Jahren) - Senioren, eher für Menschen ab der Pensionierung - Babyboomer

Die drei wichtigsten Themen, welche genannt wurden, waren Vereinsamung, Unterstützungsangebote und finanzielle Einschränkungen. Überraschend war, dass das Thema Demenz zwar genannt wurde, aber nicht zu den drei wichtigsten Themen gezählt wurde. Im betrieblichen Setting stach besonders das Thema heraus, dass Arbeitnehmende bis zur Pensionierung im Arbeitsleben gehalten werden sollen und ihnen Wertschätzung entgegengebracht wird.

Tabelle 5

Auswertung Frage 3 der Fokusgruppe (eigene Darstellung, 2019)

Frage	Fokusgruppe wichtigste Aussagen
<i>«Welche sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten Themen, die im Bereich psychische Gesundheit 60+ angesprochen werden sollten und warum?»</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Vereinsamung - Unterstützungsangebot zielgruppenspezifisch - Finanzielle Einschränkungen - Körperliche Leiden - Lebenssinn, Aufgabe - Verlust von sozialem Umfeld durch Pension

«Ältere Menschen», die betroffen sind, sollten vor allem niederschwellige Hilfsangebote für den Alltag erhalten, wenn es der Gesundheitszustand zulässt. Betroffene sollen eine Plattform erhalten, in deren Rahmen sie sich mit Gleichgestellten austauschen können. Spezifisch für das Setting Betrieb sollen Angebote geschaffen werden, die zur Enttabuisierung und Sensibilisierung beitragen.

Tabelle 6

Auswertung der Frage 4 der Fokusgruppe (eigene Darstellung, 2019)

Frage	Fokusgruppe wichtigste Aussagen
<i>«Welche Hilfe/Angebote bräuchten «ältere» Menschen mit psychischen Problemen?»</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Aufsuchende/Niederschwellige Angebote - Sensibilisierung des sozialen Umfelds

Ein Kurs für die psychische Gesundheit im Alter sollte die Stigmatisierung und deren Ausmass thematisieren. Er sollte klar aufzeigen, welche Hilfsangebote bestehen und wie man diese in Anspruch nehmen kann. Es sollte darauf sensibilisiert werden, dass es jeden treffen kann und dass präventiv vorgegangen werden kann, indem man beispielsweise aufzeigt, wie man den Lebenssinn behalten kann.

Tabelle 7

Auswertung der Frage 5 der Fokusgruppe (eigene Darstellung, 2019)

Frage	Fokusgruppe wichtigste Aussagen
<i>«Was müsste ein Kurs zum Thema psychische Gesundheit 60+ beinhalten, dass sich für Sie etwas verändern würde?»</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Generationenübergreifend - Stigmatisierung und deren Ausmass - Ressourcen, um gesund zu bleiben, aufzeigen - Lernen, Krankheiten anzusprechen und Anzeichen zu erkennen

Es ist wichtig, dass eine spezifische Zielgruppe definiert wird, um sie klar anzusprechen. Durch das Schaffen eines Anreizes kann die Teilnehmerzahl erhöht werden. Ein Beispiel kann sein, dass man aufzeigt, welche Kosten mithilfe dieses Kurses eingespart werden kann. Durch solch einen Kurs kann der Mut, zu handeln, gesteigert werden.

Tabelle 8

Auswertung der Frage 6 der Fokusgruppe (eigene Darstellung, 2019)

Frage	Fokusgruppe wichtigste Aussagen
<i>«Was könnte ein Kurs der Wissen über bspw. Gesprächstipps, verschiedene Störungsbilder vermittelt, bewirken?»</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Wissen, wie man handelt - Hinschauen statt wegschauen - Zielgruppen klar definieren - Schaffen eines Anreizes für Kurs

Schlussfolgerung

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der erste Schritt hin zu einer Veränderung darin besteht, das Thema der psychischen Gesundheit offen anzusprechen und darüber zu reden. Ein Kurs, welcher Teilnehmende darin bestärkt, wird von der Zielgruppe nicht abgelehnt und als hilfreich angesehen. Menschen sollen stets dazu motiviert werden, ihre sozialen Kontakte zu pflegen und ein aktives Mitglied der Gesellschaft zu bleiben.

«Physische Krankheiten sind kein Zustand, alle somatischen Krankheiten haben wir, alle psychischen sind wir, zum Beispiel der ist depressiv. Dort fängt es an, ich bin nicht die Depression, sondern ich habe eine Depression.»

4.2 Einbettung

Das Pilotprojekt kann in die drei folgenden Strategien eingebettet werden. Derzeit besteht keine schweizweite Strategie für psychische Gesundheit, aber verschiedene Strategien, welche die Thematik zu einem kleinen Teil abdecken.

Nationale Strategie Sucht

Die schweizweite Strategie, welche von 2017 bis 2024 vorgesehen ist, verfolgt vier übergeordnete Ziele. «Die Verhinderung von Suchtkrankheiten, bedarfsgerechte Hilfe und Behandlungen für abhängige Menschen steht zur Verfügung, soziale sowie gesundheitliche Schäden werden vermindert und negative Auswirkungen auf die Gesellschaft werden verringert» (Bundesamt für Gesundheit, 2015). Zusätzlich möchte die Strategie bestehende Lücken schliessen, Synergien schaffen und eine Weiterentwicklung der Suchthilfe vornehmen (Bundesamt für Gesundheit, 2015).

Laut des schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (OBSAN) sind Alkoholerkrankungen ein häufiger Einweisungsgrund in die Psychiatrie per fürsorglicher Unterbringung¹³ (Schuler, Tuch, & Peter, 2018). Alkoholabhängigkeit verursacht jährlich mehr als vier Milliarden Franken an Gesundheitskosten (Bundesamt für Gesundheit, 2018).

NCD-Strategie

Nichtübertragbare Krankheiten, kurz NCD, gelten aktuell als häufigste Todesursache, in der Schweiz leidet jeder vierte Mensch an einer chronischen nicht übertragbaren Krankheit. Die Krankheiten verursachen neben persönlichem Leid auch hohe volkswirtschaftliche Kosten. Um die Strategie, welche für die Jahre von 2017 bis 2024 vorgesehen ist, umzusetzen, wurden sieben Handlungsfelder definiert.

¹³ Fürsorgerisch Unterbringung gemäss schweizerischem Zivilgesetzbuch Art. 426 «Eine Person, die an einer psychischen Störung oder an geistiger Behinderung leidet oder schwer verwahrlost ist, darf in einer geeigneten Einrichtung untergebracht werden, wenn die nötige Behandlung oder Betreuung nicht anders erfolgen kann.» (Aeppli, Hruesch-Millauer, & Sieber, 2018 Art.426A Massnahmen Abs.1)

Das Handlungsfeld 2, «Prävention in der Gesundheitsversorgung», sticht dabei in Bezug auf das Pilotprojekt besonders heraus. In diesem Feld sollen präventive Massnahmen entwickelt oder bestehende weiterentwickelt werden und die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Schnittstellen gefördert und optimiert werden. Dadurch und durch die anderen Handlungsfelder sollen mehrere Ziele erreicht werden, beispielsweise das Verringern der Anzahl von Menschen, die ein hohes Risiko aufweisen, an einer nichtübertragbaren Krankheit zu erkranken (Bundesamt für Gesundheit & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, 2016b). Nichtübertragbare Krankheiten verursachen laut dem Bundesamt für Gesundheit (2016b) 51 % der direkten Gesundheitskosten.

Psychische Krankheiten gehören zu nichtübertragbaren chronischen Krankheiten, das Pilotprojekt kann deswegen in die NCD-Strategie eingebettet werden.

Demenzstrategie

Die nationale Demenzstrategie (kurz NDS) erstreckt sich über die Jahre 2014 bis 2019. Die Strategie möchte zu einer verbesserten Lebenssituation für Betroffene beitragen, dafür wurden vier Handlungsfelder entwickelt: «Gesundheitskompetenz, Information und Partizipation/Bedarfsgerechte Angebote/Qualität und Fachkompetenz/Daten und Wissensvermittlung» (Bundesamt für Gesundheit & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, 2016a). Für das geplante Pilotprojekt sind alle Handlungsfelder bedeutend.

In der Schweiz leidet jede 50. Person der 65- bis 69-Jährigen an einer Demenz, in der Altersgruppe von 80 bis 84 Jahren ist bereits jede achte Person betroffen (Bundesamt für Gesundheit & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, 2016a). Demenz gehört zu einer der häufigsten psychischen Erkrankungen im höheren Alter, welche zu Pflegebedürftigkeit führt. Schätzungen gehen davon aus, dass sich bis ins Jahr 2040 die Zahl der Betroffenen verdoppeln wird (Alzheimer Schweiz, o.J.).

Die Strategie Sucht ist aus der Schweizer Historie gewachsen und verfolgt einen schadensmindernden Ansatz. Die NCD-Strategie ist die jüngste Gesundheitsstrategie und verfolgt hauptsächlich eine Kostenminderung. Die nationale Demenzstrategie möchte die Lebensqualität von Betroffenen und deren Angehörigen steigern. Alle Strategien berücksichtigen die psychische Gesundheit oder betreffen diagnostizierbare psychische Störungen (Sucht und Demenz). Es fehlt jedoch eine umfassende nationale Strategie, welche die restlichen Bereiche der psychischen Gesundheit abdecken kann.

4.3 Konzepte der Gesundheitsförderung

Die Konzepte der Gesundheitsförderung sind wegweisend für die Implementierung von gesundheitsförderlichen und/oder präventiven Projekten in der Praxis (Kolip u. a., 2012, S. 111).

Partizipation

Im folgenden Kapitel wird die Partizipation am Projekt anhand des Stufenmodells nach Kolip, Ackermann, Ruckstuhl und Studer (2012, S. 111) beschrieben.

Die Partizipation am Projekt wird berücksichtigt, indem die Zielgruppe in Form einer Fokusgruppe angehört wird. Auf dieser Stufe vier des Modells ist es wichtig, die Meinungen und Interessen der Zielgruppe zu erfassen. Zudem wird die Zielgruppe durch Vertreter_innen der Zielgruppe in der Begleitgruppe aktiv miteinbezogen, was der Stufe fünf entspricht. Ebenfalls ist die Stufe sechs abgedeckt, da die Teilnehmenden der Fokusgruppe bestimmen, wie man die Zielgruppe am besten anspricht (Wright u. a., 2007).

Empowerment

Empowerment wird als Lernprozess verstanden, welcher neue Handlungsspielräume öffnet und damit zu einer Erweiterung der Selbstbestimmung der eigenen Lebensgestaltung beiträgt („quint-essenz: Themen: Empowerment“, 2016).

Empowerment wird in das Programm MHFA 60+ integriert, indem die Kurse die Teilnehmenden befähigen, Krisensituationen zu erkennen und bedarfsgerecht zu handeln. Die Teilnehmenden erhalten die Möglichkeit, den Fokus des Kurses mitzubestimmen, indem sie die Themen, wie unter Punkt 4.5.1, nach Interesse gewichten. Zudem können die Kursteilnehmenden ihre eigenen Gesundheitskompetenzen durch die Teilnahme erweitern und das Erlernte so in den Alltag integrieren. Das MHFA-60+-Projekt kann dazu beitragen, dass die breite Öffentlichkeit befähigt wird, ihr Gesundheitspotenzial bestmöglich weiterzuentwickeln und zu verwirklichen (Weltgesundheitsorganisation, 1986, S. 2).

Die Teilhabe der Zielgruppe fördert eine bedürfnisorientierte Umsetzung. Die Berücksichtigung des Empowerment-Ansatzes ermöglicht die Stärkung von individuellen Ressourcen (Kolip u. a., 2012, S. 111).

4.4 Entwicklung der Interventionsstrategie MHFA 60+

Im folgenden Abschnitt werden die Vision, das Projektziel und die Strategie von MHFA 60+ erläutert. Des Weiteren werden die Zielgruppe sowie die geplanten Settings beschrieben.

4.4.1 Vision

Die Schweizer Allgemeinbevölkerung ist sensibilisiert und informiert über den Umgang mit psychischen Problemen bei «älteren Menschen». Die Lebensqualität von Menschen ab 60 Jahren wird nachhaltig verbessert. Zudem konnte die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen gesteigert werden.

4.4.2 Projektziel

35 % der Kursteilnehmenden des Erste-Hilfe-Kurses sind bis Ende 2022 über den möglichst wertfreien Umgang mit psychischen Problemen bei «älteren Menschen» sensibilisiert sowie informiert und wenden das erworbene Wissen bei Bedarf an.

4.4.3 Strategie

Die grundlegende Strategie von MHFA 60+ liegt darin, Laien durch einen Kurs Wissen über die psychische Gesundheit von Menschen ab 60 Jahren zu vermitteln. Durch das erworbene Wissen werden Laien befähigt, eine psychisch belastende Situation oder Krise zu erkennen und bedarfsgerecht zu handeln. Ein Handlungsschema dient als Orientierungshilfe.

4.4.4 Setting

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert ein Setting wie folgt: «Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.» (Weltgesundheitsorganisation, 1986, S. 5)

Fast alle Menschen in der Schweiz kennen jemanden, der an einer psychischen Belastung leidet (Bühler u. a., 2018b, S. 9).

Aufgrund dessen wird das Pilotprojekt nicht auf ein Setting hin konzipiert. Es kann in allen Settings implementiert werden, da das Projekt die gesamte Öffentlichkeit anspricht und sich somit an die alltägliche Umwelt der Schweizer Bevölkerung richtet (Weltgesundheitsorganisation, 1986).

Trotzdem ist es empfehlenswert, zwei wichtige Settings für das Projekt zu beachten: Arbeit und Bildungsstätten. Das Projekt MHFA 60+ zielt darauf ab, die Öffentlichkeit für die psychischen Anliegen von Menschen ab 60 Jahren zu sensibilisieren. Das Setting Arbeit eignet sich optimal, um das Projekt im betrieblichen Gesundheitsmanagement zu verankern. Ausbildungsstätten im Gesundheitswesen stellen ein weiteres wichtiges Setting dar, um zukünftige Fachpersonen für das Thema psychische Gesundheit im Alter zu sensibilisieren.

4.4.5 Zielgruppe

Das Handbuch und der Kursinhalt des MHFA 60+ richtet sich an Menschen ab 60 Jahren. Die Kursteilnehmenden, die akquiriert werden sollen, sind erwachsene Personen in der Deutschschweiz, welche Menschen ab 60 Jahren in einer psychisch belastenden Situation oder Krise unterstützen möchten oder ein allgemeines Interesse für die psychische Gesundheit von «älteren Menschen» zeigen.

4.5 Ziele, Meilensteine und Massnahmen

Im folgenden Kapitel werden die Ziele des Projekts, deren Meilensteine und die empfohlenen Massnahmen beschrieben. Um diesen komplexen Teil übersichtlicher darzustellen, werden die Massnahmen und Meilensteine dem dazugehörigen Ziel zugeordnet. Der Fokus der Massnahmen liegt in dieser Arbeit auf dem Kurshandbuch und dem Kurs. Weitere Massnahmen zu den Teilprojekten wie Übersetzung, Marketing, Business und Instruktorenkurse werden im Anhang 12.2 grob beschrieben. Die Inhalte wurden nach quint-essenz erstellt, jedoch weichen sie von der Struktur ab. Unter 13.2 befindet sich der Endbericht aus quint-essenz mit der originalen Darstellung (Gesundheitsförderung Schweiz, o.J.).

Die Umsetzung erfolgt in zwei übergeordneten Abschnitten: der Adaption des Handbuchinhaltes und der Adaption der Kursinhalte.

Bei den Abschnitten Handbuch und Kurs dient der australische Standardkurs als Basis und zur Orientierung. Um die Änderungen sichtbar zu machen, werden die Inhalte des australischen Handbuches und des Kurses vor den empfohlenen Massnahmen beschrieben. Das in dieser Arbeit entwickelte Handbuch MHFA 60+ dient gleichzeitig als Seminarleitfaden für den zielgruppenspezifischen Kurs.

Tabelle 9

Übersicht Meilensteine und Ziele I (eigene Darstellung, 2019)

Adaption Handbuch	
Meilenstein 2 Inhaltliche Anpassung an Zielgruppe und kulturellen Kontext	
Übergeordnetes Ziel	Zusammengefasste Ziele
Die inhaltlichen Anpassungen des Kurshandbuches sind am 30. September 2019 abgeschlossen.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die bisherigen epidemiologischen Daten aus Australien werden bis zum 30. Juli 2019 durch zielgruppenspezifische schweizerische oder EU-Daten ersetzt. 2. Der Abschnitt 1 Einleitung in die Thematik ist bis zum 5. März 2019 inhaltlich an die Zielgruppe angepasst. 3. Der Abschnitt 2 Störungsbilder ist bis zum 19. August 2019 inhaltlich an die Zielgruppe angepasst. 4. Der Abschnitt 3 Krise, ist bis zum 30. August 2019 inhaltlich an die Zielgruppe angepasst. 5. Der Anhang ist bis zum 30. September 2019 inhaltlich an die Zielgruppe angepasst.
Meilenstein 3 Inhaltliche Anpassung und Erstellung des Anhangs	
Der komplette Inhalt des Anhangs ist bis zum 30. September 2019 inhaltlich an die Zielgruppe angepasst, und neue Inhalte sind bis dahin erarbeitet.	Die Themen zu LGBTIQA+ und Demenz sind bis zum 30. September erstellt.

Tabelle 10

Übersicht Meilensteine und Ziele II (eigene Darstellung, 2019)

Kursinhalte	
Meilenstein 4 Kursinhaltliche Anpassungen auf Grundlage des Handbuches MHFA 60+	
Übergeordnetes Ziel	Zusammengefasste Ziele
Die Kursinhalte werden bis März 2020 auf die Zielgruppe «ältere Menschen» angepasst.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die PowerPoint-Präsentation für den Kurs wird bis Ende 2019 erstellt. 2. Die Übungen des Kurses 60+ werden bis Februar 2020 überarbeitet. 3. Die Filme, welche im Kurs gezeigt werden sollen, sind bis zum März 2020 erstellt. 4. Der Abschlusstest des Kurses wird bis März 2020 fertiggestellt.

4.5.1 Das Kurshandbuch

Das Kurshandbuch, das jeder Teilnehmende erhält, bildet die inhaltliche Grundlage für alle weiterführenden Umsetzungsmaterialien. Deshalb werden die Ziele, Meilensteine und Massnahmen des Kurshandbuchs beschrieben.

Das australische Kurshandbuch umfasst 187 Seiten und ist in drei Unterkapitel gegliedert. Im ersten Abschnitt werden die psychischen Probleme und Hilfsangebote im Allgemeinen erklärt und aufgezeigt, weshalb «Mental Health First Aid» benötigt wird. Der MHFA-Kursablauf wurde in Anlehnung an den physischen Erste-Hilfe-Kurs konzipiert (Kitchener u. a., 2018).

Im klassischen Nothelferkurs lernen Teilnehmende das ABCD-Handlungsschema¹⁴, um in Notfallsituationen angemessen zu handeln (Schweizerische Samariterbund, 2010). Das Handlungsschema für den australischen Erste-Hilfe-Kurs lautet «ALGEE». Das A steht für «Approach the person, assess and assist with any crisis» (Kitchener u. a., 2018, S. 15). Bei diesem Schritt steht das Ansprechen einer Person und Unterstützen in der Krisensituation im Vordergrund (Kitchener u. a., 2018, S. 15). Beim Schritt L «Listen and communicate non-judgementally» (Kitchener u. a., 2018, S. 15) ist es wichtig, dass die helfende Person aktiv zuhört und den Betroffenen möglichst nicht verurteilt (Kitchener u. a., 2018, S. 15). G steht für «Give support and information» (Kitchener u. a., 2018, S. 15). Ziel dieses Schrittes ist es, dass die Betroffenen ganzheitlich informiert und unterstützt werden, sowohl emotional als auch in alltäglichen Dingen (Kitchener u. a., 2018, S. 15). Der vierte Schritt E im Handlungsschema beschreibt die Massnahme «encourage the person to get appropriate professional help» (Kitchener u. a., 2018, S. 16). Betroffene sollen hierbei ermutigt werden, gegebenenfalls professionelle Hilfe und Unterstützung in Anspruch zu nehmen (Kitchener u. a., 2018, S. 16). Der letzte Schritt E steht für «encourage other supports» (Kitchener u. a., 2018, S. 16). In diesem Schritt wird die Person dazu motiviert, Selbsthilfestrategien zu entwickeln und/oder anzuwenden

¹⁴ Das ABCD-Handlungsschema: «**A**irway, **B**reathing, **C**irculation, **D**efibrillation» (Schweizerische Samariterbund, 2010).

sowie Unterstützung aus dem sozialen Umfeld zu nutzen (Kitchener u. a., 2018, S. 16).

Tabelle 11

Actionplan ALGEE (Kitchener u. a., 2018, S. 14)

Approach the person, assess and assist with any crisis
Listen and communicate non-judgementally
Give support and information
Encourage the person to get appropriate professional help
Encourage other supports

Im Abschnitt zwei werden einzeln die häufigsten und bekanntesten psychischen Störungsbilder beschrieben. Jedes Störungsbild enthält epidemiologische Daten und das angepasste Handlungsschema. Das Kapitel enthält Depressionen, Angstprobleme, Psychosen, Substanzmissbrauch, Spielsucht und Essstörungen. Im letzten Abschnitt wird aufgezeigt, wie Ersthelfer_innen in Krisensituationen unterstützen und agieren können. Die Krisensituationen sind suizidales Verhalten, nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten, Panikattacken, traumatische Ereignisse, psychotische Zustände, Zustände nach Alkohol- und Drogengebrauch und aggressives Verhalten (Kitchener u. a., 2018).

Der Anhang enthält spezifische Zielgruppen im australischen Kontext. Dazu gehören Aboriginal- und Torres Strait Islander¹⁵-Personen sowie LGBTIQ+¹⁶-Personen (Kitchener u. a., 2018).

Nach der Inhaltlichen Überarbeitung wird das Kurshandbucht lektoriert, korrigiert und gedruckt.

¹⁵ Aboriginal und Torres Strait Islander Personen: Ureinwohner von Australien (Australia, 2015)

¹⁶ LGBTIQ+: «L» steht für lesbisch, «G» für gay (schwul), «B» für bisexuell, «T» für trans, «I» für Menschen mit Geschlechtsvariante (intersexuelle Menschen)» (Gesundheitsförderung Schweiz, 2017)

Übersetzung

Das australische Kurshandbuch MHFA muss für die Erarbeitung von MHFA 60+ in deutscher Sprache vorliegen. Die detaillierten Zwischenziele befinden sich unter 12.2.1.

Meilenstein 1

Die Übersetzung des Handbuchs aus dem Englischen in die deutsche Sprache erfolgt bis zum 31. Mai 2019. Die Übersetzung stellt einen ersten wichtigen Schritt in diesem Projekt dar. Die weiteren Anpassungen können nun ohne sprachliche Hindernisse durchgeführt werden. Verzögert sich die Übersetzung, verkürzt sich die Zeit für die inhaltlichen Anpassungen.

Adaption

Die übersetzten Abschnitte werden fortlaufend der Teilprojektleitung zugesendet. Dies ermöglicht das parallele Überarbeiten des Inhalts und der Übersetzung. Das Teilprojektteam «Inhalt» besteht aus der Projektleitung und vier Mitarbeiter_innen. Die Kapitel werden durch die Teilprojektleitung den Mitarbeiter_innen zugewiesen, mit Ausnahme eines Mitarbeitenden, welcher ausschliesslich für die epidemiologischen Daten zuständig ist. Die Hilfsangebote, welche im Abschnitt zwei nach jedem Störungsbild vorkommen, werden durch den zuständigen Mitarbeitenden erarbeitet. Die im Abschnitt drei beschriebenen Krisen werden durch den Mitarbeitenden erarbeitet, welche_r die dazu passenden Störungsbilder erarbeitet hat. Jedes angepasste Kapitel wird im gesamten Team besprochen, um Unstimmigkeiten zu vermeiden. Die gesamten rechtlichen Grundlagen werden auf der Seite 76 erläutert. Allfällige Optimierungen werden anschliessend durch die zuständige Person vorgenommen. Die Projektleitung ist für das Zeitmanagement sowie die interne und externe Kommunikation und Koordination verantwortlich.

In der Arbeit werden die Punkte hervorgehoben, welche dringend angepasst, weggelassen oder ersetzt werden müssen. Die Textpassagen, welche nicht explizit erwähnt werden, wurden inhaltlich aus dem australischen Handbuch übernommen.

Meilenstein 2

Die Inhalte des Handbuches werden bis Ende September 2019 an die Zielgruppe «ältere Menschen» und schweizerische Verhältnisse angepasst. Dies beinhaltet Anpassungen von statistischen Daten wie Prävalenzen und Inzidenzen sowie an rechtliche und kulturelle Gegebenheiten.

Tabelle 12

Übergeordnetes Ziel 2 Anpassung des Handbuches (eigene Darstellung, 2019)

Übergeordnetes Ziel 2:

Die inhaltlichen Anpassungen des Kurshandbuches sind zum 30. September 2019 abgeschlossen.

Tabelle 13

Indikator und Sollwert der Adaption (Kolip u. a., 2012)

Indikator	Sollwert
Handbuch	Das gesamte Handbuch ist bis zum 30. September 2019 inhaltlich an die Zielgruppe «ältere Menschen» angepasst.

Tabelle 14

Zwischenziel 2.1 Epidemiologische Daten (eigene Darstellung, 2019)

Zwischenziel 2.1

Epidemiologische Daten

Die bisherigen epidemiologischen Daten aus Australien werden bis zum 30. Juli 2019 durch zielgruppenspezifische schweizerische oder EU-Daten ersetzt.

Massnahmen epidemiologische Daten

Ein Mitglied des Teilprojektteams «Inhalt» ist für die epidemiologischen Daten verantwortlich. Dies beinhaltet die Recherche von aktuellen statistischen Daten aus der Schweiz und der EU. Weltweite Daten, welche im australischen Handbuch vorhanden sind, werden auf ihre Aktualität überprüft und bei Bedarf aktualisiert.

Tabelle 15

Zwischenziel 2.2 Kapitel 1.1 (eigene Darstellung, 2019)

Zwischenziel 2.2

Abschnitt 1, Kapitel 1.1 Mental Health Problems in Australia

Das Kapitel 1.1 ist bis zum 28. Februar 2019 inhaltlich an die Zielgruppe angepasst und wurde vom Projektteam «Inhalt» genehmigt.

Massnahmen Abschnitt 1, Kapitel 1.1 Mental Health Problems in Australia

Der Titel wird von «Mental Health Problems in Australia» in «Probleme der psychischen Gesundheit bei «älteren Menschen» in der Schweiz» umbenannt. In der australischen Version für den Standardkurs wird beschrieben, was die psychische Gesundheit im Allgemeinen ist und was psychische Probleme sind. Die Häufigkeit von psychischen Problemen wird an die Zielgruppe «ältere Menschen» angepasst. Die Auswirkungen von psychischen Problemen werden anhand epidemiologischer Daten in der Schweiz aufgezeigt. Es wird empfohlen, die Auswirkungen von psychischen Problemen bei «älteren Menschen» in den Fokus zu stellen, wenn die Datengrundlage dies ermöglicht. Das Spektrum für Interventionen bei psychischen Problemen wird von Australien übernommen. Die Unterstützungsangebote wie Selbsthilfegruppen, Familien und Freunde oder komplementärmedizinische Angebote können beibehalten werden. Die professionellen Unterstützungsangebote im Gesundheitsbereich müssen an das Schweizer Gesundheitssystem angepasst werden. In der Schweizer Version werden folgende Berufe aufgezeigt: Hausärztinnen und Hausärzte, Psycholog_innen, Psychiater_innen, Psychotherapeut_innen, Psychiatrie-Pflegefachpersonen und Pflegefachpersonen in der Seniorenbetreuung, Ergotherapeut_innen und Genesungsbegleiter_innen. Der Text über «The Better Access Initiative» wird weggelassen, da es sich um das australische Versicherungsmodell «Medicare» handelt (Kitchener u. a., 2018, S. 3–10).

Tabelle 16

Zwischenziel 2.3 Kapitel 1.2 (eigene Darstellung, 2019)

Zwischenziel 2.3

Abschnitt 1, Kapitel 1.2 Mental Health First Aid?

Das Kapitel 1.2 ist bis zum 5. März 2019 inhaltlich an die Zielgruppe angepasst und wurde vom Projektteam «Inhalt» genehmigt.

Massnahmen Handlungsschema «ALGEE»

Die fünf Schritte des Handlungsschemas werden an die deutsche Sprache angepasst. Das Akronym soll primär auf Deutsch funktionieren, aber da die Lizenz für den Erste-Hilfe-Kurs schweizweit gilt (Mental Health First Aid australia, o.J.), wird empfohlen, dass das Akronym ebenfalls im französischen und italienischen Sprachgebrauch angewendet werden kann. Alle Schritte des Handlungsschemas, welche unter 4.5.1 beschrieben werden, können aus dem australischen Handbuch übernommen werden. Der Abschnitt «Es ist wichtig, sich um sich selbst zu kümmern» (Kitchener u. a., 2018, S. 17), soll beibehalten werden und wie in der australischen Version farblich hervorgehoben werden (Kitchener u. a., 2018, S. 11–17).

Tabelle 17

Zwischenziel 2.4 Handlungsschema (eigene Darstellung, 2019)

Zwischenziel 2.4

Handlungsschema «ALGEE»

Das Handlungsschema «ALGEE» wird durch die Steuergruppe bis zum 28. Februar 2019 in ein deutsches Akronym umgewandelt.

Massnahmen Umwandlung Akronym

Für das Akronym «ALGEE» wird eine deutsche Version konzipiert. Das Akronym dient als Hilfestellung für die Erste Hilfe in fünf Schritten. Die Anfangsbuchstaben sollen Auskunft über die jeweilige Aktion geben. Es ist zu empfehlen, dass das neue Akronym kompatibel mit der französischen und italienischen Sprache ist. So kann

gewährleistet werden, dass schweizweit das gleiche Akronym verwendet werden kann, falls MHFA 60+ in der Zukunft schweizweit umgesetzt wird.

Tabelle 18

Zwischenziel 2.5 Störungsbild Depression (eigene Darstellung, 2019)

Zwischenziel 2.5

Abschnitt 2, Kapitel 2.1 Depression

Das Kapitel 2.1 ist bis zum 17. Mai 2019 inhaltlich an die Zielgruppe angepasst und wurde vom Projektteam «Inhalt» genehmigt.

Massnahmen Abschnitt 2, Kapitel 2.1 Depression

Die Definition einer Depression wird beibehalten. Es wird darauf geachtet, dass statistische Daten aufgeführt werden, welche Menschen im Alter von 40 bis 65 Jahren und Menschen ab 65+ betreffen. Beim Thema der bipolaren Störung wird zusätzlich darauf hingewiesen, dass das erstmalige Auftreten einer bipolaren Störung nach dem 30. Lebensjahr sehr gering ist (Merikangas u. a., 2011). Als Ergänzung dient ein Informationskasten zur «Late Life Depression (LLD)». Diese tritt dann ein, wenn die erste Episode einer Depression nach dem 60. Lebensjahr erfolgt. Fand bereits eine Episode in jüngeren Jahren statt, spricht man von einer «early onset depression». Tritt die Erstmanifestation in höherem Alter ein, wird dies als «late onset depression» beschrieben (Hüll & Bjerregaard, 2015).

Die aufgelisteten Risikofaktoren werden angepasst. Die Geburt als Risikofaktor und die Erklärung der postnatalen Depression wird weggelassen, da statistisch gesehen eine Geburt mit über 60 Jahren selten ist (Bundesamt für Statistik, 2018a). Gemäss Grundlagebericht der Gesundheitsförderung Schweiz (2016) werden die Risikofaktoren für die psychische Gesundheit im Alter in verschiedene Faktoren und kritische Lebensereignisse eingeteilt. Zu den körperlichen Faktoren gehört beispielsweise der Verlust des Hör- und Sehvermögens sowie Schlafstörungen. Einsamkeit, soziale Isolation sowie Gewalt werden zu den sozialen Faktoren gezählt. Zudem wird Altersdiskriminierung als Risikofaktor erwähnt. Der Übergang in die Pensionierung und der Tod des Partners werden als kritische Lebensereignisse

definiert. Die erwähnten Faktoren und kritischen Lebensereignisse nach Gesundheitsförderung Schweiz (2016) werden für das Kurshandbuch berücksichtigt und dienen als Ergänzung zu den bestehenden Risikofaktoren (Boss, 2016, S. 109). Das Klimakterium als Risikofaktor wird ausgeschlossen, da es im Durchschnitt im Alter von 51 Jahren erreicht wird und somit nicht der Zielgruppe entspricht (Runnebaum & Rabe, 2013). Der Textabschnitt über Risikofaktoren einer bipolaren Störung wird gekürzt, da in der australischen Version Schwangerschaft und Geburt als Faktor ausführlich beschrieben werden und dies, wie bereits oben beschrieben, nicht zielgruppengerecht ist. Die meisten Interventionen bei der Depression, welche in der australischen Version aufgeführt sind, werden für die deutsche Version beibehalten. Die «SAME»-Therapie¹⁷ wird nicht genannt, da sie in der Schweiz nicht bekannt ist. Es wird empfohlen, die verschiedenen Interventionen in Unterkapitel aufzuteilen, um die Passage leserfreundlich zu gestalten.

Der Text über Suizid wird mit altersspezifischen Prävalenzdaten ergänzt, da die Suizidrate mit dem Alter zunimmt (Bundesamt für Statistik, 2017b). Im Kapitel über nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten wird darauf hingewiesen, dass geistig behinderte Personen bis ins hohe Alter gefährdet sind (Petermann & Nitkowski, 2016). Der assistierte Suizid wird im Abschnitt 3 Krisen behandelt.

Das Handlungsschema, welches an das Störungsbild Depression angepasst wurde, wird an die deutsche Version angepasst. Die Erst-Helfer_innen werden darauf hingewiesen, dass bei allen fünf Schritten allfällige körperliche Einschränkungen berücksichtigt werden sollten. Dies ist in allen krankheitsspezifischen Handlungsschemen zu berücksichtigen. Zum Beispiel sollte bei einem schlechteren Sehvermögen das Informationsmaterial in ausreichender Grösse geschrieben werden (Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband, 2012). Im Schritt eins wird zusätzlich darauf hingewiesen, dass soziale Kontakte gepflegt werden sollen, da die soziale Teilhabe im Alter ein Thema ist.

¹⁷ SAME: «S-Adenosylmethionine» ist eine im Körper hergestellte Verbindung, welches als Nahrungsergänzungsmittel im Gesundheitsshop erhältlich ist.» (Kitchener, Jorm, & Kelly, 2018, S. 27)

Tabelle 19

Zwischenziel 2.6 Störungsbild Angststörungen (eigene Darstellung, 2019)

Zwischenziel 2.6

Abschnitt 2, Kapitel 2.2 Angststörungen

Das Kapitel 2.2 ist bis zum 31. Mai 2019 inhaltlich an die Zielgruppe angepasst und wurde vom Projektteam «Inhalt» genehmigt.

Massnahmen Abschnitt 2, Kapitel 2.2 Angststörungen

Im Unterkapitel «Was sind Angststörungen?» werden die epidemiologischen Daten möglichst an die Zielgruppe «ältere Menschen» angepasst. Eine Tabelle mit den verschiedenen Angststörungen, welche die Prävalenzrate im australischen Standardbuch von 16 bis 85 Jahre aufzeigt, wird angepasst und dient dabei als Übersicht. Für das Kurshandbuch werden die Angststörungen mit dem Hinweis erweitert, dass ein Zusammenhang besteht zwischen körperlichen Gebrechen und dem erhöhten Risiko, eine Angststörung oder eine Depression zu entwickeln (Schneider & Heuft, 2012). Dazu gehört auch die Sturzangst (auch Post-Fall-Syndrom), welche sich häufig nach einem Sturz entwickelt (Pierobon & Funk, 2007). Eine starke Sturzangst, die oft mit einer Depression verbunden ist, erhöht das Sturzrisiko (Iaboni & Flint, 2013). Schätzungen gehen davon aus, dass in der Schweiz jährlich rund 83'000 Menschen ab 65 Jahren und älter stürzen (Beratungsstelle für Unfallverhütung, 2016). Die Sturzangst wird ebenfalls den Risikofaktoren hinzugefügt, welche die Mobilität der Betroffenen einschränken, da dies zur Einsamkeit führen kann (Sonnenmoser, 2015). Im Textabschnitt, in dem die professionellen Unterstützungsangebote aufgezeigt werden, wird der Sozialarbeiter durch den Genesungsbegleiter ersetzt.

Tabelle 20

Zwischenziel 2.7 Störungsbild Psychose (eigene Darstellung, 2019)

Zwischenziel 2.7

Abschnitt 2, Kapitel 2.3 Psychose

Das Kapitel 2.3 ist bis zum 14. Juni 2019 inhaltlich an die Zielgruppe angepasst und wurde vom Projektteam «Inhalt» genehmigt.

Massnahmen Abschnitt 2, Kapitel 2.3 Psychose

In der Beschreibung des Krankheitsbildes «Psychose» wird im australischen Kurshandbuch geschrieben, dass Verhaltensänderungen wie soziale Isolation ein Anzeichen dafür sein können, dass der/die Betroffene eine Psychose entwickelt. Hierbei ist es wichtig, zu erwähnen, dass soziale Isolation auch andere Ursachen haben kann, beispielsweise die Sturzangst (Sonnenmoser, 2015). Die Unterscheidung zwischen Psychosen und dem Krankheitsbild Schizophrenie wird vom australischen Buch übernommen. Die Stigmatisierung und Ausgrenzung wird von an Schizophrenie erkrankten Menschen als stark wahrgenommen (Holzinger, Beck, Munk, Weithaas, & Angermeyer, 2003). Deshalb wird die Thematik trotz rückläufigen Erstmanifestationen im Alter aufgezeigt. Studien zeigen, dass die Erstmanifestation von Psychosen bei 65 % der Betroffenen vor dem 25. Lebensjahr eintritt (V. A. Morgan u. a., 2012). Tritt die Erstmanifestation erst nach dem 40. Lebensjahr auf, ist die Abgrenzung von organisch bedingten Psychosen und demenziellen Entwicklungen zu berücksichtigen (Anditsch, Fasching, Psota, & Walter, 2009).

Um den Teilnehmenden organisch bedingte Verwirrheitszustände näherzubringen, wird das Delirium¹⁸ beschrieben, da dies der Zielgruppe entspricht. Ein Zusammenhang zwischen einem Delirium und dem Alter ist offenkundig (Lindesay, 2009). Rund 20 % der 65-Jährigen weisen bei Krankenseintritt ein Delir auf (Böhmer & Füsigen, 2008). Zudem ist es von hoher Bedeutung, ein Delirium

¹⁸ «Delirium ist eine plötzlich eintretende, wechselnde und meist reversible Störung des Geisteszustands.» (Huang, o.J.)

frühzeitig zu erkennen (Anditsch u. a., 2009), denn die Mortalität bei Betroffenen ist deutlich höher als bei nicht deliranten Menschen (Lyerly, 2013). Die Risikofaktoren für ein Delirium werden aufgeführt. Diese sind unter anderem «Demenz, Depression, älter als 65 Jahre, Einnahme von Psychopharmaka, Mangelernährung oder Dehydration, Alkoholmissbrauch, Multimorbidität, Immobilität, wiederkehrende Stürze, wenig soziale Kontakte» (Lorenzl, Füsgen, & Noachtar, 2019, S. 391).

Der Kasten zu Substanzmissbrauch und Psychose wird durch folgende Information ergänzt: Eine der häufigsten Komorbiditäten besteht zwischen Alkohol- und Substanzmittelkonsum und Schizophrenie. Der Krankheitsverlauf kann dadurch negativ beeinflusst werden (Hermle, Szlak-Rubin, Täschner, Peukert, & Batra, 2013). Bei den professionellen Unterstützungsangeboten wird, wie in den oberen Kapiteln bereits erwähnt, der Sozialarbeiter durch den Genesungsbegleiter ersetzt. Die Selbsthilfestrategien werden beibehalten, ausgenommen die «SAmE»-Therapie. Im Handlungsschema in Schritt 5 «E» wird der Informationskasten mit dem Vorsorgeauftrag und der Patientenverfügung weggelassen und im Anhang an den Schweizer Kontext angepasst.

Tabelle 21

Zwischenziel 2.8 Störungsbilder zu Substanzmissbrauch (eigene Darstellung, 2019)

Zwischenziel 2.8

Abschnitt 2, Kapitel 2.4 Substanzmissbrauch

Das Kapitel 2.4 ist bis zum 05. Juli 2019 inhaltlich an die Zielgruppe angepasst und wurde vom Projektteam «Inhalt» genehmigt.

Massnahmen Abschnitt 2, Kapitel 2.4 Substanzmissbrauch

Bei der Einleitung ins Thema werden die epidemiologischen Daten für die Schweizer Allgemeinbevölkerung sowie zielgruppenspezifische Konsumdaten aufgezeigt. Beim Textabschnitt «Substanzmissbrauch» werden Suchtdaten aufgeführt, welche «ältere Menschen» betreffen. Jedoch berücksichtigen die erwähnten epidemiologischen Daten oftmals nur Menschen, welche in Privathaushalten wohnhaft sind. Personen,

welche in Institutionen leben, werden in Erhebungen häufig nicht berücksichtigt (Schäufele, 2009).

Über 50 % der Menschen ab 55 Jahren konsumieren mindestens einmal wöchentlich Alkohol, die Tendenz ist mit zunehmendem Alter steigend und erreicht den Maximalwert bei den über 74-Jährigen (Gmel, Kuendig, Notari, & Gmel, 2017). Bei «älteren Menschen» können der Übertritt in die Pension, der Verlust von festen Tagesstrukturen, der Verlust einer nahestehenden Person und die Abnahme von Agilität Risikofaktoren für eine erhöhte Suchtgefahr darstellen (o.A., 2010). Die gleichzeitige Einnahme von Medikamenten und Alkohol birgt die Gefahr der Wechselwirkung. Die Folgen können unterschiedlich sein, die Wirkung der Medikamente können verstärkt, aber auch abgeschwächt werden. Gerade letzteres lässt das Risiko einer Medikamentenabhängigkeit steigen (Spectra, 2014). Zudem kann Alkohol Diabetes, Bluthochdruck, gastrointernale Erkrankungen, Schlaflosigkeit und Depression negativ beeinflussen (Kessler, Salis Gross, Koller, & Haug, 2012). Stürze, Inkontinenz, Mangelernährung, Suizidalität und Verwirrtheitszustände können weitere Folgen eines regelmässigen Alkoholkonsums darstellen (Schäufele, 2009). Trotz des signifikanten Anstiegs des Alkoholkonsums im Alter (Pantel, 2017) wird der Problematik zu wenig Beachtung geschenkt (World Health Organization, 2011).

Beim Informationskästchen «Wie viel ist zu viel?» werden die Masse angepasst, dabei ist zu beachten, dass die Verträglichkeit mit steigendem Alter abnimmt (Spectra, 2014, S. 106). Zum Beispiel enthält ein kleines Bier in Australien 425 Milliliter (ml) (Kitchener u. a., 2018), in der Schweiz entspricht ein kleines Bier 300ml (Bundesamt für Gesundheit, o.J.). In einem Informationskasten wird über die «Late-onset-Alkoholabhängigkeit (LOA)» berichtet. Da der Zeitpunkt des Eintretens in der Fachliteratur sehr unterschiedlich beschrieben wird, wurde in aktuellen Studien das Rentenalter und/oder ein Alter ab 50 bis 60 Jahren als Bestimmungspunkt definiert. Spricht man von «Early-onset-Abhängigkeit», ist der Beginn eines problematischen Trinkverhaltens vor dem Eintritt in die Pension gemeint. «Late onset» beschreibt das problematische Trinkverhalten ab 50 bis 60 Jahren oder dem Rentenalter. Studien aus Amerika zeigen auf, dass ein Drittel der Personen ab 60 Jahren, welche an

einem problematischen Trinkverhalten leiden, eine LOA aufweisen (Lieb, Rosien, Bonnet, & Scherbaum, 2008).

Das Thema «Cannabiskonsum» wird gekürzt, da der Konsum von Cannabis bei der Altersgruppe der über 64-Jährigen keine relevante Rolle spielt (Gmel u. a., 2017). Das Thema wird ergänzt durch die medizinische Verwendung bei chronischen Schmerzzuständen. Die Gesuche für die Anwendung von Cannabis für medizinische Zwecke beliefen sich in den letzten fünf Jahren auf 10'000 (Eidgenössisches Departement des Inneren & Bundesamt für Gesundheit, 2018).

Im australischen Kurshandbuch folgen Themen wie Opiate, welche Heroin inkludieren, pharmazeutische Mittel, Kokain, Amphetamin, Halluzinogene, Ecstasy, Inhalate und Tabak. Im angepassten Kurshandbuch wird Tabak als solches übernommen. Es wird ein Textabschnitt zum Thema «Medikamente» erstellt, welcher Opiate beinhaltet. Die restlichen Substanzmittel liegen in der 12-Monatsprävalenz für die Zielgruppe bei 0 bis 0,1 % und sind somit nicht relevant (Gmel u. a., 2017).

Die Einnahme von Schmerz-, Beruhigungs- und Schlafmittel nehmen mit steigendem Alter deutlich zu (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2018b). Seit Jahrzehnten ist bekannt, dass die Einnahme von Benzodiazepinen¹⁹ nicht nur beruhigt, sondern auch die Gedächtnisleistung beeinträchtigt (Barker, Greenwood, Jackson, & Crowe, 2004). Studien belegen einen Zusammenhang der regelmässigen Einnahme von Benzodiazepinen und einem erhöhten Demenzrisiko (Billioti de Gage u. a., 2014). Des Weiteren kann die beruhigende Wirkung Frühsymptome einer Demenz wie Schlaflosigkeit und innere Unruhe unterdrücken (Salzman & Shader, 2015). Die Risikofaktoren, eine Alkohol- oder Medikamentensucht zu entwickeln, werden ergänzt. Das Risiko für einen Missbrauch von Benzodiazepinen wird erhöht durch zunehmendes Alter, schlechten Allgemeinzustand, Gelenkschmerzen und Depressionen (Luijendijk, Tiemeier, Hofman, Heeringa, & Stricker, 2008) (Manthey

¹⁹ „Tranquilizer mit angsthemmender, beruhigender und entspannender Wirkung“ („Duden | Ben-zo-di-a-ze-pin | Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft“, o. J.)

u. a., 2012, 2011) (van Hulten, Teeuw, Bakker, & Leufkens, 2003). Das Handlungsschema muss nicht zielgruppenspezifisch angepasst werden.

Tabelle 22

Zwischenziel 2.9 Störungsbild Spielsucht (eigene Darstellung, 2019)

Zwischenziel 2.9

Abschnitt 2, Kapitel 2.4 Spielsucht

Das Kapitel 2.4 ist bis zum 28. Juli 2019 inhaltlich an die Zielgruppe angepasst und wurde vom Projektteam «Inhalt» genehmigt.

Massnahmen Abschnitt 2, Kapitel 2.4 Spielsucht

«Ältere Menschen» sind häufig im Lotto- oder Wettbereich vertreten, in Casinos oder im Automatenbereich sind sie in der Unterzahl. Trotzdem weisen in diesem Gebiet mit 22 % vor allem Rentern_innen einen hohen Anteil auf (Künzi, Fritschi, & Egger, 2004). Risikofaktoren für Spielsucht bei «älteren Menschen» können der Verlust einer nahestehenden Person, Gesundheitsprobleme oder wenig soziale Unterstützung sein. Studien zeigen, dass «ältere Menschen» ein kleineres Risiko einer Sucht aufweisen als jüngere. Verlieren sie jedoch eine grössere Summe durch das Spielen, haben sie mehr Schwierigkeiten, den Verlust auszugleichen (Centre for Addiction and Mental Health, Centre for Addiction and Mental Health, & Problem Gambling Project, 2005).

Beim Handlungsschema Schritt 3 soll im Kasten «Reduktion der negativen Auswirkungen des Spielens» darauf hingewiesen werden, dass «ältere Menschen» mehr Schwierigkeiten haben, einen Verlust auszugleichen, als dies bei jüngeren der Fall ist (Centre for Addiction and Mental Health u. a., 2005). Beim Schritt 4 wird darauf hingewiesen, dass eine Therapie gegen Spielsucht im Wohnkanton kostenlos ist (Zentrum für Spielsucht und andere Verhaltenssuchte, o.J.).

Tabelle 23

Zwischenziel 2.10 Störungsbilder zu Essstörungen (eigene Darstellung, 2019)

Zwischenziel 2.10

Abschnitt 2, Kapitel 2.5 Essstörungen

Das Kapitel 2.5 ist bis zum 19. August 2019 inhaltlich an die Zielgruppe angepasst und wurde vom Projektteam «Inhalt» genehmigt.

Massnahmen Abschnitt 2, Kapitel 2.5 Essstörungen

Im Bereich Essstörungen wird auf die Mangelernährung hingewiesen. Es werden epidemiologische Daten aufgezeigt. Über 10 % der 60-Jährigen sind in der Schweiz von Mangelernährung betroffen, dies nimmt mit steigendem Alter zu. Die Zahlen weisen jedoch nur die Prävalenz von hospitalisierten Menschen auf. Männer sind weniger von einer Essstörung betroffen als Frauen (Imoberdorf, Rühlin, Beerli, & Ballmer, 2014).

Der Textabschnitt «Verhaltensbedingte Warnsymptome» wird ergänzt durch das verlängerte Behalten von Nahrung in der Mundhöhle (Führwald, Gutierrez-Lobos, & Iglseder, 2008). Beim Text über die Physischen Warnsymptome wird der Punkt «Das Ausfallen der Menstruation» weggelassen, da das Klimakterium im Durchschnitt im Alter von 51 Jahren einsetzt.

Das Thema Anorexia Nervosa wird ersetzt durch die Altersanorexie. Diese kann durch den Verlust des Geschmacks-, Geruchs- und Sehsinns entstehen (Imoberdorf u. a., 2014). Nur die drei Hauptcharakteristiken der Anorexia Nervosa werden beibehalten. Alle Formen der Essstörungen können im höheren Alter auftreten, die Tendenz hat in den letzten Jahren zugenommen. Das Schönheitsideal der ewigen Jugend spielt dabei eine zentrale Rolle. Familiäre Ursachen wie Scheidung oder ein Todesfall können eine Essstörung fördern (Gagne u. a., 2012). Der Hinweis beim Punkt «Gesundheitsprobleme, welche durch Essstörungen ausgelöst werden», dass die Adoleszenz durch eine Essstörung verzögert eintritt, wird ausgelassen, da diese mit dem Erreichen des 20. Lebensjahres endet.

Der Punkt der Osteoporose und der Schwellung der Gelenke wird hervorgehoben. Die Risikofaktoren werden ergänzt durch Demenz, Schluckstörungen, Einschränkungen der Extremitäten beispielsweise durch Parkinson, Multimedikation, soziale Isolation, Armut und den Punkt einer falsch sitzenden Prothese (Führwald u. a., 2008).

Die Behandlung von Essstörungen während der Adoleszenz und deren Behandlung wird entfernt, da es für die Zielgruppe nicht relevant ist (Thyen & Konrad, 2018). Das Handlungsschema soll beim Schritt 5 ergänzt werden. Ist jemand im Gang eingeschränkt und kann aufgrund dessen nicht mehr einkaufen gehen, ist es wichtig, dass die betroffene Person unterstützt wird. Mit dieser banalen Hilfe kann präventiv gegen eine Mangelernährung vorgegangen werden (Führwald u. a., 2008).

Tabelle 24

Zwischenziel 2.11 Krise Suizid (eigene Darstellung, 2019)

Zwischenziel 2.11

Abschnitt 3, Kapitel 3.1 Suizidale Gedanken und Verhalten

Das Kapitel 3.1 ist bis zum 30. August 2019 inhaltlich an die Zielgruppe angepasst und wurde vom Projektteam «Inhalt» genehmigt.

Massnahmen Abschnitt 3, Kapitel 3.1 Suizidale Gedanken und Verhalten

In der Einführung in das Thema Krisen wird darauf hingewiesen, dass die Guidelines, welche in englischer Sprache verfasst sind, zu einem späteren Zeitpunkt in die deutsche Sprache übersetzt werden. Der erste Fokus liegt auf suizidalen Gedanken und Verhalten. Im ersten Punkt der Hinweisfakten befinden sich Zahlen über Australien, diese werden an Schweizer Verhältnisse und Zielgruppen spezifisch angepasst. Die Schweiz belegt im europäischen Bereich einen Spitzenplatz. Suizid ist die vierthäufigste Ursache für eine frühzeitige Sterblichkeit. Im Zeitraum zwischen 2005 und 2016 war die Suizidrate, ohne Berücksichtigung des assistierten Suizides, rückläufig. Im Alter steigt jedoch vor allem bei den Männern die Suizidrate deutlich an (Bundesamt für Statistik, 2018d).

Die Inanspruchnahme der Sterbehilfe ist zwischen 2005 und 2016 um 8,5 % gestiegen (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2018a). Der assistierte Suizid hat in der Schweiz keine rechtliche Konsequenzen, sofern, laut dem Strafgesetzbuch Art. 115 «Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord», keine «selbstsüchtigen Motive» bestehen (Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 2019). Im Zeitraum zwischen 2010 und 2014 waren 94 % der Menschen, welche die Sterbehilfe in Anspruch nahmen, über 55 Jahren alt. Die häufigste Begleiterkrankung ist mit 42 % Krebs, 3 % der Fälle litten an einer Depression, und 0,8 % der Menschen waren an einer Demenz erkrankt (Bundesamt für Statistik, 2016a, S. 2).

Die Information zu professioneller Hilfe muss an die Schweiz angepasst werden, da sie im Gegensatz zu Australien über mobile Krisenteams verfügt. Diese Aufgabe wird in der Schweiz durch die Polizei, Ambulanz und Feuerwehr übernommen. Der Notfallpsychiatrische Dienst ist in der Schweiz kantonal geregelt, deshalb gibt es keine schweizweite Notfallrufnummer.

Der Kasten mit den nationalen Notrufnummern wird wie in der folgenden Tabelle an die Schweiz angepasst:

Tabelle 25

*Notrufnummern Schweiz (Bundesamt für Kommunikation, 2013) (Bundesamt für Kommunikation, 2014)**

Notrufe	Wer
117	Polizeinotruf
118	Feuerwehr
144	Ambulanz
112	Europäische Notfallnummer
145	Tox Info Suisse (Toxikologisches Zentrum)
147	Schweizer Verband – Dargebotene Hand
1414	Schweizerische Rettungswacht*

Tabelle 26

Zwischenziel 2.12 Krise selbstverletzendes Verhalten (eigene Darstellung, 2019)

Zwischenziel 2.12

Abschnitt 3, Kapitel 3.2 Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten

Das Kapitel 3.2 ist bis zum 30. August 2019 inhaltlich an die Zielgruppe angepasst und wurde vom Projektteam «Inhalt» genehmigt.

Massnahmen Abschnitt 3, Kapitel 3.2 Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten

Wie im Abschnitt «Depression» erwähnt wurde, sind geistig behinderte Personen bis ins hohe Alter gefährdet, ein nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten aufzuweisen. Die Häufigkeit sinkt in der Altersspanne zwischen 30 und 40 Jahren (Petermann & Nitkowski, 2016). Gründe dafür können sein, dass das Selbstwertgefühl gestiegen ist oder dass die Betroffenen eine andere Art der Krisenbewältigung gefunden haben (Petermann & Nitkowski, 2016).

Tabelle 27

Zwischenziel 2.13 Krise Panik (eigene Darstellung, 2019)

Zwischenziel 2.13

Abschnitt 3, Kapitel 3.3 Panikattacken

Das Kapitel 3.3 ist bis zum 30. August 2019 inhaltlich an die Zielgruppe angepasst und wurde vom Projektteam «Inhalt» genehmigt.

Massnahmen Abschnitt 3, Kapitel 3.3 Panikattacken

In diesem Kapitel wird die Ähnlichkeit zwischen den Symptomen einer Panikattacke und eines Herzinfarktes hervorgehoben und darauf hingewiesen, dass im Zweifelsfall die Ambulanz gerufen werden soll. Mit zunehmendem Alter steigt in der Schweiz die

Inzidenz²⁰ sowie die Letalität²¹ für akute Myokardinfarkte an (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2018c).

Tabelle 28

Zwischenziel 2.14 Krise Traumatische Ereignisse (eigene Darstellung, 2019)

Zwischenziel 2.14

Kapitel 3.4 Traumatische Ereignisse

Das Kapitel 3.4 ist bis zum 30. August 2019 inhaltlich an die Zielgruppe angepasst und wurde vom Projektteam «Inhalt» genehmigt.

Massnahmen Kapitel 3.4 Traumatische Ereignisse

Das Kapitel über traumatische Ereignisse wird ergänzt durch zielgruppenspezifische Fakten. Menschen im höheren Alter leiden häufiger an den Folgen eines traumatischen Ereignisses, welches teilweise Jahrzehnte zurückliegt (Tagay, Gunzelmann, & Brähler, 2009). Die Ursache einer Trauma-Reaktivierung können in Verlusterfahrungen und Belastungen im Alterungsprozess liegen. Zudem zeigt sich, dass «ältere Menschen» einen anderen Umgang mit Traumata haben als jüngere. Folgen eines Traumas wie Schlafstörungen können im Alter falsch interpretiert und auf den Alterungsprozess zurückgeführt werden.

Der Umgang mit sexuellen Übergriffen hat sich in der Gesellschaft über die Jahre verändert. Bei älteren Generationen ruft die Thematik Schamgefühle hervor und wird tabuisiert (Affolter, 2018).

Viele «ältere Menschen» sind in der Schweiz mit der Thematik «Verdingkinder»²² in Kontakt gekommen, 1946 waren 10'000 Kinder im Kanton Bern davon betroffen („Verdingkinder“, 2004). Mehrere Betroffene berichteten von mehreren traumatischen

²⁰ Inzidenz: „Standardisierte Fallzahl pro 100'000 Einwohner/innen derjenigen Personen, welche aufgrund eines akuten Myokardinfarkts (ICD-10-Codes: I21-I22) hospitalisiert wurden oder gestorben sind.“ (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2018c)

²¹ Letalität: „Verhältnis der Todesfälle durch akute Myokardinfarkt (ICD-10-Codes: I21-I22) zur Zahl der Erkrankten (Anzahl Hospitalisierungen (ohne Todesfälle im Spital) oder Todesfälle).“ (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2018c)

²² Verdingkinder: «[...] Kinder, die nicht bei ihren leiblichen Eltern aufgewachsen sind, sondern fremdplatziert wurden.» (Affolter, 2018)

Ereignissen (Leuenberger, 2008; Wohlwend & Honegger, 2009). Im Jahr 1978 wurde eine schweizweite Gesetzesänderung für Pflegekinder geschaffen („Verdingkinder“, 2004). Zudem wird darauf hingewiesen, dass ein Trauma bei bestehender Demenz leichter hervorgerufen werden kann, da Erlebnisse in jüngeren Jahren leichter erinnert werden (Affolter, 2018).

Tabelle 29

Zwischenziel 2.15 Krise Psychose (eigene Darstellung, 2019)

Zwischenziel 2.15

Abschnitt 3, Kapitel 3.5 Psychotische Zustände

Das Kapitel 3.5 ist bis zum 30. August 2019 inhaltlich an die Zielgruppe angepasst und wurde vom Projektteam «Inhalt» genehmigt.

Massnahmen Abschnitt 3, Kapitel 3.5 Psychotische Zustände

Der Inhalt des australischen Handbuches wird komplett übernommen. Zusätzlich wird darauf hingewiesen, dass die Häufigkeit eines Deliriums im Alter zunimmt (Böhmer & Füsgen, 2008), wie im Kapitel Psychose ausführlich beschrieben wurde.

Tabelle 30

Zwischenziel 2.16 Krise Substanzmittelmissbrauch (eigene Darstellung, 2019)

Zwischenziel 2.16

Abschnitt 3, Kapitel 3.6 Zustände nach Alkohol- und Drogengebrauch

Das Kapitel 3.6 ist bis zum 30. August 2019 inhaltlich an die Zielgruppe angepasst und wurde vom Projektteam «Inhalt» genehmigt.

Massnahmen Abschnitt 3, Kapitel 3.6 Zustände nach Alkohol- und Drogengebrauch

Im australischen Kurshandbuch werden die Krisen nach Alkohol- und Drogengebrauch in separaten Kapiteln behandelt. In der Ausgabe 60+ werden diese zwei Kapitel zusammengelegt, da es zu viele Wiederholungen und Überschneidungen gibt. Die Fakten über Alkohol sowie Drogen werden beibehalten.

Zusätzlich wird wie im Kapitel Substanzmissbrauch darauf hingewiesen, dass die Einnahme von Medikamenten im Alter steigt (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2018b) und eine Wechselwirkung bei gleichzeitiger Einnahme von Alkohol und Medikamenten besteht (Spectra, 2014).

Tabelle 31

Zwischenziel 2.17 Krise aggressives Verhalten (eigene Darstellung, 2019)

Zwischenziel 2.17

Abschnitt 3, Kapitel 3.7 Aggressives Verhalten

Das Kapitel 3.7 ist bis zum 30. August 2019 inhaltlich an die Zielgruppe angepasst und wurde vom Projektteam «Inhalt» genehmigt.

Massnahmen Abschnitt 3, Kapitel 3.7 Aggressives Verhalten

Das Kapitel wird aus dem australischen Handbuch übernommen. Zudem wird das Kapitel ergänzt mit dem Hinweis, dass Demenz ein aggressives Verhalten auslösen kann. Das Verhalten wird oftmals durch Überforderung ausgelöst. Wichtig ist hierbei zu erwähnen, dass nicht alle Menschen, welche an einer Demenz leiden, ein aggressives Verhalten entwickeln (Ritter-Rauch & Schmitt-Mannhart, 2008).

Tabelle 32

Übergeordnetes Ziel 3 Anhang (eigene Darstellung, 2019)

Übergeordnetes Ziel 3
Anhang
Der komplette Inhalt des Anhangs ist bis zum 30. September 2019 inhaltlich an die Zielgruppe angepasst, und neue Inhalte sind erarbeitet.

Tabelle 33

Indikator und Sollwert des Anhangs (Kolip u. a., 2012)

Indikator	Sollwert
Handbuch Anhang	Der gesamte Anhang wird bis zum 30. September 2019 überarbeitet und zielgruppenspezifisch ergänzt.

Meilenstein 3

Der Anhang wird bis zum 30. September 2019 inhaltlich erarbeitet und an die Zielgruppe 60+ und den schweizerischen Kontext angepasst.

Tabelle 34

Zwischenziel 3.1 Anhang LBGTIQA+ (eigene Darstellung, 2019)

Zwischenziel 3.1
Anhang 4, 4.1 LBGTIQA+
Das Kapitel 4.1 LBGTIQA+ ist bis zum 30. September 2019 inhaltlich an die Zielgruppe angepasst.

Massnahmen Anhang 4, 4.1 LBGTIQA+

Um ein bedürfnisorientiertes Kapitel zu garantieren, wird empfohlen, Personen aus der LBGTIQA+-Community hinzuzuziehen, um die Inhalte zielgruppengerecht zu erarbeiten.

Tabelle 35

Zwischenziel 3.2 Anhang Demenz (eigene Darstellung, 2019)

Zwischenziel 3.2

Anhang 4, 4.2 Demenz

Das Kapitel 4.2 Demenz ist bis zum 30. September 2019 inhaltlich an die Zielgruppe angepasst.

Massnahme Anhang 4, 4.2 Demenz

Das Kapitel Demenz wird im Aufbau wie die Störungsbilder im Abschnitt zwei gestaltet. Zu Beginn wird erläutert, was Demenz ist. Mittels eines Informationskastens wird dem Lesenden aufgezeigt, warum Demenz ein wichtiger Bestandteil des Kurshandbuches ist. Zusätzlich werden hier die verschiedenen Formen von Demenz aufgeführt. Wie im Kapitel Einbettung beschrieben worden ist, nimmt die Zahl der Menschen, welche an Demenz leiden, ab dem 65. Lebensjahr zu. Schätzungen gehen davon aus, dass in der Schweiz rund 110'000 Menschen an Demenz erkrankt sind. Die Ursachen für eine Demenzerkrankung sind komplex. Aus medizinischer Sicht werden die Ursachen in die degenerative Hirnveränderung und die vaskuläre Demenz eingeteilt. Der Ursprung von degenerativen Hirnveränderungen wurde noch nicht vollständig erforscht (Bundesamt für Gesundheit & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, 2016a).

Die am häufigsten auftretende Form ist die Alzheimer-Krankheit, dabei kommt es durch Eiweissablagerungen zum Absterben von Nervenzellen, was zu Gedächtnisverlust führt. Ab 65 Jahren verdoppelt sich die Zahl der Demenzkranken. Rund 20 % aller Betroffenen leiden an einer vaskulären Demenz. Aufgrund von Durchblutungsstörungen im Gehirn sterben Nervenzellen ab (Faes & Studer, 2010). Die beiden Formen werden im Handbuch detailliert beschrieben sowie deren Behandlungsmöglichkeiten und Diagnoseverfahren aufgezeigt. Die Risikofaktoren werden in einem separaten Abschnitt aufgeführt, dazu gehören unter anderem Rauchen, Übergewicht, Diabetes und Stoffwechselstörungen. Die Belastung durch genetische Veranlagung ist bis heute nicht vollständig geklärt (Faes & Studer, 2010).

Um den Kursteilnehmenden einen Überblick über die professionelle Unterstützung aufzuzeigen, werden unter dem Punkt «Professionelle Unterstützung» Berufsgruppen aufgelistet, welche Betroffenen und deren Angehörigen Hilfeleistungen bieten. Dazu gehören Hausärzte, Psychologen, Psychiater, Neurologen, Pflegefachpersonen und Beratungsstellen bei Demenzerkrankungen.

Die am häufigsten auftretenden Krisen im Zusammenhang mit Demenz sind Depressionen und aggressives Verhalten. Bei den jeweiligen Punkten wird auf die entsprechenden Kapitel verwiesen. Die Symptome einer Demenzerkrankung und einer depressiven Störung können im Verlauf Ähnlichkeiten aufweisen. Depressionen können das Risiko für eine Demenzerkrankung steigern und begleitend zu einer Demenzerkrankung auftreten (*Demenz und Depression*, 2017). Menschen, welche an einer Demenz leiden, können ein aggressives Verhalten an den Tag legen. Ursachen dafür können Überforderung, Frustration sowie alltägliche Veränderungen sein, welche als Bedrohung empfunden werden (Ritter-Rauch & Schmitt-Mannhart, 2008).

Massnahme Anhang, 4.4.3 rechtliche Aspekte im Alter

In der Schweiz gibt es diverse Rechtsmittel, um in einer Notfallsituation rechtlich abgedeckt zu sein. In diesem Teil des Handbuches werden Kursteilnehmende darüber informiert, was ein Vorsorgeauftrag ist, welche Möglichkeiten eine Patientenverfügung hat und welche die wichtigsten Anlaufstellen bei Fragen sowie der Unterstützung beim Erstellen solcher Dokumente sind.

Es wird empfohlen, dass für die Erarbeitung dieses Abschnittes eine juristische Fachperson zugezogen wird und dass im Kurs der genaue Vorgang diskutiert wird.

Patientenverfügung

Die Patientenverfügung ist im Schweizerischen Zivilgesetzbuch Artikel 370-373 geregelt (Aeppli, Hruesch-Millauer, & Sieber, 2018, S. 184–185). Die Verfügung dient dazu, allfällige medizinische Massnahmen bei einer Urteilsunfähigkeit zu regeln. Die

Patientenverfügung muss bei Urteilsfähigkeit²³ schriftlich verfasst und unterschrieben sein. Der Hinterlegungsort kann auf der Krankenkassenkarte eingetragen werden. Wenn dem Willen des Verfassers der Patientenverfügung nicht nachgegangen wird, kann die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde hinzugezogen werden (Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde, o. J.-a).

Im Artikel 433, Ziff. 3 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches wird von einer allfälligen Patientenverfügung gesprochen, welche bei einer Behandlung einer Person mit einer psychischen Störung berücksichtigt werden muss (Aeppli u. a., 2018, S. 204 Art. 433, Abs. 3).

Vorsorgeauftrag

Solange eine Person urteilsfähig ist, wird empfohlen, einen Vorsorgeauftrag zu verfassen. Dieser stellt bei allfälliger Urteilsunfähigkeit sicher, dass eine Drittperson ermächtigt ist, anfallende Angelegenheiten zu regeln. Der Vorsorgeauftrag tritt in Kraft, wenn die betroffene Person nicht mehr urteilsfähig ist. Wenn ein rechtsgültiger Vorsorgeauftrag vorhanden ist, können zusätzliche Aufwände und Kosten vermieden werden. Der Vorsorgeauftrag muss handgeschrieben, von der urteilsfähigen Person eigenständig verfasst und unterschrieben oder durch ein Notariat beurkundet worden sein. Zusätzlich müssen die Aufgaben, welche von der Drittperson übernommen werden sollen, klar umschrieben werden. Solange die Person urteilsfähig ist, kann der Vorsorgeauftrag jederzeit geändert und je nach Wohnkanton bei der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde oder beim Zivilstandesamt hinterlegt werden (Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde, o. J.-b). Damit die Rechtsgültigkeit vorhanden ist und die notwendigen Informationen gegeben werden können, wird empfohlen, die Unterstützung von Rechtsberatungsstellen wie der Pro Senectute zu Rate zu ziehen (Pro Senectute, o.J.).

²³ Urteilsfähig nach dem schweizerischen Zivilgesetzbuch: «Urteilsfähigkeit im Sinne dieses Gesetzes ist jede Person, der nicht wegen ihres Kindesalters, infolge geistiger Behinderung, psychischer Störung, Rausch oder ähnlicher Zustände die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäss zu handeln.» (Aeppli u. a., 2018, S. 32 Art. 16 Abs. 2)

In der folgenden Tabelle sind diverse Anlaufstellen aufgelistet, die bei Fragen und zur Unterstützung beigezogen werden können und/oder Vorlagen zur Verfügung stellen.

Tabelle 36

Anlaufstellen rechtliche Aspekte (eigene Darstellung, 2019)

Anlaufstelle	Ist behilflich bei	Webseite
Pro Senectute	Patientenverfügung und Vorsorgeauftrag	https://www.prosenectute.ch/de/dienstleistungen
Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde	Patientenverfügung und Vorsorgeauftrag	http://www.kesb-schutz.ch/beratungen/rechtsg
Pro Mente Sana	Psychiatrische Patientenverfügung	https://www.promentesana.ch/de/beratung/rec
Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)	Patientenverfügung	https://www.fmh.ch/dienstleistungen/recht/pati
Pro Infirmis	Patientenverfügung und Vorsorgeauftrag	https://www.proinfirmis.ch/behindertwastun/erv und-patientenverfuegung.html
Schweizerisches Rotes Kreuz	Patientenverfügung	https://patientenverfuegung.redcross.ch/

Empfohlene Zuständigkeit

Die folgende Tabelle dient dazu, die empfohlene Umsetzung anhand von Mitarbeitenden übersichtlich aufzuzeigen. Wie in den einzelnen Massnahmen beschrieben, ist ein_e Mitarbeiter_in für die epidemiologischen Daten zuständig. Drei weitere Mitarbeiter_innen befassen sich mit der Adaption der Störungsbilder und den am Störungsbild beteiligten Krisen.

Tabelle 37

Zuständigkeitstabelle (eigene Darstellung, 2019)

Mitarbeiter_in	Störungsbild	Krise	Anhang
Mitarbeiter_in 1	Depression & Spielsucht	Suizidale Gedanken & Verhalten, Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten	Mit einer externen Person zu LGBTIQ+
Mitarbeiter_in 2	Angststörungen & Essstörungen	Panikattacken & Traumatische Ereignisse	
Mitarbeiter_in 3	Psychose & Substanzmissbrauch	Psychotische Zustände, Aggressives Verhalten & Alkohol- und Substanzmissbrauch	
Mitarbeiter_in 4	Epidemiologische Daten gesamtes Handbuch	Epidemiologische Daten gesamtes Handbuch	Demenz

4.5.2 Kurs MHFA 60+

Im MHFA-Standardkurs werden die Inhalte des Handbuchs vermittelt.

Normalerweise werden die Inhalte zu den Störungsbildern «Spielsucht» und «Essstörungen» nicht thematisiert. Die Instruktoren gehen auf die Bedürfnisse der Gruppe ein und richten den inhaltlichen Schwerpunkt danach. Ist beispielsweise das Thematisieren von Essstörungen ein Anliegen der Gruppe, so wird das Thema behandelt. Ist dies der Fall, sollten andere Themen gekürzt oder die praktische Übungszeit verringert werden. Ansonsten kann der Zeitplan nicht eingehalten werden.

Das Handlungsschema ALGEE wird mit diversen praktischen Beispielen für jedes Störungsbild geübt. Um ein attraktives Lernklima zu gestalten, werden die Inhalte mittels Frontalunterricht, Gruppen- und Einzelübungen sowie audiovisuellen Medien unterrichtet. Die Anwendung von «ALGEE» in Rollenspielen bereitet die Teilnehmenden darauf vor, in einer Krisensituation zu agieren.

Der MHFA-Standardkurs dauert 12 Stunden, in Australien wird der Kurs an zwei Tagen abgehalten. Die Inhalte des Kurses werden in vier Sequenzen abgehalten. Jede Sequenz beinhaltet ein Störungsbild und die am naheliegendsten Krisen. Alle Teilnehmenden erhalten das Kurshandbuch und schliessen den Kurs mit einem Ersthelferzertifikat ab. Um das Zertifikat zu erlangen, wird online eine einfache Wissensüberprüfung durchgeführt. Während des Wissenstests dürfen die Teilnehmenden das Kursbuch als Hilfsmittel verwenden. Der Test dient nicht nur der Wissensüberprüfung, sondern auch der Qualitätssicherung des Kurses.

Tabelle 38

Übergeordnetes Ziel 4 Kursinhalte (eigene Darstellung, 2019)

Übergeordnetes Ziel 4
Kursinhalte
Die Kursinhalte werden bis Ende März 2020 an die Zielgruppe «ältere Menschen» angepasst.

Tabelle 39

Indikator und Sollwert des Kurses (Kolip u. a., 2012)

Indikator	Sollwert
Kursinhalte	Alle verwendeten Kursmaterialien des australischen Standardkurses werden bis Ende März 2020 überarbeitet und angepasst.

Meilenstein 4

Der Kurs 60+ wird bis März 2020 adaptiert. Dies beinhaltet die Übernahme der inhaltlichen Anpassungen des Kurshandbuches 60+. Die Kursmaterialien werden inhaltlich an die Zielgruppe «ältere Menschen» angepasst.

Tabelle 40

Zwischenziel 4.1 Präsentation (eigene Darstellung, 2019)

Zwischenziel 4.1
PowerPoint-Präsentation
Die PowerPoint-Präsentation für den Kurs wird bis Ende Dezember 2019 erstellt.

Massnahmen PowerPoint-Präsentation

Die Mitarbeitenden des Teilprojektteams Inhalt sind für die Erstellung der Präsentation verantwortlich. Sie erstellen zu ihren jeweiligen Störungsbildern und Krisen die Inhalte der Präsentationsfolien.

Tabelle 41

Zwischenziel 4.2 Übungen (eigene Darstellung, 2019)

Zwischenziel 4.2

Übungen

Die Übungen des Kurses 60+ werden bis am 14. Februar 2020 überarbeitet.

Massnahmen Übungen

Im australische Standardkurs dienen die Übungen dazu, das Verständnis bezüglich der psychischen Gesundheit zu fördern oder zu schaffen, das Handlungsschema spielerisch zu erlernen, Symptome der einzelnen Störungsbilder kennenzulernen und in gezielten Rollenspielen die Handlungsfähigkeit zu üben. Um die Übungen an den Kurs «ältere Menschen» anzupassen, werden folgende Änderungen empfohlen: Die Übungen zum Handlungsschema müssen das neue Akronym beinhalten. Die Aufgaben zu den einzelnen Störungsbildern orientieren sich am Handbuch für «ältere Menschen». Bei den Rollenspielen werden Fallbeispiele behandelt, welche Situationen von «älteren Menschen» widerspiegeln, beispielsweise den Umzug in ein Alters- und Pflegeheim oder die soziale Isolation nach dem Tod des Ehepartners. Um eine möglichst reale Situation zu gestalten, wird empfohlen, generationsübliche Namen zu verwenden.

Tabelle 42

Zwischenziel 4.2 Audiovisuelle Medien (eigene Darstellung, 2019)

Zwischenziel 4.3

Audiovisuelle Medien

Die Filme, welche im Kurs gezeigt werden, sind bis am 27. März 2020 erstellt.

Massnahmen audiovisuelle Medien

Um die Kursinhalte abwechslungsreich zu vermitteln, werden Filmsequenzen gezeigt. Die Filme des australischen Kurses zeigen, wie das Handlungsschema «ALGEE» bei jedem Störungsbild angewendet werden kann. Gewisse Filme können vom australischen Standardkurs übernommen werden, müssen aber mit deutschen

Untertiteln versehen werden. Die Textskripte werden von MHFA Australien zur Verfügung gestellt. Die Übersetzungsinstitution, welche das Handbuch übersetzt, wird die Textskripte auf Deutsch übersetzen und im Film untertiteln. Für zielgruppengerechte Fallbeispiele wird empfohlen, eigene Filme zu produzieren. Der Kurs «ältere Menschen» soll die Teilnehmenden befähigen, in Krisensituation zu handeln, deswegen wird der Fokus auf praktische Übungen gelegt. Das Zeigen von Filmen wird deshalb nur punktuell verwendet. Daher empfiehlt es sich, nur wenige, dafür qualitativ hochwertige und zielgruppengerechte Filme zu produzieren. Die Verantwortung der Produktion der Filme liegt beim Teilprojektteam «Marketing».

Tabelle 43

Zwischenziel 4.5 Wissenstest (eigene Darstellung, 2019)

Zwischenziel 4.5

Wissenstest

Der Abschlusstest des Kurses wird bis am 27. März 2020 fertiggestellt.

Massnahmen Wissenstest

Wie im australischen Standardkurs wird das erworbene Wissen nach der Beendigung des Kurses erhoben. Der oder die zuständige Mitarbeiter_in, welche die epidemiologischen Daten für das Handbuch erarbeitet, stellt die Fragen für den Test zusammen. Der Test beinhaltet Single-choice-Fragen mit mehreren Antwortoptionen sowie Aussagen, welche mit «Richtig» oder «Falsch» beantwortet werden sollen, und eine offene Frage. Bei dieser wird die Anwendung des Handlungsschemas anhand eines Fallbeispiels überprüft.

4.6 Termine

Der Zeitplan befindet sich im Anhang unter Abbildung 50, da der Platz dieser Arbeit beschränkt ist.

4.7 Budget

Dass Budget wird in der Arbeit nicht aufgeführt, da es den Rahmen sprengen würde. Im Anhang 12.3.2 befindet sich ein Vorschlag für die Budgetierung des Projektes.

4.8 Projektorganisation

Die Projektorganisation nach «quint-essenz» unterteilt sich in folgende drei Aspekte: die Projektstruktur, die Qualifikationen und die Vernetzung (Kolip, Ackermann, Ruckstuhl, & Studer, 2012).

4.8.1 Projektstruktur

In einer Projektstruktur werden alle Anspruchs- und Zielgruppen, welche am Projekt beteiligt sind, aufgeführt. Die Zusammensetzung der Projektstruktur ist dynamisch, Anspruchs- und Zielgruppen können sich im Verlauf eines Projektes verändern. Als Hauptinstrument zur Darstellung einer Projektstruktur von «quint-essenz» dient der Strukturplan. Dieser wird nicht nur als Präsentationsinstrument verwendet, sondern auch als Orientierungshilfe für die Identifizierung von Rollen und Aufgaben sowie potenzieller Widerstände.

Um sich in einem Projekt auf die zentralen Aspekte zu fokussieren, dient der Strukturplan der Abgrenzung. Im Zentrum stehen das Projektteam und die Projektleitung, welche das Herzstück des Projektes bildet. Die Trägerorganisation für das Projekt «MHFA 60+» ist die Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana, welche die Lizenz für MHFA Schweiz besitzt (Pro Mente Sana, 2019). Zusätzlich stellt sie die grössten finanziellen und personellen Mittel zur Verfügung. Die Pro Senectute unterstützt das Projekt mit zusätzlichen finanziellen Mitteln.

Die Begleitgruppe dient nicht nur als Ergänzung des Fachwissens, sondern auch als Vernetzungsplattform. Die Teilnehmenden der Begleitgruppe sind wichtige Akteure aus Gesundheit, Wirtschaft, potenziellen Kundengruppen und des öffentlichen Dienstes. Die Wahl der Teilnehmenden fiel bewusst, da sie wichtige Akteure in der Implementierung und Verbreitung des Projektes darstellen. Um die Akzeptanz bei den Fachpersonen für Laienhilfe zu stärken und vom fachlichen Know-how zu

profitieren, befinden sich Psychologen und Psychiaterverbände in der Begleitgruppe. Dies kann die kritische Einstellung gegenüber der Laienhilfe verringern und Widerständen entgegenwirken. Grossunternehmen wie die Migros sind in der Begleitgruppe vertreten, um deren Bedürfnissen zu erfassen und um diese ins Projekt einfließen zu lassen. Als Sprachrohr der Zielgruppe 60+ sind Akteure wie die Alzheimerstiftung, das Schweizerische Rote Kreuz, der Schweizerische Seniorenrat und Gesundheitsinstitutionen vertreten. Die Steuergruppe setzt sich aus einer Fachperson im Bereich Psychiatrie, dem Geldgeber und der Projektleitung zusammen, da sie die wichtigsten Akteure im Projekt sind. Im Gegensatz zur Begleitgruppe, welche Wissen und Know-how in das Projekt einbringt, trifft die Steuergruppe die Entscheidungen. Das Ursprungsprojekt MHFA Australien ist das wichtigste Partnerprojekt. Um die Lizenz von MHFA Australien zu erwerben, sind Qualitätskriterien zur Gewährleistung der Evidenz einzuhalten (Mental Health First Aid australia, o.J.). Das Projekt MHFA 60+ wird von Naty Bovopoulos von MHFA Australien begleitet, die bei Fragen als Ansprechpartnerin dient.

Um die Umsetzung des Projekts zu erleichtern, wird empfohlen, den Zugang über das Setting Arbeit und Lernen zu schaffen. Im Setting Arbeit sollen Arbeitnehmende ab 60 Jahren durch MHFA 60+ für das Thema psychische Gesundheit im Alter sensibilisiert werden. Im Setting Lernen sollen zukünftige Fachpersonen im Gesundheitswesen sensibilisiert werden. Am Kurs MHFA 60+ können alle erwachsenen Personen aus der Deutschschweiz teilnehmen. Der Kursinhalt ist spezifisch an die Bedürfnisse, Prävalenzen und Inzidenzen von Personen ab 60 Jahren angepasst (Kolip u. a., 2012).

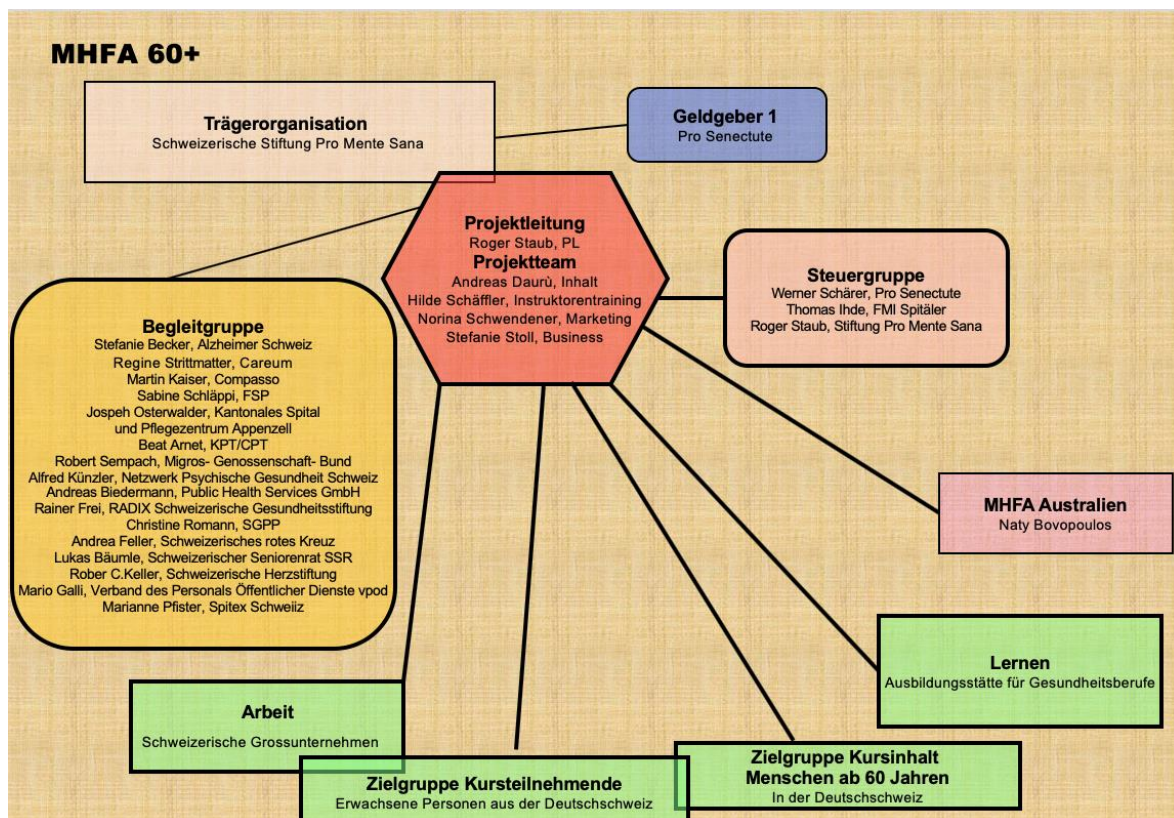


Abbildung 3. Strukturplan MHFA60+ (Gesundheitsförderung Schweiz, 2008)

4.8.2 Qualifikationen

Der Projektleiter Roger Staub, Geschäftsleiter von Pro Mente Sana, verfügt aufgrund seiner erfolgreichen Zeit beim Bundesamt für Gesundheit und als Mitgründer der «Stopp Aids Kampagne» in der Schweiz über Methodenkenntnisse zu Interventionen. Thomas Ihde, Chefarzt der psychiatrischen Abteilungen der Regionen Frutigen, Meiringen und Interlaken, verfügt über ein ganzheitliches fachliches Wissen über alle Spektren der psychischen Gesundheit. Zugleich ist er der Stiftungspräsident der Schweizerischen Stiftung Pro Mente Sana. Der Geschäftsleiter der Pro Senectute Schweiz kennt die Bedürfnisse von Menschen ab 60 Jahren und besitzt ein breites Wissen über politische und rechtliche Themen. Andreas Daurü, ehemaliger Psychiatriepflegefachmann, Teilprojektleiter «Inhalt», arbeitet seit über fünf Jahren im Psychosozialen Team der Pro Mente Sana. Er leitete bereits mehrere Projekte und ist in der Beratung aktiv. Er zeichnet sich durch Empathie, Geduld und eine hohe Sozialkompetenz aus. Die Verantwortliche für das Teilprojekt «Instruktoren-Training», Hilde Schäffler, verfügt über langjährige

Erfahrung in der Forschung. Für das Teilprojekt «Marketing» ist Norina Schwendener verantwortlich, die eidgenössisch diplomierte Kommunikationsplanerin besitzt ein grosses Know-how in der Kampagnenplanung. Stefanie Stoll, Teilprojektleiterin «Business», verfügt über mehrjährige Erfahrung in Non-profit-Organisationen und Kompetenzen im Qualitätsmanagement.

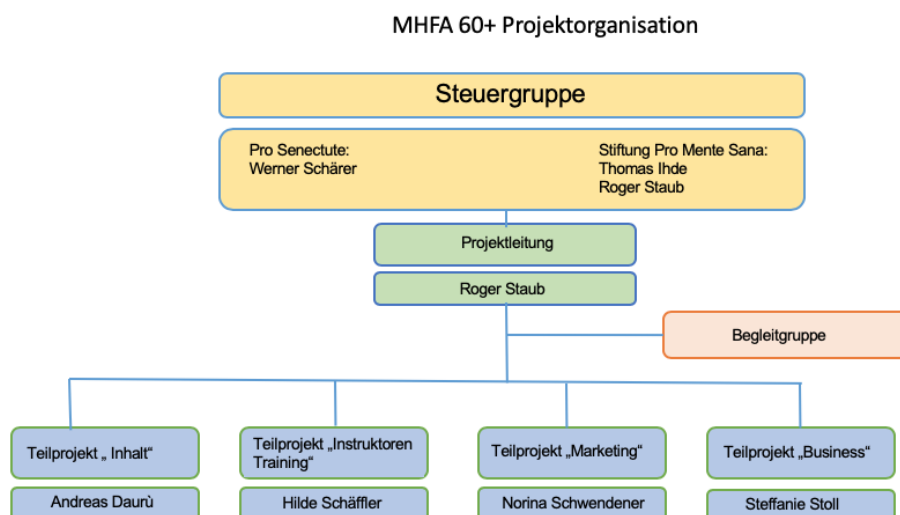


Abbildung 4. Organigramm (vgl. Pro Mente Sana, unveröffentlicht 2018)

4.8.3 Vernetzung

MHFA 60+ ist aufgrund der erworbenen Lizenz an Vorgaben von MHFA Australien gebunden (Mental Health First Aid australia, o.J.). Aufgrund dessen findet regelmässig ein Austausch mit Australien statt. Zudem können durch die Begleit- und Steuergruppe neue Synergien geschaffen werden, da verschiedene Akteure sowie die Zielgruppe vertreten sind. Alle Verantwortlichen der Teilprojekte verfügen über eigene Netzwerke, welche als wichtige Ressource für ihren Bereich dienen. Einen weiteren Vernetzungspunkt stellen bisherige Interventionen dar. Es wird empfohlen, MHFA 60+ ins Projekt «VIA» miteinfließen zu lassen. Das Handlungsfeld zwei «Sensibilisierung, Aufklärung und Wissensvermittlung zu psychischer Gesundheit und Krankheit» wäre dafür bestens geeignet (Biedermann u. a., 2014). Um MHFA 60+ strukturell zu verankern, wird eine Zusammenarbeit mit AvantAge empfohlen. AvantAge ist eine Dienstleistung von Pro Senectute und bietet Seminar rund um das Thema Alter und Beruf an (*Späte Freiheit*, o. J.).

4.9 Projektsteuerung

In diesem Abschnitt wird eine Empfehlung der Evaluation des Vorgehens aufgezeigt. Die Evaluation ist bewusst kurzgefasst, da es sich um ein theoriebasiertes Pilotprojekt handelt. Es wird empfohlen, bei der Implementierung in die Praxis ein ausführliches Evaluationskonzept zu erarbeiten.

4.9.1 Evaluation

Aufgrund der beschränkten Wortzahl der Bachelorarbeit wird die Evaluation nicht ausführlich dargestellt. Es werden lediglich Vorschläge aufgezeigt, wie die Evaluation von MHFA 60+ durchgeführt werden könnte. Die Ziele sowie die Massnahmen und definierte Meilensteine sind Empfehlungen.

Die Evaluation von MHFA 60+ dient primär der Optimierung, Legitimierung sowie der Wissensgenerierung. MHFA Schweiz ist an Lizenzvorgaben gebunden. Zu diesen gehört eine kontrollierte, randomisierte Studie zur Überprüfung der Evidenz (Mental Health First Aid international, o.J.).

Es wird empfohlen, die Evaluationsstandards der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft, kurz Seval, zu berücksichtigen. Die Kriterien dienen als Basis für die Planung einer Evaluation. Die SEVAL-Kriterien können generell bei allen Evaluationsarten berücksichtigt werden. Die Kriterien sind in drei Gruppen unterteilt. Die erste Gruppe listet allgemeine Grundprinzipien auf, Gruppe zwei führt Aspekte bei der Planung und Durchführung auf und Gruppe drei bezieht sich auf Standards der Bewertung und Ergebnisvermittlung (Rüefli, Zweidler, & Koci, 2016). Es wird empfohlen, die Evaluation formativ und summativ durchzuführen. Dies bedeutet, dass Evaluationszeitpunkte vor, während (formativ) sowie nach den Massnahmen erhoben werden (summativ) (Kolip u. a., 2012) .

Um das Projekt zu evaluieren, werden in der folgenden Tabelle verschiedene Erhebungsmethoden oberflächlich vorgeschlagen.

Tabelle 44

Übersicht Evaluation (eigene Darstellung, 2019)

Evaluationsfrage	Methode	Zeitpunkt
Werden mit dem Programm die Outcome- Ziele zur Steigerung von Wissen und Gesundheitskompetenzen erreicht?	Elektronischer Fragebogen	<ul style="list-style-type: none"> • Prä-Post Messung des Kurses • Follow-up nach sieben Monaten
Wurde MHFA 60+ als Marke in der Öffentlichkeit etabliert?	Medienspiegel anhand von Google Alerts	<ul style="list-style-type: none"> • Fortlaufend
Wird das Thema psychische Gesundheit im Alter verstärkt in der Öffentlichkeit diskutiert?	Klickzahlen überprüfen	<ul style="list-style-type: none"> • Fortlaufend
Gibt es Einsparungsmöglichkeiten, die im nächsten Jahr beachtet werden können?	Budgetrevision	<ul style="list-style-type: none"> • Jahresabschluss • Budgetaufstellung der folgenden Jahre
Wurde die Anzahl Instruktoren und Instructorinnen erreicht?	Anzahl der Verträge der Instruktoren und Instructorinnen überprüfen	<ul style="list-style-type: none"> • Fortlaufend
Konnte das Wissen durch den Kurs 60+ verbessert werden?	Punktezahl des Wissenstests nach Kursbeendigung	<ul style="list-style-type: none"> • Fortlaufend

4.9.2 Dokumentation

Für die Dokumentation werden zwei unterschiedliche Systeme verwendet. Damit alle Mitarbeitenden der Teilprojekte Zugriff auf relevante Dokumente und Daten haben, wird intern ein Laufwerk erstellt. Darauf befinden sich Vorlagen zur Dokumentation von projektrelevanten Schritten sowie Sitzungsprotokolle. Jeder Mitarbeitende ist selbständig für die Führung des Projektjournals nach Vorlage verantwortlich. Die Projektleitung sowie die Steuergruppe verfügen über zusätzliche Dokumente, welche für die Projektmitarbeitenden nicht zugänglich sind, zum Beispiel vertrauliche Verträge zwischen der Trägerschaft und dem Geldgeber. Personen aus der Begleitgruppe haben durch das genutzte Projektmanagementtool quint-essenz jederzeit und überall Zugriff auf Informationen (Gesundheitsförderung Schweiz, o.J.).

4.10 Ergebnisse

Gemäss quint-essenz wird im folgenden Abschnitt die Zielerreichung, Valorisierung und die Nachhaltigkeit anhand der Evaluation beschrieben. Durch die randomisierte, kontrollierte Studie, welche aufgrund der Lizenzvorgabe von MHFA Australien durchgeführt werden muss, kann ein Teil der Zielerreichung überprüft werden (Mental Health First Aid international, o.J.). Die Evaluation des Projektes dient der ganzheitlichen Überprüfung. Es wird empfohlen, die Ergebnisse beider Erhebungen mittels einer Berichtlegung der Öffentlichkeit zugänglich zu machen. So kann die Transparenz gewahrt werden. Da MHFA 60+ auf mehreren Handlungsebenen ansetzt, kann die Nachhaltigkeit des Projektes gefördert werden (Kolip u. a., 2012).

5. Diskussion

Im folgenden Punkt werden die Fragestellung beantwortet sowie die Stärken und Schwächen des theoriebasierten Pilotprojekts MHFA 60+ kritisch reflektiert.

5.1 Beantwortung der Fragestellung

Die Fragestellung «Welche thematischen Inhalte muss ein Kurs für die psychische Gesundheit beinhalten, um Laien zu befähigen, Menschen ab 60 Jahren in einer Krise zu unterstützen?» kann folgendermassen beantwortet werden:

Der Bedarf und die Bedürfnisse konnte anhand der Literatur und der Fokusgruppe aufgezeigt werden. Ein Kurs für die psychische Gesundheit, welcher Laien befähigt, Menschen ab 60 Jahren in einer Krise und belastenden Situation zu unterstützen, benötigt zielgruppengerechte Themen. Damit diese bedarfsgerecht behandelt werden können, müssen ausreichend epidemiologische Daten zur Altersklasse 60+ vorliegen. Diese Daten schaffen die Basis für die zielgruppenspezifische Themenwahl. Themen rund um die Schwangerschaft, Aborigines und gewisse Substanzmittel wie Inhalate, welche im australischen MHFA-Standardkurs beschrieben sind, werden weggelassen. Um zielgruppenspezifisch zu informieren, soll der Kurs MHFA 60+ um Themen wie Demenz, Delirium und Medikamentenmissbrauch ergänzt werden.

5.2 Stärken und Limitationen von MHFA 60+

Für die Erarbeitung von Projekten und Programmen im Bereich psychischer Gesundheit in der Schweiz stellt die mangelhafte Datengrundlage eine grosse Herausforderung dar. Durch den Mangel von Daten ist das Darlegen einer altersspezifischen Ausgangslage erschwert (Rüesch, Bänziger, & Juvalta, 2013b, S. 83). Dies resultiert ebenfalls aus der ICF-65+-Studie (Andreas u. a., 2017).

Der Ansatz der Laienhilfe wird stark diskutiert, insbesondere, wenn es um Erste Hilfe geht. Die Angst der Ersthelfer, falsch zu handeln, hindert Menschen daran, in Krisensituationen zu helfen. Zudem sind viele Menschen aufgrund von fehlendem Wissen nicht in der Lage, zu helfen (Dittmann, 2007), wobei es sich hier aufgrund

mangelnder Literatur nicht explizit um psychische, sondern um physische Erste Hilfe handelt.

Im Grundlagenbericht der Gesundheitsförderung Schweiz wird darauf hingewiesen, dass unter anderem die Gesellschaft und die Arbeitgebenden einen Beitrag zur Schaffung von neuen Rahmenbedingungen für eine bessere psychische Gesundheit im Alter leisten können (Boss, 2016, S. 113).

Die Bedürfniserhebung, welche anhand einer Fokusgruppe durchgeführt wurde, ist nicht vollumfänglich repräsentativ, da Personen unter 60 Jahren miteingeschlossen wurden. Zudem war die Anzahl der Teilnehmer an der durchgeführten Fokusgruppe nicht ausreichend, um repräsentative Aussagen zu erzielen. Die Auswertung von Fokusgruppen verfügt bis heute über keine standardisierte Methode, dies limitiert die Aussagekraft im wissenschaftlichen Kontext (Schulz, 2012). Durch die Zusammensetzung aus Betroffenen, Angehörigen, Fachpersonen und Interessenvertretungen von Menschen ab 60 Jahren konnte die Thematik aus den unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchtet werden. Die Benennung des Projekts konnte durch die Diskussion partizipativ erfolgen.

Aus der Fokusgruppe resultierte die Gefahr, dass die Zielgruppe zu breit gewählt ist und sich dadurch niemand direkt angesprochen fühlt. Dies soll in der Anfangsphase im Auge behalten werden, damit in einer späteren Phase die Zielgruppe, bei Bedarf, eingeschränkt werden kann.

Eine Herausforderung stellt die Kommunikation nach aussen dar, um die richtige Zielgruppe für das Projekt MHFA 60+ zu erreichen. Es besteht das Risiko, dass sich lediglich Menschen ab 60 Jahren für den Kurs interessieren, obwohl der Kurs schon für Menschen ab 18 Jahren konzipiert ist, die Menschen ab 60 Jahren in belastenden Situationen oder einer Krise unterstützen möchten.

Die Kursinhalte sind für Laien konzipiert. Sie werden nicht befähigt, Diagnosen zu stellen oder eine Therapiemassnahme zu ersetzen. Das Ziel des Projekts MHFA 60+

ist, dass Kursteilnehmende befähigt werden, erste Anzeichen zu erkennen, die Betroffenen direkt anzusprechen und unterstützend Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Wie im Grundlagenbericht der Gesundheitsförderung Schweiz (Boss, 2016, S. 113) beschrieben wurde, können Arbeitgeber durch Massnahmen vor und nach der Pensionierung einen Beitrag zur Stärkung der psychischen Gesundheit von «älteren Menschen» leisten. Zusätzlich wird, wie im Punkt 4.4.4 dargelegt, empfohlen, das Pilotprojekt unter anderem im Setting Bildungsstätten zu implementieren. So können zukünftige Fachpersonen für aufkommende Herausforderungen in der Berufswelt, spezifisch für die Zielgruppe 60+, sensibilisiert und darüber informiert werden (Boss, 2016, S. 113).

Diese Empfehlungen der Gesundheitsförderung Schweiz, Rahmenbedingungen im Bereich Arbeitgebende und Fachpersonen zu schaffen, wird durch das Pilotprojekt MHFA 60+ erfüllt.

Die Wahl der Inhalte der MHFA-Australien-Handbücher erfolgte anhand von Delphi-Studien. Die Inhalte von MHFA 60+ wurden anhand der aktuellsten epidemiologischen Daten und Literatur erarbeitet. Dies kann zu inhaltlichen Abweichungen zwischen der australischen Ausgabe und diesem theoriebasierten Pilotprojekt führen.

Die grösste Limitation dieser Arbeit stellt die fehlende praktische Umsetzung dar. Aufgrund dessen wurden nicht alle Kriterien nach dem Projektmanagementtool quint-essenz berücksichtigt. Die exakte Umsetzbarkeit sowie die Annahme der Zielgruppe können erst durch die praktische Durchführung überprüft werden. Jedoch belegen zahlreiche wissenschaftliche Studien, darunter auch randomisierte, kontrollierte Studien, die Wirksamkeit und Übertragbarkeit von MHFA.

Die evidenzbasierte Überprüfung der Wirksamkeit benötigt ausreichend finanzielle Mittel, da sie anhand einer kontrollierten, randomisierten Studie erfolgen sollte. Die Durchführung eines Evidenznachweises ist in der Lizenzvereinbarung mit MHFA Australien festgelegt (Mental Health First Aid australia, o.J.).

Die rechtlichen und finanziellen Aspekte im Alter wurden in dieser Arbeit bewusst kurz gehalten, da dies durch die empfohlene Zusammenarbeit mit AvantAge abgedeckt wird (*Späte Freiheit*, o. J.). Teilnehmende, welche MHFA 60+ nicht als Pensionierungsvorbereitung besuchen, werden über diese Thematik zu wenig informiert.

Um die Qualität des Handbuches und der Kurse hoch zu halten, müssen Fachpersonen hinzugezogen werden, insbesondere dann, wenn die Verfasser_innen der Inhalte fachlich an ihre Grenzen stossen. Ein Teil dieser zugezogenen Fachpersonen können aus der Begleitgruppe stammen, wie unter Punkt 4.8.1 beschrieben wird.

Anhand dieser Arbeit konnte dargelegt werden, welche inhaltlichen Anpassungen vom australischen Standardkurs für MHFA 60+ empfohlen werden. Die Datengrundlage zur psychischen Gesundheit ist in der Schweiz mangelhaft, dies stellt eine Limitation dar. Die Bedürfnisse von Menschen ab 60 Jahren konnten in einer nicht repräsentativen Fokusgruppe erfasst und umgesetzt werden. Die grösste Herausforderung stellt die richtige Kommunikation der Zielgruppe für die Kursteilnehmer dar.

Die Erste Hilfe durch Laien wird in der Fachwelt kritisch hinterfragt, jedoch ist die Wirksamkeit und Übertragbarkeit von MHFA-Kursen weltweit durch mehrere Studien belegt. MHFA 60+ entspricht den empfohlenen Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung Schweiz bezüglich der psychischen Gesundheit von «älteren Menschen». Zusätzlich weist das theoriebasierte Pilotprojekt ein hohes Potenzial zur Vernetzung auf.

6. Schlussfolgerung

Anhand der verwendeten Literatur und der Bedürfnisanalyse konnte einerseits aufgezeigt werden, dass ein Bedarf besteht, die psychische Gesundheit von Menschen ab 60 Jahren zu stärken. Andererseits besteht ein grosser Bedarf, die allgemeine Bevölkerung über die Thematik der psychischen Gesundheit zu informieren. Diese zwei Aspekte können mittels dieser Bachelorarbeit umgesetzt werden. Deshalb soll dieser Kurs in den nächsten zwei Jahren implementiert werden. Um die Evidenz des Projektes in der Umsetzung zu gewährleisten, wird empfohlen, die Inhalte nochmals mit dem australischen Handbuch abzugleichen.

7. Literaturverzeichnis

- Aeppli, S., Hruesch-Millauer, S., & Sieber, P. (2018). Schweizerisches Zivilgesetzbuch mit weiteren Erlassen (40. Aufl.).
- Affolter, A. (2018). Faktenblatt «Trauma im Alter- Umgang mit traumatisierten Menschen in Alters- und Pflegeheimen» (S. 8). CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Menschen im Alter.
- Alzheimer Schweiz. (o.J.). Demenz in der Schweiz 2018 Zahlen und Fakten (S. de).
- Alzheimer Schweiz (Hrsg.). (2017). Demenz und Depression. Abgerufen von <https://www.alzheimer-schweiz.ch/beitrag/demenz-und-depression/>
- Anditsch, M., Fasching, P., Psota, G., & Walter, A. (2009). Psychose im Alter. neuropsy, (Sonderausgabe), 8.
- Andreas, S., Schulz, H., Volkert, J., Dehoust, M., Sehner, S., Suling, A., ... Härter, M. (2017). Prevalence of mental disorders in elderly people: The European MentDis_ICF65+ study. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 210(2), 125–131. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.180463>
- Anthony F. Jorm. (2012). Mental Health Literacy: Empowering the Community to Take Action for Better Mental Health. *American Psychologist*, 67(3), 231–243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>
- Australia, T. (2015, November 4). Mehr über Ureinwohner Australiens. Abgerufen am 9. April 2019, von australia.com website: <https://www.australia.com/de-de/articles/aboriginal.html>
- Baer, N., Schuler, D., Fügler-Douss, S., & Moreau-Gruet, F. (2013). Depressionen in der Schweiz. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration (Obsan Bericht 56) (Nr. 56). Abgerufen von Schweizerisches

Gesundheitsobservatorium website:

<https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/depressionen-der-schweizer-bevoelkerung>

Bandura, A. (1979). Sozial-kognitive Lerntheorie. Abgerufen von

<https://books.google.ch/books?id=uc1iAAAACAAJ>

Barker, M. J., Greenwood, K. M., Jackson, M., & Crowe, S. F. (2004). Cognitive effects of long-term benzodiazepine use: A meta-analysis. *CNS Drugs*, 18(1), 37–48. <https://doi.org/10.2165/00023210-200418010-00004>

Benighaus, C., & Benighaus, L. (2012). Moderation, Gesprächsaufbau und Dynamik in Fokusgruppen. In M. Schulz, B. Mack, & O. Renn (Hrsg.), *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft: Von der Konzeption bis zur Auswertung* (S. 111–132). https://doi.org/10.1007/978-3-531-19397-7_6

Benning, U. (2019, Juni 2). Zitat.

Beratungsstelle für Unfallverhütung, bfu. (2016). Stürze im Alter müssen nicht sein. Abgerufen am 3. Januar 2019, von bfu website: <https://www.bfu.ch/de/die-bfu/kommunikation/medien/im-und-ums-haus/stuerze/stuerze/stuerze-im-alter-muessen-nicht-sein>

Beruf - Genesungsbegleiter Peer. (o. J.). Abgerufen am 30. November 2018, von Peer Praxis website: <http://www.peer-praxis.ch/peers-genesungsbegleiter/>

Bibliographisches Institut GMBH. (o.J.). Duden | Laie | Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Synonyme, Herkunft. Abgerufen am 1. März 2019, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Laie>

- Biedermann, A., Ackermann, G., & Steinmann, R. M. (2014). Via: ein interkantonales Projekt zur Gesundheitsförderung im Alter. Projektabschlussbericht 2010–2013 (Nr. 17). Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Billioti de Gage, S., Moride, Y., Ducruet, T., Kurth, T., Verdoux, H., Tournier, M., ... Bégaud, B. (2014). Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: Case-control study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 349, g5205.
<https://doi.org/10.1136/bmj.g5205>
- Blaser, M., & Amstad, F. (2016). Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht. (Nr. 6). Abgerufen von http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:MK3_EGeEDH0J:boris.unibe.ch/82601/1/Bolliger-Salzman%2520Gesundheitsf%25C3%25B6rderungSchweiz%25202016.pdf+&cd=2&hl=de&ct=clnk&gl=ch&client=firefox-b-ab
- Böhmer, F., & Füsgen, I. (2008). Geriatrie: Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten (1. Aufl.). Wien: UTB.
- Boss, V. (2016). Psychische Gesundheit bei älteren Menschen. In Gesundheitsförderung Schweiz, Gesundheitsförderung Schweiz: Psychische Gesundheit über die Lebensspannen, Grundlagebericht (S. 107–123). Bern.
- Breitenfelder, U., Hofinger, C., Kaupa, I., & Picker, R. (2004). Fokusgruppen im politischen Forschungs- und Beratungsprozess. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 5(2), 19.
- Bühler, G., Hermann, M., Krähenbühl, D., & Würgler, E. (2018a). «Wie geht's dir» Ein psychisches Stimmungsbild der Schweiz. Zürich: Forschungsstelle Sotomo.

Bühler, G., Hermann, M., Krähenbühl, D., & Würgler, E. (2018b). «Wie geht's dir».

Ein psychisches Stimmungsbild der Schweiz. (Schweizerische Stiftung Pro
Mente Sana, Hrsg.). Abgerufen von <https://www.wie-gehts-dir.ch/de/>

Bundesamt für Gesundheit. (o.J.). Das Standardglas Alkohol... - Alcohol Facts.

Abgerufen am 4. Januar 2019, von Wie viel ist zu viel? website:

<http://www.alcohol-facts.ch/de/das-standardglas-alkohol>

Bundesamt für Gesundheit. (2013). Die gesundheitspolitischen Prioritäten des

Bundesrates (S. 22). Abgerufen von www.gesundheit2020.ch

Bundesamt für Gesundheit. (2015). Nationale Strategie Sucht. 2017-2024. Vom

Bundesrat verabschiedete Version, November 2015 (S. 84). Bern: Abteilung
Nationale Präventionsprogramme.

Bundesamt für Gesundheit. (2018). Alkohol und Alkoholprävention. Abgerufen am

17. Dezember 2018, von [https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-
leben/sucht-und-gesundheit/alkohol.html](https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/alkohol.html)

Bundesamt für Gesundheit, & Schweizerische Konferenz der kantonalen

Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. (2016a). Nationale

Demenzstrategie 2014–2019 Erreichte Resultate 2014–2016 und Prioritäten
2017–2019 (S. 47). Bern.

Bundesamt für Gesundheit, & Schweizerische Konferenz der kantonalen

Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. (2016b). Nationale Strategie

Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024 (S.
63). Bern.

Bundesamt für Kommunikation, B. (2013). Bericht: Notrufdienste. Abgerufen am 8.

Februar 2019, von

<https://www.bakom.admin.ch/bakom/de/home/telekommunikation/technologie/bericht-notrufdienste.html>

Bundesamt für Kommunikation, B. (2014). Standortidentifikation der Notrufe und Aufhebung der Rufnummerunterdrückung. Abgerufen am 8. Februar 2019, von <https://www.bakom.admin.ch/bakom/de/home/telekommunikation/nummerierung-telefonie/standortidentifikation-der-notrufe.html>

Bundesamt für Sozialversicherungen, B. (2018). Sinn und Zweck der beruflichen Vorsorge. Abgerufen 22. am Dezember 2018, von <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/bv/grundlagen-und-gesetze/grundlagen/sinn-und-zweck.html>

Bundesamt für Statistik. (o.J.). Armutsgefährdung. Abgerufen am 22. Dezember 2018, von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/wohlbefinden-armut/armut-und-materielle-entbehrenungen/armutsgefaehrdung.html>

Bundesamt für Statistik. (2013). Gesundheitszustand, Armut und Verzicht auf Pflegeleistungen Erhebung über die Einkommen und die Lebensbedingungen (SILC) 2011 (S. 7). Neuchâtel.

Bundesamt für Statistik. (2016). Assistierter Suizid (Sterbehilfe) und Suizid in der Schweiz - Todesursachenstatistik 2014 - Korrigierte Version, 24.11.17: Seite 4, Grafik G12 | Publikation (Nr. 14 Gesundheit; S. 4). Abgerufen von Eidgenössisches Departement des Innern EDI, Bundesamt für Statistik BFS website: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.3902305.html>

Bundesamt für Statistik. (2017a). Die Bevölkerung der Schweiz 2016 (S. 18ff.).
Neuchâtel.

Bundesamt für Statistik. (2017b, November 14). Suizid nach Alter und Geschlecht
(ohne assistierten Suizid) - 1995-2015 | Diagramm. Abgerufen am 6.

Dezember 2018, von Bundesamt für Statistik website:

[https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-
datenbanken/grafiken.assetdetail.3802789.html](https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/grafiken.assetdetail.3802789.html)

Bundesamt für Statistik. (2018a). Bevölkerung Panorama.

Bundesamt für Statistik. (2018b). Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017 -
Übersicht. Abgerufen von www.statistik.ch

Bundesamt für Statistik. (2018c, September 27). Lebenserwartung. Abgerufen am
18. April 2019, von

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburtentodesfaelle/lebenserwartung.html>

Bundesamt für Statistik. (2018d, Dezember 17). Suizid nach Alter und Geschlecht
(ohne assistierten Suizid) - 1995-2016 | Diagramm. Abgerufen am 8. am

Februar 2019, von Bundesamt für Statistik website:

[https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-
datenbanken/grafiken.assetdetail.7007824.html](https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/grafiken.assetdetail.7007824.html)

Bundesministerium für Gesundheit. (2016). Ratgeber zur Prävention und

Gesundheitsförderung (S. 131). Abgerufen von

[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/.../Praevention/.../2016_BMG_
Praevent...](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/.../Praevention/.../2016_BMG_Praevent...)

Bundesministerium für Gesundheit Österreich. (2010). PROhealthelderly.

Evidenzbasierte Leitlinien für die Gesundheitsförderung älterer Menschen.

Bundesrat. (2018). SR 101 Bundesverfassung der Schweizerischen

Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (Stand am 1. Januar 2018). Abgerufen

am 19. Dezember 2018, von <https://www.admin.ch/opc/de/classified->

[compilation/19995395/index.html#a8](https://www.admin.ch/opc/de/classified-)

Bundeszentrale für politische Bildung, (bpb). (o. J.). Bedürfnisse. Abgerufen am 4.

Dezember 2018, von bpb.de website:

<http://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/lexikon-der->

[wirtschaft/18801/beduerfnisse](http://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/lexikon-der-)

Centre for Addiction and Mental Health, Centre for Addiction and Mental Health, &

Problem Gambling Project. (2005). Problem gambling: A guide for helping

professionals. Toronto, ON: Centre for Addiction and Mental Health.

Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband. (2012). Sehbehinderte Menschen

in Alterseinrichtungen. Vorschläge für eine sehbehindertenfreundliche

Gestaltung des Wohn- und Lebensbereiches. Aus der Reihe Sehen im Alter

(S. 40). Berlin.

Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft. (2019).

Schweizerisches Strafgesetzbuch (StGB) vom 21. Dezember 1937 (Stand am

01. Januar 2019). Abgerufen von <https://www.admin.ch/opc/de/classified->

[compilation/19370083/201901010000/311.0.pdf](https://www.admin.ch/opc/de/classified-)

Die Stellen für Suchtprävention im Kanton Zürich (Hrsg.). (2010). Suchtprobleme im

Alter – es gibt Lösungen! Eine Präventionsbroschüre für Pflege-, Betreuungs-

und Beratungsfachleute mit Kontakt zu älteren Menschen (S. 13). Zürich:

ZüFAM, Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs.

Dittmann, V. (2007). Laienhilfe in Notfallsituationen: Pflichten, Rechte und Haftungsrisiko. *Notfall + Rettungsmedizin*, 10(3), 201–204.

<https://doi.org/10.1007/s10049-007-0914-7>

Duden | Ben-zo-di-a-ze-pin | Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft.

(o. J.). Abgerufen am 4. Januar 2019, von

<https://www.duden.de/rechtschreibung/Benzodiazepin>

Dürrenberger, G., & Behringer, J. (1999). Die Fokusgruppe in Theorie und Anwendung. Akad. für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg.

Eidgenössisches Departement des Inneren, E., & Bundesamt für Gesundheit, B. (2018, Juli 4). Cannabis als Heilmittel.

Faes, J., & Studer, A. (2010). Häufige Demenzerkrankungen: Alzheimer-Krankheit und vaskuläre Demenz. Abgerufen von Schweizerische Alzheimervereinigung

website: <https://www.alzheimer-schweiz.ch/de/ueber-demenz/beitrag/alzheimer-ursachen-und-symptome/>

FMH, G. (o. J.). Public Health. Abgerufen am 6. Dezember 2018, von

<https://www.fmh.ch/themen/public-health.cfm>

Führwald, T., Gutierrez-Lobos, K., & Iglseder, B. (2008). Mangelernährung im Alter-

Konsequenz oder Wille (S. 6). Abgerufen von Medizin Medien Austria GmbH

website: https://medizin-akademie.at/wp-content/uploads/2014/06/low-Expertise_mangel_cc_0908.pdf

Gagne, D. A., Holle, A. V., Brownley, K. A., Runfola, C. D., Hofmeier, S., Branch, K.

E., & Bulik, C. M. (2012). Eating disorder symptoms and weight and shape

- concerns in a large web-based convenience sample of women ages 50 and above: Results of the gender and body image (GABI) study. *International Journal of Eating Disorders*, 45(7), 832–844. <https://doi.org/10.1002/eat.22030>
- Gassmann, O., & Reepmeyer, G. (2006). Wachstumsmarkt Alter: Innovationen für die Zielgruppe 50+. <https://doi.org/10.3139/9783446408197>
- Gesundheitsförderung Schweiz. (o.J.). quint-essenz: Startseite. Abgerufen am 18. Dezember 2018, von <https://www.quint-essenz.ch/de>
- Gesundheitsförderung Schweiz. (2008). quint-essenz: Instrumente: Strukturplan. Abgerufen am 18. Februar 2019, von <https://www.quint-essenz.ch/de/tools/1001>
- Gesundheitsförderung Schweiz. (2014). VIA- Best Practice Gesundheitsförderung im Alter. Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen. Checkliste 2014. (Nr. 2. Ausgabe; S. 6). Abgerufen von https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/gfia/checklisten/Via_-_Checkliste_Schwer_erreichbare_und_benachteiligte_Zielgruppen.pdf
- Gesundheitsförderung Schweiz. (2017). Geschlechtliche und sexuelle Minderheiten in Gesundheitsförderung und Prävention Zielgruppe Kinder und Jugendliche (Nr. 19; S. 10). Bern.
- Gmel, G., Kuendig, H., Notari, L., & Gmel, C. (2017). Suchtmonitoring Schweiz- Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016. Abgerufen von Sucht Schweiz website: https://www.suchtmonitoring.ch/docs/library/gmel_5lbj5rqv9y5i.pdf

- Häni, S., Guggisberg, M., & Sektion Sozialanalyse. (2014). Armut im Alter (Nr. 20; S. 52). Neuchâtel.
- Hermle, L., Szlak-Rubin, R., Täschner, K. L., Peukert, P., & Batra, A. (2013). Substanzbezogene Störungen. *Der Nervenarzt*, 84(3), 315–325.
<https://doi.org/10.1007/s00115-011-3459-4>
- Holzinger, A., Beck, M., Munk, I., Weithaas, S., & Angermeyer, M. C. (2003). Das Stigma psychischer Krankheit aus der Sicht schizophrener und depressiv Erkrankter. *Psychiatrische Praxis*, 30(7), 395–401. <https://doi.org/10.1055/s-2003-43251>
- Huang, J. (o.J.). Delirium - Störungen der Hirn-, Rückenmarks- und Nervenfunktion. Abgerufen am 3. Januar 2019, von MSD Manual Ausgabe für Patienten
 website: <https://www.msdmanuals.com/de/heim/st%C3%B6rungen-der-hirn-,r%C3%BCckenmarks-und-nervenfunktion/delirium-und-demenz/delirium>
- Hüll, M., & Bjerregaard, F. (2015). Depression im Alter. *PSYCH up2date*, 9(04), 209–224. <https://doi.org/10.1055/s-0041-101201>
- humanrights.ch. (2014, Juli 2). Recht auf Gesundheit: Internationale Rechtsquellen und Bundesverfassung. Abgerufen am 4. Dezember 2018, von humanrights.ch website: <https://www.humanrights.ch/de/internationale-menschenrechte/rechtsquellen/recht-gesundheit>
- Hurrelmann, K. (Hrsg.). (2015). *Handbuch Sozialisationsforschung* (8., vollst. überarb. Aufl.). Abgerufen von http://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783407294340
- Hurrelmann, K., Laaser, U., & Razum, O. (2016). Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften in Deutschland. In K. Hurrelmann & O. Razum

- (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften (6., durchgesehene Auflage, S. 15–23). Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Iaboni, A., & Flint, A. J. (2013). The complex interplay of depression and falls in older adults: A clinical review. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 21(5), 484–492. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.01.008>
- Ihde-Scholl, T. (2013). *Ganz normal anders*. Axel Springer Schweiz AG.
- Imoberdorf, R., Rühlin, M., Beerli, A., & Ballmer, P. E. (2014). Mangelernährung im Alter. *Swiss Medical Forum*, 14(14), 932–936.
- James, R., & Gilliland, B. (2001). *Crisis intervention strategies*. Pacific Grove, CA: Books / Cole.
- Jann, M. (2016). Die Menschen sollen in jeder Lebensphase ihre Gesundheit optimal entfalten können. *Spectra – Gesundheitsförderung und Prävention*. Abgerufen von <http://www.spectra-online.ch/spectra/themen/die-menschen-sollen-in-jeder-lebensphase-ihre-gesundheit-optimal-entfalten-koennen-533-10.html>
- Jorm, A. F., Blewitt, K. A., Griffiths, K. M., Kitchener, B. A., & Parslow, R. A. (2005). Mental health first aid responses of the public: Results from an Australian national survey. *BMC Psychiatry*, 5(1), 9. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-5-9>
- Jorm, A. F., Kitchener, B. A., & Mugford, S. K. (2005). Experiences in applying skills learned in a Mental Health First Aid training course: A qualitative study of participants' stories. *BMC Psychiatry*, 5, 43. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-5-43>

Kellermann, K. (2001). Aktivierender Staat und aktive Bürger: Wegweiser zu einer integrativen Gesundheitspolitik. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Kessler, D., Salis Gross, C., Koller, S., & Haug, S. (2012). Exploration erfolgsversprechender Massnahmen zur Reduktion des problematischen Alkoholkonsums bei älteren Menschen in der Schweiz / Schlussbericht. Abgerufen von University of Zurich (UZH) website: <https://doi.org/10.5167/uzh-64924>

Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde, (KESB). (o. J.-a). Patientenverfügung | KESB Zürich. Abgerufen am 22. März 2019, von kesb-zh.ch website: <https://www.kesb-zh.ch/patientenverf%C3%BCgung>

Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde, (KESB). (o. J.-b). Vorsorgeauftrag | KESB Zürich. Abgerufen am 22. März 2019, von kesb-zh.ch website: <https://www.kesb-zh.ch/vorsorgeauftrag>

Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2004). Mental health first aid training in a workplace setting: A randomized controlled trial [ISRCTN13249129]. *BMC Psychiatry*, 4, 23. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-4-23>

Kitchener, B. A., Jorm, A. F., & Kelly, C. M. (2018). *Mental Health First Aid Manual* (4th Edition). Melbourne.

Kolip, P., Ackermann, G., Ruckstuhl, B., & Studer, H. (2012). *Gesundheitsförderung mit System: Quint-essenz - Qualitätsentwicklung in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Huber.

Kramer, I., Sockoll, I., & Bödeker, W. (2009). *Die Evidenzbasis für betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention — Eine Synopse des*

wissenschaftlichen Kenntnisstandes. Fehlzeiten-Report 2008, 65–76.

https://doi.org/10.1007/978-3-540-69213-3_7

Kühn, T., & Koschel, K.-V. (2017). Gruppendifkussionen: Ein Praxis-Handbuch. Springer-Verlag.

Künzi, K., Fritschi, T., & Egger, T. (2004). Glücksspiel und Spielsucht in der Schweiz
Empirische Untersuchung von Spielpraxis, Entwicklung, Sucht und
Konsequenzen (S. 233). Bern.

Leuenberger, M. (2008). Versorgt und vergessen: Ehemalige Verdingkinder erzählen
(3. Aufl.). Zürich: Rotpunktverlag, Zürich.

Lieb, B., Rosien, M., Bonnet, U., & Scherbaum, N. (2008). Alkoholbezogene
Störungen im Alter - Aktueller Stand zu Diagnostik und Therapie. Fortschritte
der Neurologie · Psychiatrie, 76(2), 75–83. <https://doi.org/10.1055/s-2007-993041>

Lindesay, J. (2009). Akute Verwirrtheit - Delir im Alter: Praxishandbuch für Pflegende
und Mediziner (H. Wolfgang & J. Lindesay, Hrsg.). Huber.

Lorenzl, S., Füsigen, I., & Noachtar, S. (2019). Verwirrtheitszustände im Alter:
Diagnostik und Therapie. 391–401.

Luijendijk, H. J., Tiemeier, H., Hofman, A., Heeringa, J., & Stricker, B. H. C. (2008).
Determinants of chronic benzodiazepine use in the elderly: A longitudinal
study. British Journal of Clinical Pharmacology, 65(4), 593–599.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2007.03060.x>

Lyerly, H. K. (2013). Chirurgische Intensivmedizin. Springer-Verlag.

Manthey, L., Lohbeck, M., Giltay, E. J., van Veena, T., Zitman, F. G., & Penninx, B.
W. J. H. (2012). Correlates of benzodiazepine dependence in the Netherlands

- Study of Depression and Anxiety. *Addiction* (Abingdon, England), 107(12), 2173–2182. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.03975.x>
- Manthey, L., van Veen, T., Giltay, E. J., Stoop, J. E., Neven, A. K., Penninx, B. W. J. H., & Zitman, F. G. (2011). Correlates of (inappropriate) benzodiazepine use: The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *British Journal of Clinical Pharmacology*, 71(2), 263–272. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2010.03818.x>
- Martino, H., Rabenschlag, F., & Koch, U. (o. J.). Erarbeitet von der Fachgruppe Mental Health / Arbeitsgruppe „Entstigmatisierung“ Leitung: Frau Heloisa Martino, Frau Franziska Rabenschlag. 11.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>
- Mental Health First Aid australia. (o.J.). Licensing the Mental Health First Aid program outside of Australia.
- Mental Health First Aid international. (o.J.). Mental Health First Aid - International Directory of MHFA Programs. Abgerufen am 25. Februar 2019, von Criteria for suitable organisations website: <http://www.mhfainternational.org/license-mhfa.html>
- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J.-P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., ... Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of General Psychiatry*, 68(3), 241–251. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.12>
- Merton, R. K., & Kendall, P. L. (1946). The Focused Interview. *American Journal of Sociology*, 51(6), 541–557. <https://doi.org/10.1086/219886>

- Morawska, A., Fletcher, R., Pope, S., Heathwood, E., Anderson, E., & McAuliffe, C. (2013). Evaluation of mental health first aid training in a diverse community setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(1), 85–92. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00844.x>
- Moreau-Gruet, F. (2013). Monitoring zur psychischen Gesundheit – mit Fokus «Ältere Menschen» und «Stress am Arbeitsplatz». Aktualisierung 2013 (Nr. 2; S. 79). Bern und Lausanne.
- Moreau-Gruet, F. (2013). Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren. Ergebnisse der Befragung SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) (Obsan Bulletin 4/2013) (Nr. 4). Abgerufen von <file:///Users/Andrina/Zotero/storage/LZNGQRD7/multimorbiditat-bei-personen-ab-50-jahren.html>
- Morgan, A. J., Ross, A., & Reavley, N. J. (2018). Systematic review and meta-analysis of Mental Health First Aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour. *PLOS ONE*, 13(5), e0197102. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197102>
- Morgan, V. A., Waterreus, A., Jablensky, A., Mackinnon, A., McGrath, J. J., Carr, V., ... Saw, S. (2012). People living with psychotic illness in 2010: The second Australian national survey of psychosis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(8), 735–752. <https://doi.org/10.1177/0004867412449877>
- OECD. (2018). Renten auf einen Blick 2017 OECD- und G20-Länder – Indikatoren: OECD- und G20-Länder – Indikatoren. OECD Publishing.
- Pantel, J. (2017). Substanzabhängigkeit im Alter. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 142(24), 1802–1806. <https://doi.org/10.1055/s-0043-112778>

- Petermann, F., & Nitkowski, D. (2016). Selbstverletzendes Verhalten: Erscheinungsformen, Ursachen und Interventionsmöglichkeiten. Hogrefe Verlag.
- Pierobon, A., & Funk, M. (2007). Sturzprävention bei älteren Menschen: Risiken - Folgen - Maßnahmen ; [inklusive DVD mit 25 Filmen]. Georg Thieme Verlag.
- Pro Mente Sana. (2019). ensa.swiss. Abgerufen am 5. April 2019, von <https://ensa.swiss/de/was-ist-ensa/>
- Pro Senectute. (o.J.). Ihr Vorsorgeauftrag. Abgerufen am 22. März 2019, von <https://www.prosenectute.ch/de/ratgeber/finanzen-vorsorge/vorsorgeauftrag.html>
- quint-essenz: Themen: Empowerment. (2016). Abgerufen am 10. April 2019, von <https://www.quint-essenz.ch/de/topics/1248>
- Riecher-Rössler, A. (2008). Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Häufigkeit psychischer Störungen. 6, 3.
- Ritter-Rauch, R., & Schmitt-Mannhart, R. (2008, Januar). Mit Aggressionen umgehen.
- Ross, A. M., Kelly, C. M., & Jorm, A. F. (2014). Re-development of mental health first aid guidelines for suicidal ideation and behaviour: A Delphi study. *BMC Psychiatry*, 14, 241. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0241-8>
- Ruddat, M. (2012). Auswertung von Fokusgruppen mittels Zusammenfassung zentraler Diskussionsaspekte. In M. Schulz, B. Mack, & O. Renn (Hrsg.), *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft: Von der Konzeption bis zur Auswertung* (S. 195–206). https://doi.org/10.1007/978-3-531-19397-7_10

- Rüefli, C., Zweidler, R., & Koci, M. (2016). Evaluationsstandards der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft Von der Mitgliederversammlung am 9. September 2016 verabschiedet. (S. 7).
- Rüesch, P., Bänziger, A., & Juvalta, S. (2013a). Regionale psychiatrische Inanspruchnahme und Versorgungsbedarf in der Schweiz. Datengrundlagen, statistische Modelle, ausgewählte Ergebnisse – eine explorative Studie (Nr. 23; S. 112). Abgerufen von Schweizerisches Gesundheitsobservatorium website: <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/regionale-psychiatrische-inanspruchnahme-und-versorgungsbedarf-der-schweiz>
- Rüesch, P., Bänziger, A., & Juvalta, S. (2013b). Regionale psychiatrische Inanspruchnahme und Versorgungsbedarf in der Schweiz. Datengrundlagen, statistische Modelle, ausgewählte Ergebnisse – eine explorative Studie (Obsan Dossier 23) (Nr. 23). Abgerufen von Schweizerisches Gesundheitsobservatorium website: <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/regionale-psychiatrische-inanspruchnahme-und-versorgungsbedarf-der-schweiz>
- Runnebaum, B., & Rabe, T. (2013). Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin: Band 1: Gynäkologische Endokrinologie. Springer-Verlag.
- Salzman, C., & Shader, R. I. (2015). Benzodiazepine use and risk for Alzheimer disease. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 35(1), 1–3. <https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000000247>

- Schäufele, M. (2009). Riskanter Alkoholkonsum im höheren Alter: Häufigkeit und Folgen – ein Überblick. *SUCHT*, 55(5), 266–280.
<https://doi.org/10.1024/2009.05.02>
- Schneider, G., & Heuft, G. (2012). Angst und Depression bei älteren Menschen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 58(4), 336–356. <https://doi.org/10.13109/zptm.2012.58.4.336>
- Schuler, D., Tuch, A., & Peter, C. (2018). Psychische Gesundheit. Kennzahlen 2016 (Obsan Bulletin 5/2018) (Nr. 5). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schulte-Wefers, H., & Wolfersdorf, M. (2006). Suizidalität bei Männern. *Blickpunkt der mann-Wissenschaftliches Journal für Männergesundheit*, 11.
- Schulz, M. (2012). Quick and easy!? Fokusgruppen in der angewandten Sozialwissenschaft. In M. Schulz, B. Mack, & O. Renn (Hrsg.), *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft: Von der Konzeption bis zur Auswertung* (S. 9–22). https://doi.org/10.1007/978-3-531-19397-7_1
- Schweizerische Eidgenossenschaft. SR 0.103.1 Internationaler Pakt vom 16. Dezember 1966 über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte., § III (2018).
- Schweizerische Samariterbund. (2010). *Erste Hilfe*. Olten.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, O. (2018a, Oktober). *Chronische Medikamenteneinnahme (Alter: 15+) | OBSAN*. Abgerufen am 4. Januar 2019, von <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/chronische-medikamenteneinnahme-alter-15>

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, O. (2018b). Suizid | OBSAN.

Abgerufen am 22. Dezember 2018, von

<https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/suizid>

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, O. (2018c, Dezember 20).

Myokardinfarkt | OBSAN. Abgerufen am 8. Februar 2019, von

<https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/myokardinfarkt>

Sonnenmoser, M. (2015, April 10). Sturzangst: Nur interdisziplinär behandelbar.

Abgerufen am 3. Januar 2019, von Deutsches Ärzteblatt website:

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/169185/Sturzangst-Nur-interdisziplin-aer-behandelbar>

Späte Freiheit (2019. Aufl.). (o. J.). Zürich.

Spectra. (2014, September). Das tückische «Gläschen in Ehren» der älteren

Menschen. Spectra, Lebensqualität im Alter (106), 3.

Spörri-Fahrni, A., Spencer, B., Ackermann, G., Broesskamp-Stone, U., Ruckstuhl, B.,

& Cloetta, B. (2005). Anleitung zum Ergebnismodell von

Gesundheitsförderung Schweiz Modell zur Typisierung von Ergebnissen der

Gesundheitsförderung und Prävention (S. 27). Bern: Institut für Sozial-und

Präventivmedizin Bern, Institut universitaire de médecine sociale et préventive

Lausanne, Gesundheitsförderung Schweiz.

Svensson, B., & Hansson, L. (2014). Effectiveness of Mental Health First Aid

Training in Sweden. A Randomized Controlled Trial with a Six-Month and

Two-Year Follow-Up. PLoS ONE, 9(6).

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100911>

- Svensson, B., & Hansson, L. (2017). Mental health first aid for the elderly: A pilot study of a training program adapted for helping elderly people. *Aging & Mental Health*, 21(6), 595–601. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1135873>
- Tagay, S., Gunzelmann, T., & Brähler, E. (2009). Posttraumatische Belastungsstörungen alter Menschen. *CIP-Medien*, München, 14(2), 9.
- The Swiss Society for Public Health. (2009). Positionspapier „Suizidprävention im Alter“. Abgerufen am 29. November 2018, von http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:G12QhECQJZgJ:www.zfg.uzh.ch/static/2015/stoppe_positionspapier_suizidpraevention.pdf+&cd=1&hl=de&ct=clnk&gl=ch&client=firefox-b-ab
- Thyen, U., & Konrad, K. (2018). Psychosoziale Entwicklung in der Adoleszenz. *Jugendmedizin*, 19–24. https://doi.org/10.1007/978-3-662-52783-2_2
- Tremblay, M. S., LeBlanc, A. G., Kho, M. E., Saunders, T. J., Larouche, R., Colley, R. C., ... Connor Gorber, S. (2011). Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8, 98. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-8-98>
- Tremblay, M. S., LeBlanc, A. G., Kho, M. E., Saunders, T. J., Larouche, R., Colley, R. C., ... Gorber, S. C. (2011). Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8(1), 98. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-8-98>
- Ugolini, B., & Angst, S. (2009). *Erhaltung und Förderung psychischer Gesundheit im Alter*. Zürich: Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich.

UNO- Flüchtlingshilfe e.V. (o. J.). Ältere Menschen auf der Flucht. Abgerufen am 4.

Dezember 2018, von <https://www.uno->

[fluechtlingshilfe.de/fluechtlinge/fluechtlingsschutz/aeltere-fluechtlinge/](https://www.uno-fluechtlingshilfe.de/fluechtlinge/fluechtlingsschutz/aeltere-fluechtlinge/)

van Hulten, R., Teeuw, K. B., Bakker, A., & Leufkens, H. G. (2003). Initial 3-month

usage characteristics predict long-term use of benzodiazepines: An 8-year

follow-up. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 58(10), 689–694.

<https://doi.org/10.1007/s00228-002-0548-0>

Verdingkinder: Kinder auf dem Sklavenmarkt. (2004, Oktober). Abgerufen am 8.

Februar 2019, von Beobachter website:

<https://www.beobachter.ch/administrativ-versorgte/verdingkinder-kinder-auf->

[dem-sklavenmarkt](https://www.beobachter.ch/administrativ-versorgte/verdingkinder-kinder-auf-dem-sklavenmarkt)

Walter, U. (2011). In Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-

Westfalen (Hrsg.), *Gesundheit im Alter: Herausforderungen und Strategien in*

der Gesundheitsförderung: Dokumentation der Fachtagung vom 10. Februar

2011 in Düsseldorf. Düsseldorf.

Weltgesundheitsorganisation, W. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*,

1986. 6.

Weltgesundheitsorganisation, W. (2002). *Aktiv Altern: Rahmenbedingungen und*

Vorschläge für politisches Handeln. Genf, Schweiz.

Weltgesundheitsorganisation, W. (2013). *Faktenblatt - Psychische Gesundheit WHO-*

Regionalkomitee für Europa - 63. Tagung (S. 5). Abgerufen von

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/216210/RC63-Fact-sheet-

[MNH-Ger.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/216210/RC63-Fact-sheet-MNH-Ger.pdf?ua=1)

Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the Odds: High Risk Children from Birth to Adulthood*. Cornell University Press.

«Wie geht's dir?» - Über alles reden, auch über psychische Gesundheit. (o. J.).
Abgerufen am 11. Dezember 2018, von <https://www.wie-gehts-dir.ch/de/>

Wight, N., Laubereau, B., & Feller-Länziener, R. (2015). *Evaluation Via 2015. Erkenntnisse und Empfehlungen im Hinblick auf den Aufbau eines kantonalen Aktionsprogramms Gesundheitsförderung im Alter*. (Nr. 9). Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.

Wittchen, H.-U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357–376.
<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.012>

Wohlwend, L., & Honegger, A. (2009). *Gestohlene Seelen: Verdingkinder in der Schweiz* (6. Aufl.). Frauenfeld: Huber Verlag.

World Health Organization (Hrsg.). (2011). *Global status report on alcohol and health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Wright, M., Block, M., & Von Unger, H. (2007). *Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung* (S. 5). 13. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit.

Zapotoczky, H. G., & Fischhof, P. K. (2013). *Psychiatrie der Lebensabschnitte: Ein Kompendium*. Springer-Verlag.

Zentrum für Spielsucht und andere Verhaltenssüchte, R. (oJ.). *Zentrum für Spielsucht und andere Verhaltenssüchte - Home - Beratung*. Abgerufen am 11. Januar 2019, von <https://www.spielsucht-radix.ch/Home/Beratung/PnLNx/>

Zwick, M. M., & Schröter, R. (2012). Konzeption und Durchführung von Fokusgruppen am Beispiel des BMBF-Projekts „Übergewicht und Adipositas bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen als systemisches Risiko“. In M. Schulz, B. Mack, & O. Renn (Hrsg.), Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft: Von der Konzeption bis zur Auswertung (S. 24–48). https://doi.org/10.1007/978-3-531-19397-7_2

8. weitere Verzeichnisse

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Methodik der Literaturrecherche (Tremblay, LeBlanc, Kho, Saunders, Larouche, Colley, Goldfield, & Gorber, 2011)	28
Abbildung 2. Das Setting der Fokusgruppe (Zwick & Schröter, 2012).	34
Abbildung 3. Strukturplan MHFA60+ (Gesundheitsförderung Schweiz, 2008)	86
Abbildung 4. Organigramm (vgl. Pro Mente Sana, unveröffentlicht 2018)	87

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Ein- und Ausschlusskriterien (eigene Darstellung, 2019).....	26
Tabelle 2 Zusammenstellung der Fokusgruppe (eigene Darstellung, 2019)	32
Tabelle 3 Auswertung Frage 1 der Fokusgruppe (eigene Darstellung, 2019) ..	38
Tabelle 4 Auswertung Frage 2 der Fokusgruppe (eigene Darstellung, 2019) ..	39
Tabelle 5 Auswertung Frage 3 der Fokusgruppe (eigene Darstellung, 2019) ..	40
Tabelle 6 Auswertung der Frage 4 der Fokusgruppe (eigene Darstellung, 2019)	41
Tabelle 7 Auswertung der Frage 5 der Fokusgruppe (eigene Darstellung, 2019)	41
Tabelle 8 Auswertung der Frage 6 der Fokusgruppe (eigene Darstellung, 2019	42
Tabelle 9 Übersicht Meilensteine und Ziele I (eigene Darstellung, 2019).....	49
Tabelle 10 Übersicht Meilensteine und Ziele II (eigene Darstellung, 2019).....	50
Tabelle 11 Actionplan ALGEE (Kitchener, Jorm, & Kelly, 2018, S. 14)	52
Tabelle 12 Übergeordnetes Ziel 2 Anpassung des Handbuchs (eigene Darstellung,2019).....	54
Tabelle 13 Indikator und Sollwert der Adaption (Kolip, Ackermann, Ruckstuhl, & Studer, 2012).....	54
Tabelle 14 Zwischenziel 2.1 Epidemiologische Daten (eigene Darstellung, 2019).....	54
Tabelle 15 Zwischenziel 2.2 Kapitel 1.1 (eigene Darstellung, 2019)	55
Tabelle 16 Zwischenziel 2.3 Kapitel 1.2 (eigene Darstellung, 2019)	56
Tabelle 17 Zwischenziel 2.4 Handlungsschema (eigene Darstellung, 2019)	56
Tabelle 18 Zwischenziel 2.5 Störungsbild Depression (eigene Darstellung, 2019).....	57
Tabelle 19 Zwischenziel 2.6 Störungsbild Angststörungen (eigene Darstellung, 2019)	59
Tabelle 20 Zwischenziel 2.7 Störungsbild Psychose (eigene Darstellung, 2019)	60
Tabelle 21 Zwischenziel 2.8 Störungsbilder zu Substanzmissbrauch (eigene Darstellung, 2019)	61

Tabelle 22 Zwischenziel 2.9 Störungsbild Spielsucht (eigene Darstellung, 2019)	65
Tabelle 23 Zwischenziel 2.10 Störungsbilder zu Essstörungen (eigene Darstellung, 2019)	66
Tabelle 24 Zwischenziel 2.11 Krise Suizid (eigene Darstellung, 2019)	67
Tabelle 25 Notrufnummern Schweiz (Bundesamt für Kommunikation, 2013) (Bundesamt für Kommunikation, 2014)*	68
Tabelle 26 Zwischenziel 2.12 Krise selbstverletzendes Verhalten (eigene Darstellung, 2019)	70
Tabelle 27 Zwischenziel 2.13 Krise Panik (eigene Darstellung, 2019)	70
Tabelle 28 Zwischenziel 2.14 Krise Traumatische Ereignisse (eigene Darstellung, 2019)	71
Tabelle 29 Zwischenziel 2.15 Krise Psychose (eigene Darstellung, 2019)	72
Tabelle 30 Zwischenziel 2.16 Krise Substanzmittelmissbrauch (eigene Darstellung, 2019)	72
Tabelle 31 Zwischenziel 2.17 Krise aggressives Verhalten (eigene Darstellung, 2019)	73
Tabelle 32 Übergeordnetes Ziel 3 Anhang (eigene Darstellung, 2019)	74
Tabelle 33 Indikator und Sollwert des Anhangs (Kolip u. a., 2012)	74
Tabelle 34 Zwischenziel 3.1 Anhang LBGTIQA+ (eigene Darstellung, 2019)	74
Tabelle 35 Zwischenziel 3.2 Anhang Demenz (eigene Darstellung, 2019)	75
Tabelle 36 Anlaufstellen rechtliche Aspekte (eigene Darstellung, 2019)	78
Tabelle 37 Zuständigkeitstabelle (eigene Darstellung, 2019)	79
Tabelle 38 Übergeordnetes Ziel 4 Kursinhalte (eigene Darstellung, 2019)	81
Tabelle 39 Indikator und Sollwert des Kurses (Kolip u. a., 2012)	81
Tabelle 40 Zwischenziel 4.1 Präsentation (eigene Darstellung, 2019)	81
Tabelle 41 Zwischenziel 4.2 Übungen (eigene Darstellung, 2019)	82
Tabelle 42 Zwischenziel 4.2 Audiovisuelle Medien (eigene Darstellung, 2019)	82
Tabelle 43 Zwischenziel 4.5 Wissenstest (eigene Darstellung, 2019)	83
Tabelle 44 Übersicht Evaluation (eigene Darstellung, 2019)	89

9. Einverständniserklärung und Wortzahl

Eigenständigkeitserklärung:

«Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne Mithilfe dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.»

A. Carisch Lea Leuenberger

Wortzahl

- *des Abstracts*

Deutsch: 197

Englisch: 193

- *der Arbeit (exklusive Abstract, Tabellen, Abbildungen,
Literaturverzeichnis, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung und
Anhänge)*

15981

Inhaltsverzeichnis Anhang

10. ANHANG I.....	116
10.1 OTTAWA CHARTA	116
10.2 RESILIENZ.....	118
10.3 SALUTOGENESE	118
10.4 SELBSTWIRKSAMKEIT	120
10.5 SOZIALISATION	121
10.6 DIE AKTIVITÄTSTHEORIE	121
11. ANHANG II	122
11.1 DOKUMENTATION DER LITERATURRECHERCHE.....	122
11.1.1 DEFINITION DER SUCHBEGRIFFE	122
11.1.2 SUCHERGEBNISSE DER LITERATURRECHERCHE.....	126
11.1.3 DATENEXTRAKTIONSTABELLEN DER LITERATURRECHERCHE	128
11.2 DOKUMENTATION DER FOKUSGRUPPE	146
11.2.1 ANSCHREIBEN FÜR DIE REKRUTIERUNG	146
11.2.2 LEITFADEN DER FOKUSGRUPPE NACH BENIGHAUS UND BENIGHAUS.....	148
11.2.3 DOKUMENTATION DER FOKUSGRUPPE ANHAND EINES FOTOPROTOKOLLS.....	152
11.2.4 SCHRIFTLICHE BEANTWORTUNG DES LEITFADENS.....	160
12. ANHANG III.....	165
12.1 MODELLE NACH QUINT-ESSENZ	165
12.2 MASSNAHMENTABELLE TEILPROJEKTE.....	167
12.2.1 ÜBERSETZUNG	167
12.2.2 TEILPROJEKT INSTRUKTOREN AUSBILDUNG	169
12.2.3 TEILPROJEKT MARKETING	172
12.2.4 TEILPROJEKT BUSINESS.....	173
12.3 PRICING UND BUDGET MHFA 60+	175
12.3.1 PRICING.....	175
12.3.2 BUDGET.....	177
13. ANHANG IV	181
13.1 FUNKTIONENDIAGRAMM MHFA 60+	181
13.2 PROJEKTSKIZZE NACH QUINT-ESSENZ.....	182
MHFA 60+ – MENTAL HEALTH FIRST AID 60+	182
BASISDATEN.....	182

KONTAKTPERSON(EN).....	182
TRÄGERORGANISATION.....	182
PROJEKTBEGRÜNDUNG	183
AUSGANGSLAGE UND RAHMENBEDINGUNGEN.....	183
BEDARF.....	190
EINBETTUNG IN ÜBERGEORDNETE STRATEGIEN	192
BEDÜRFNISSE	194
ÄHNLICHE (EIGENE ODER FREMDE) INTERVENTIONEN.....	196
PRINZIPIEN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG	201
PROJEKTPLANUNG	202
VISION	202
STRATEGIEN UND VORGEHENSWEISE.....	202
BUDGET	215
PROJEKTORGANISATION	218
PROJEKTSTRUKTUR.....	218
FACHLICHE KOMPETENZEN UND QUALIFIKATIONEN DER HAUPTAKTEURE	220
VERNETZUNG	220
PROJEKTSTEUERUNG	221
EVALUATIONSZWECK, EVALUATIONSFRAGEN UND –METHODEN.....	221
DOKUMENTATION.....	223
ERGEBNISSE UND WIRKUNGEN	223
VERBREITUNG DER ERGEBNISSE.....	223
<u>14. VERZEICHNISSE ANHANG.....</u>	<u>224</u>
14.1 LITERATURVERZEICHNIS ANHANG.....	224
14.2 ABBILDUNGSVERZEICHNIS ANHANG.....	231
14.3 TABELLENVERZEICHNIS ANHANG.....	232

10. Anhang I

Im diesem Abschnitt werden die genannten grundlegenden Theorien und Berichte welche im Punkt 2 benannt wurden genauer erläutert.

10.1 Ottawa Charta

Vor über 30 Jahren wurde die Ottawa-Charta von der Welt Gesundheitsorganisation (WHO) mit dem Ziel „Gesundheit für alle“ erarbeitet. Der Fokus liegt auf der Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit. Um die Gesundheit und das Wohlbefinden aller zu stärken wurden fünf Handlungsfelder definiert.

Um die Gesundheit und das Wohlbefinden langfristig zu steigern sind Bildung, Ernährung, ein sicheres Einkommen und Chancengerechtigkeit eine Voraussetzung (Weltgesundheitsorganisation, 1986).

Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik

Die Förderung der Gesundheit wird nicht auf Gesundheitssektor beschränkt, sondern auf die gesamte Politik, zur Schaffung von einem umfassenden Wohlbefinden. Die Schaffung einer Chancengleichheit in sozialpolitischen Belangen kann durch Gesetzte oder steuerliche Interventionen erreicht werden. Für die Schaffung von einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik nimmt die Chancengerechtigkeit durch die Politik die zentrale Rolle ein (Weltgesundheitsorganisation, 1986).

Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen

Die Lebensräume der Menschen sollen die Gesundheit stärken. Alle gesundheitsförderlichen Strategien sollten die Entwicklung der Umwelt berücksichtigen und einen positiven Einfluss auf die Gesundheit gewährleisten (Weltgesundheitsorganisation, 1986).

Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen

Durch die Stärkung von Gemeinschaften steigert sich die soziale Unterstützung und die gegenseitige Wertschätzung. Die Selbstbestimmung jedes einzelnen sowie der Zugang zu Informationen sind Voraussetzungen, dass eine grosse öffentliche Teilnahme gelingt (Weltgesundheitsorganisation, 1986).

Persönliche Kompetenzen entwickeln

Menschen sollen befähigt werden, ihre Gesundheit positiv zu beeinflussen. Soziale Fähigkeiten wie soziale Kompetenzen sollen in allen Altersspannen gefördert werden. Dies kann in Schulen, Arbeitsplätzen oder zu Hause gemacht werden (Weltgesundheitsorganisation, 1986).

Gesundheitsdienste neu orientieren

Die Verantwortung für die Gesundheit liegt nicht nur bei jedem Individuum, auch der Staat und die Gesundheitsdienste tragen zur Förderung der Gesundheit bei. Gesundheitsdienste sollten individuelle und kulturelle Bedürfnisse erkennen und diese ausserhalb des kurativen Bereichs unterstützen (Weltgesundheitsorganisation, 1986).

Die Ottawa-Charta ist eines der wichtigsten internationalen Grundlagenpapiere unabhängig des Themas, des Settings oder der Zielgruppe. Ziel ist es die Handlungsfelder der Ottawa-Charte im theoriebasierten Pilotprojekt zu berücksichtigen.

10.2 Resilienz

Die Resilienz beschreibt die Widerstandsfähigkeit von Menschen im Umgang mit widrigen Umständen (Duden, o. J.).

Die Widerstandsfähigkeit von Menschen im Umgang mit Traumata oder widrigen Umständen ist auf sogenannte „Schutzfaktoren“ zurückzuführen (Kormann, 2007). Durch die Kauai-Studie konnten Schutz- und Risikofaktoren identifiziert werden welche Kinder in physischer und psychischer Not befähigen ihre Situation zu bewältigen. Als wichtigster Schutzfaktor wurde das erfüllen des Grundbedürfnisses nach Liebe durch mindestens eine Person identifiziert. Werner widerlegt die Annahme, dass Kinder aus problematischen Elternhäusern zwangsläufig denselben Weg in ihrem Leben einschlagen. Die Resilienz hat nicht nur im Kindesalter eine hohe Bedeutung, auch im Erwachsenenalter ist die Widerstandsfähigkeit im Umgang mit schwierigen Situationen von hoher Bedeutung (Kruse, 2015). Des weiteren ist die Resilienz Forschung ausschlaggebend für die Einteilung in Schutz- und Risikofaktoren (Kormann, 2007).

In der geplanten Umsetzung werden die Schutz- und Risikofaktoren der Zielgruppe 60+ berücksichtigt um die Teilnehmenden der Intervention zu sensibilisieren.

10.3 Salutogenese

In der Schulmedizin unterscheidet man meistens zwischen gesund und krank. Vertreter, welche sich auf die Gesundheit konzentrieren, haben das Ziel die Gesundheit zu erhalten und Krankheit zu verhindern. Auf die Behandlung der Krankheit, darauf Chronifizierung zu verhindern und den Tod zu vermeiden, fokussieren sich Vertreter der Krankheit. Aaron Antonovsky geht jedoch davon aus, dass ein Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit herrscht und, dass dies nicht dichotom klassifiziert werden kann, wie dies in der Schulmedizin häufig der Fall ist. Antonovsky ist der Meinung, dass jeder Mensch sterblich und solange er am Leben ist, verfügt er über gesunde Anteile. Dem Modell nach, schliesst das eine das andere nicht aus. Die salutogenetische Orientierung konzentriert sich auf ein Gesundheits- Krankheits- Kontinuum, sie führt dazu, dass nicht nur nach der Krankheitsgeschichte eines Menschen gesucht wird, sondern auf die gesamte

Geschichte geachtet wird. Salutogenese beschäftigt sich damit, welche Einflüsse dazu beitragen, dass eine Richtung des Kontinuums gehalten wird oder wie die Richtung der Gesundheit erreicht werden kann. Um die Position eines Menschen auf dem Gesundheits- Krankheits- Kontinuum zu bestimmen, ist das Kohärenzgefühl nach Antonovsky, der bestimmende Faktor. Das Kohärenzgefühl (Sense of Coherence / SOC) besteht aus den Komponenten, «Verstehbarkeit», «Handhabbarkeit» und «Bedeutsamkeit». Verstehbarkeit meint, dass Informationen und Situationen welche alltäglich sind können als geordnetes, konsistentes Bild zusammengeführt werden. Die Überzeugung, dass schwierige Situationen mittels geeigneten Ressourcen zu meistern sind, beschreibt die Handbarkeit. Der letzte Faktor, die Bedeutsamkeit, definiert den emotionalen Sinn welcher ein Mensch in Bezug auf sein Leben empfindet (Antonovsky & Franke, 1997).

Das Salutogenese Modell wird in der Arbeit berücksichtigt, da ein Kurs zur Sensibilisierung beiträgt und aufzeigt, dass Menschen mit einer psychischen Krankheit durchaus gesunde Anteile in sich haben. Betroffene sollen nicht durch die Krankheit definiert werden, sondern als Mensch und es soll darauf hingewiesen werden, dass jeder Mensch genesen kann.

10.4 Selbstwirksamkeit

Die sozial- kognitive Lerntheorie nach Bandura (1977) beinhaltet das Konstrukt der Selbstwirksamkeit. Das Konstrukt beschreibt die Überzeugung eines Menschen, Situationen mit eigenen Kompetenzen bewältigen zu können. Ist ein Mensch davon überzeugt, schwierige Situationen meistern zu können, verfügt er über eine hohe Selbstwirksamkeit. Die Überzeugung beeinflusst die Wahrnehmung eines Menschen. Wenn der Mensch nicht erwartet, eine Situation bewältigen zu können, dann geht er das Risiko nicht ein. Nach Bandura liegt die Ergebniserwartung zwischen dem Verhalten und dem vorausahnenden Ergebnis. Die Selbstwirksamkeit kann unterschiedlich bewertet werden, einerseits durch das Erreichen der Aufgabe, aber auch durch die Motivation von aussen, wenn andere den Menschen überzeugen, die Situation meistern zu können. Stellvertretende Erfahrungen gehören ebenfalls dazu, genauer bedeutet dies, wenn der Mensch die Leistungen der Anderen beobachtet. Oder die Emotionen spielen einen wichtigen Teil, Angst hemmt die Überzeugung, eine Situation bewältigen zu können, Freude hingegen kann die Überzeugung positiv beeinflussen und führt so öfters zu einem Erfolg.

Das Konstrukt floss in die Erarbeitung des Pilotprojektes mit ein, da die Teilnehmenden eines Kurses für psychische Gesundheit befähigt werden, Menschen in Krisensituationen zu helfen. Durch den Kurs wird die Angst gehemmt und die Motivation gesteigert, Betroffenen zu helfen (Albert Bandura, 1977).

10.5 Sozialisation

Sozialisation ist ein lebenslanger Prozess und beschreibt die Einordnung eines Menschen in die Gesellschaft (Geulen & Hurrelmann, 1980, S. 51). Dieser Prozess wird in verschiedenen Phasen unterteilt. Das Alter wird in der letzten Phase genannt und die Menschen werden mit verschiedenen Situationen konfrontiert, wie mit dem Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt. Diese Phase birgt die Schwierigkeit der Suche nach Sinn, wenn keine Arbeit mehr da ist oder das Fehlen der Strukturen. Ebenso gehen Fähigkeiten und Möglichkeiten verloren (Betscher-Ott, 2014).

Die Sozialisation wird in der Arbeit berücksichtigt, da das theoriebasierte Pilotprojekt für «ältere Menschen» konzipiert wurde, welche mit der letzten Phase der Sozialisation konfrontiert sind.

10.6 Die Aktivitätstheorie

Die Aktivitätstheorie geht davon aus, dass die aktive Teilnahme der Menschen sich positiv auf die Lebensqualität auswirkt (Martin & Kliegel, 2008 vgl. Adelman, 1994; Neugarten & Havighurst, 1969; Tartler, 1961). Diese Annahmen konnten durch Lemon, Bengtson & Peterson (1972) empirisch belegt werden. Die Aktivitätstheorie bestätigt die hohe Relevanz von sozialen Interaktionen bei „älteren Menschen“.

Im theoriebasierten Pilotprojekt wird diese Theorie mit einfließen in dem die Kursteilnehmenden darauf hingewiesen werden wie wichtig soziale Interaktionen sind um der Vereinsamung, entgegenzuwirken. Des weiteren werden die Kursteilnehmenden befähigt Menschen direkt auf das Thema der Abnehmenden sozialen Teilhabe anzusprechen.

11. Anhang II

Im folgenden Kapitel werden tabellarisch die Keywords, die Recherche, das Suchprotokoll und die Extraktionstabellen dargestellt. Zudem wird der Leitfaden der Fokusgruppe und das daraus resultierende Fotoprotokoll aufgezeigt.

11.1 Dokumentation der Literaturrecherche

Die Dokumentation der Literaturrecherche enthält die Definition der Suchbegriffe, deren Übersetzung sowie die Treffer in den Datenbanken mit den verwendeten Syntax. Zudem sind die Extraktionstabellen der verwendeten Literatur aufgeführt. In jeder Extraktionstabelle wird die verwendete Literatur eingestuft gemäss der Hierarchie der Evidenz nach Kramer, Sockoll und Bödeker (2009, S. 24).

11.1.1 Definition der Suchbegriffe

Tabelle 45

Übersicht Suchbegriffe Deutsch (Elke, Gurt, Möltner, & Externbrink, 2015, S. 16)

Deutsch			
1 Begriff	2 Begriff	3 Begriff	4 Begriff
Psychische Gesundheit	Ältere Menschen	Ersthelferkurs	Selbstwirksamkeit
Psychische Krise	Pensionierte	Nothelferkurs	Resilienz
Psychische Störung	Senioren	Krisenintervention	Sozial kognitive Theorie nach Bandura
Psychisches Problem	Ältere	Erstehilfekurs	
Psychische Krankheit	Ältere Leute	Notfallkurs	
Psychische Belastung	Ältere Personen		
Psychische Beeinträchtigung	Rentner		
Psychische Einschränkung	Ü60		
Mentale Gesundheit			


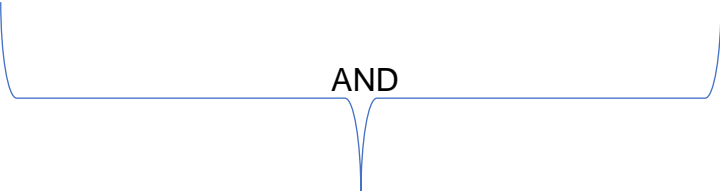
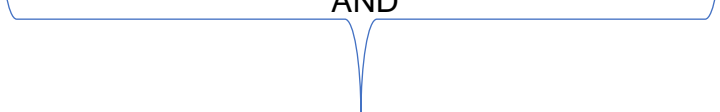
Tabelle 46

Übersicht Suchbegriffe Englisch (Elke u. a., 2015, S. 16)

Englisch			
1. Begriff	2. Begriff	3. Begriff	4. Begriff
Mental health	Older people	First-aid course	Self-efficacy
Mental crisis	Retired persons	Emergency course	Social cognitive theory from Bandura
Mental Disorder	seniors	Crisis intervention	Resilience
Mental Problem	elders	First aid course	
Mental illness	Older people	Emergency course	
Psychological stress	Older persons		
Mental impairment	Pensioner		
Mental Health	Ü60		

Tabelle 47

Systematische Darstellung Literaturrecherche (Haas, Breyer, Knaller, & Weigl, 2013, S. 52)

Frage in Aspekte zerlegt	Aspekt 1 Psychische Gesundheit	Aspekt 2 Zielgruppe (ältere Menschen 60+)	Aspekt 3 Ersthelferkurs
Suchbegriffe finden			
Begriffe kombinieren			
Aspekte kombinieren			

11.1.2 Suchergebnisse der Literaturrecherche

Tabelle 48

Suchergebnisse (Elke u. a., 2015, S. 17)

Name der Datenbank	Suchbegriffe	Treffer	Relevanz
CINAHL	Mental Health AND elderly AND first aid course	0 Treffer	
PubMed	Mental Health AND elderly AND first aid course	17 Treffer	5 brauchbare, fast alle von MHFA OZ (Svensson & Hansson, 2017);(Ross u. a., 2014) (Morawskau. a., 2013); (Jorm, Kitchener, u. a., 2005) (Kitchener & Jorm, 2004) 12 sind nichtzutreffend, da entweder Zielgruppe nicht vergleichbar oder kulturelle Unterschiede.
PsychInfo Via Ovid	Mental Health AND elderly AND first aid course	1 Treffer	Brauchbar geht um Stärkung der Gemeinschaft, Massnahmen für eine bessere psychische Gesundheit zu ergreifen. (Richardson, Dale, Wellby, McMillan, & Churchill, 2018)
PubPsych	Mental Health AND elderly AND first aid course	0 Treffer	
Eric via OvidSp	Mental Health AND elderly AND first aid course	0 Treffer	
Springer Protocols Via Springer Link	Mental Health AND elderly AND first aid course	10 Treffer	Nichtzutreffend, da Abstracts nicht zugänglich.

Fortsetzung Tabelle 49

Name der Datenbank	Suchbegriffe	Treffer	Relevanz
ClinVar	Mental Health AND elderly AND first aid course	0 Treffer	
Cochrane	Mental Health AND elderly AND first aid course	73 Treffer	1 brauchbar, geht um MHFA als Instrument zur Verbesserung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens. 72 nichtzutreffend, da andere Thematik oder Zielgruppen.
LIVIVO	Mental Health AND elderly AND first aid course	58 Treffer	2 Treffer sind jedoch bereits bei PubMed gefunden worden, die anderen 56 nichtzutreffend, da nicht mit Thematik vergleichbar.
dbGaP	Mental Health AND elderly AND first aid course	35 Treffer	Nichtzutreffend, da gewählte Thematik nicht erwähnt wird.
CINAHL	„mental health“ OR „mental disorder“ AND older people AND „crisis intervention“ OR „emergency course“	113,790 Treffer	Kombination für CINAHL Datenbank zu ungenau definiert. Mental Health zu grosses Spektrum, kommt in fast jedem gefundenen Treffer vor.
PubMed	„mental health“ OR „mental disorder“ AND older people AND „crisis intervention“ OR „emergency course“	41	11 Treffer sind brauchbar da es sich unter anderem um epidemiologische Rohdaten handelt und um Stärkung der psychischen Gesundheit von «älteren Menschen». 30 Treffer sind nichtzutreffend, da es sich um eine andere Zielgruppe handelt oder physische Gesundheit.

11.1.3 Datenextraktionstabellen der Literaturrecherche

Tabelle 50

Datenextraktionstabelle 1 (Haas u. a., 2013, S. 64–65)

Titel	Mental health first aid training in a workplace setting: A randomized controlled trail (Kitchener & Jorm, 2004)
Jahr	Receviend 09. März 2004
Autor	Betty A. Kitchener; Antony F. Jorm
Zielgruppe	Arbeitsnehmende
Settings	Mitarbeiter_innen der australischen Regierungsabteilungen: -Gesundheit und Alter - Familie- und Sozialdienste
Theoretischer Hintergrund	Im Jahr 2002 wurde bereits eine Studie ohne Kontrollgruppe durchgeführt.
Intervention	Kontrollierte randomisierte Studie (n=301) Die Interventionsgruppe machte nach 1 Monat den MHFA Kurs, die Kontrollgruppe nach 6 Monaten. Der Kurs sowie das Ausfüllen der Fragebögen erfolgten während der Arbeitszeit.
Kontext	-
Vergleich	-
Nutzen/Erfolg	Die Studie zeigt, dass das Selbstvertrauen in die Hilfeleistung durch MHFA gesteigert werden kann. Die beinhaltet auch Menschen zu beraten und ermutigen professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Zudem verbesserte sich die psychische Verfassung der Teilnehmenden positiv.
Hierarchiestufe	+++

Tabelle 51

Datenextraktionstabelle 2 (Haas u. a., 2013, S. 64–65)

Titel	Mental health first aid for the elderly: A pilot study of a training program adapted for helping elderly people (Svensson & Hansson, 2017)
Jahr	Received 23 April 2015
Autor	Bengt Svensson & Lars Hansson
Zielgruppe	Mitarbeiter_innen von Alters- und Pflegeheimen in Schweden
Settings	Alters und Pflegeheime
Theoretischer Hintergrund	MHFA Kursinhalte wurden für Fachpersonen konzipiert.
Intervention	Pre-Test-Post-Test-Design ohne Kontrollgruppe (n=139)
Kontext	Dieses Studiendesign lässt keine eindeutige Aussage zu.
Vergleich	
Nutzen/Erfolg	<ul style="list-style-type: none"> - Verbessertes Wissen bezüglich der psychischen Gesundheit. - Besseres Vertrauen in die Hilfeleistung bezüglich der psychischen Gesundheit.
Hierarchiestufe	+

Tabelle 52

Datenextraktionstabelle 3 (Haas u. a., 2013, S. 64–65)

Titel	Mental health First Aid as a tool for improving mental health and well-being (Protocol) (Richardson, Dale, Wellby, McMillan, & Churchill, 2018)
Jahr	2018
Autor	Richardson R, Dale HE, Wellby G, McMillan D, Churchill R
Zielgruppe	-
Settings	-
Theoretischer Hintergrund	Der Begriff "psychische Gesundheitskompetenz" wird definiert als "Wissensvorsprung und Überzeugungen über psychische Störungen, die deren Erkennung, Steuerung oder Prävention unterstützen".
	Folgende Ziele verfolg die Studie
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auswirkungen von MHFA auf die Kursteilnehmenden bezüglich Wissenszunahme und der Einstellung gegenüber der psychischen Gesundheit 2. Anzahl Begegnungen mit Menschen mit psychischen Problemen und die eigene psychische Gesundheit 3. Auswirkungen von MHFA am Arbeitsplatz
Intervention	Experimentelle Intervention: Alle Arten von MHFA Kursen
Kontext	
Vergleich	Vergleichs Intervention: Keine Intervention, alternative Massnahmen zur Aufklärung
Nutzen/Erfolg	-
Hierarchiestufe	++

Tabelle 53

Datenextraktionstabelle 4 (Haas u. a., 2013, S. 64–65)

Titel	A scoping review of crisis teams managing dementia in older people (Streater, Coleston-Shields, Yates, Stanyon, & Orrell, 2017)
Jahr	2017
Autor	Amy, Streater, Donna Maria, Coleston-Shields, Jennifer Yates, Miriam Stanyon & Martin Orrell
Zielgruppe	Krisenteams für «ältere Menschen» in England
Settings	Gesundheitsdienste
Theoretischer Hintergrund	-
Intervention	Systematischer Literaturüberblick über die Wirksamkeit von Krisen Interventionen bei „älteren Menschen“.
Kontext	Scoping-Umfrage bei Demenz-Krisenteams in ganz England
Vergleich	-
Nutzen/Erfolg	Literaturrecherche: Zeigt begrenzt auf, dass durch Krisenstäbe die Einweisungen reduziert werden konnte
	Scoping-review: nur 51% haben einen Versorgungspfad um Krisen zu bewältigen.
Hierarchiestufe	Literaturreche systematisch

Tabelle 54

Datenextraktionstabelle 5 (Haas u. a., 2013, S. 64–65)

Titel	Experiences in applying skills learned in a Mental Health First Aid training course: a qualitative study of participants' stories (Jorm, Kitchener, & Mugford, 2005)
Jahr	09. November 2005
Autor	Antony, F. Jorm, Kitchener, Betty, A., Mugford, Stephen, K.
Zielgruppe	Allgemeinbevölkerung / MHFA Kursteilnehmende
Settings	-
Theoretischer Hintergrund	Zwei bereits durchgeführte RCT's zeigten positive Auswirkungen auf das Wissen, die Einstellung und das Verhalten von Teilnehmenden. Jedoch enthielten diese Studien keine Angaben zu späteren Erfahrungen in der Anwendung vom MHFA-Kurs deshalb fokussiert sich diese Studie auf Erfahrungen von MHFA-Teilnehmenden 19-21 Monaten nach dem Kurs.
Intervention	131 Auszubildende wurden per Post und Internet kontaktiert.
Kontext	94 Personen füllten den Fragebogen zu ihren Erfahrungen aus Trotz hoher Prävalenz Zahlen und Hilfsangeboten nehmen wenige Menschen mit psychischen Problemen professionelle Hilfe an Anspruch.
Vergleich	-
Nutzen/Erfolg	Die Mehrheit der Kursteilnehmenden konnte Personen mit psychischem Problem unterstützen, die Unterstützung hatte mehrheitlich positive Auswirkungen. <ol style="list-style-type: none"> 1. Durch den MHFA Kurs konnte die Mehrheit Massnahmen ergreifen. 2. Empathie, Vertrauen und positive Bewältigungsstrategien waren positive Auswirkungen. 3. Die positiven Auswirkungen wurden von unterschiedlichen Menschen erlebt/wahrgenommen. 4. Die Kursteilnehmenden fühlten sich nicht überfordert. 5. Kursteilnehmende empfinden die Kursinhalte als nützlich und würden diesen wiederholen.
Hierarchiestufe	+

Tabelle 55

Datenextraktionstabelle 6 (Haas u. a., 2013, S. 64–65)

Titel	Evaluation of mental health first aid training in a diverse community setting (Morawska u. a., 2013)
Jahr	Februar 2013
Autor	Morawska, Aline, Fletcher, Renee, Pope, Susan, Heathwood Ellen, Anderson Emily, McAuliffe Christine
Zielgruppe	Multikulturelle Unternehmen
Settings	Gemeinde Setting
Theoretischer Hintergrund	Die Vorbereitung von MHFA-Training in Gemeinden hatte positive Einflüsse auf die Aufnahme von Hilfsangeboten.
Intervention	458 Personen aus multikulturellen Unternehmen nahmen an einer MHFA-Schulung teil. Vor und nach der Schulung wurden Fragebögen ausgefüllt und nach 6 Monaten Folgegespräche geführt.
Kontext	-
Vergleich	-
Nutzen/Erfolg	<ul style="list-style-type: none"> - Die Untersuchung deutet daraufhin, dass die Teilnahme am MHFA-Kurs bei der Erkennung von psychischen Problemen unterstützt. - Das Vertrauen in die Erste Hilfe wird gestärkt. - Die Stigmatisierung wurde verringert. - Positive Auswirkungen in multikulturellen Gemeinschaften.
Hierarchiestufe	+

Tabelle 56

Datenextraktionstabelle 7 (Haas u. a., 2013, S. 64–65)

Titel	Benchmarking treatment of schizophrenia: a comparison of service delivery by the national government and by state and local providers (Rosenheck, Desai, Steinwachs, & Lehman, 2000)
Jahr	April 2000
Autor	Rosenheck R.A., Desai R, Steinwachs D, Lehman A
Zielgruppe	Schizophrenie Patienten
Settings	-
Theoretischer Hintergrund	Gesundheitsversorgungsdienstleister
Intervention	Zwischen 1994-1996 wurden 746 männliche Patienten mit Schizophrenie in zwei Staaten der USA befragt. 192 VA stationär VS. 96 NICHT-VA stationär und 274 VA ambulant VS 184 NICHT-VA ambulant.
Kontext	VA Patienten waren älter und hatten höheres Einkommen als Nicht-VA Patienten
Vergleich	Vergleich von nationalen und staatlich betriebenen Gesundheitssystemen. Departement of Veterans Affairs, Krankenhäusern und Kliniken.
Nutzen/Erfolg	<ul style="list-style-type: none"> - Eingeschränkter Zugang von Veteran- Patienten zu psychosozialen Diensten. - Stärkere Abhängigkeit in der Klinikwahl. - 25 Empfehlungen wurden gemacht.
Hierarchiestufe	++

Tabelle 57

Datenextraktionstabelle 8 (Haas u. a., 2013, S. 64–65)

Titel	Admission to acute mental health services after contact with crisis resolution and home treatment teams: an investigation in two large mental health-care providers (Werbeloff u. a., 2017)
Jahr	Januar 2017
Autor	Werbeloff, Nomi, Chang Chin-Kuo, Broadbent Metthew, Hayes Joseph F., Stewart Robert & Osborn Davod P.J.
Zielgruppe	Krisenbewältigungs- und Heimbehandlungsteams (CRTs) in UK
Settings	Gesundheitsdienste
Theoretischer Hintergrund	-
Intervention	Prädiktoren für den Rückfall nach Kontakt mit CRT's
Kontext	Zwischen 2008 und August 2014 wurden 17'666 Patient_innen betreut und eingeschlossen. Die CRTs von zwei National Health Service (NHS) Trusts für psychische Gesundheit in London betreut werden: Camden und Islington NHS Foundation Trust und South London und Maudsley NHS Foundation Trust.
Vergleich	-
Nutzen/Erfolg	Die frühere Inanspruchnahme von Diensten der psychischen Gesundheit und die Diagnose einer nicht-affektive Psychose, die Marker für die Schwere einer psychischen Erkrankung sind, und das höhere Alter, das ein Marker für die Chronizität ist, sind alle Risikofaktoren für einen zukünftigen Rückfall nach Wechselwirkungen mit CRTs.
Hierarchiestufe	+

Tabelle 58

Datenextraktionstabelle 9 (Haas u. a., 2013, S. 64–65)

Titel	Acute mental health care for older people by crisis resolution teams in England (Cooper, Regan, Tandy, Johnson, & Livingston, 2007)
Jahr	März 2007
Autor	Cooper Claudia, Regan Ciaran, Tandy Alec Robert, Johnson Sonia & Livingston Gill
Zielgruppe	Kriseninterventionsteams für «ältere Menschen» mit Demenz
Settings	-
Theoretischer Hintergrund	Literaturrecherche inkludierte alle Arten von Studiendesigns. Studien wurden aufgenommen, wenn die Krise, einer dementen Person die Kriterien der "dringenden Notwendigkeit einer Bewertung und Intervention für eine in der Gemeinschaft lebende Person" erfüllte.
Intervention	Einschlusskriterium: Alter 65 oder älter mit einer diagnostizierten Demenz welche in einer Gemeinschaft leben. Die Literaturrecherche wurde in MEDLINE, EMBASE, PsychINFO, CHINAL und LILACS vorgenommen. Die Suchergebnisse stammen aus den Jahren 2008-2015. 7 Treffer wurden ausgewertet.
Kontext	-
Vergleich	-
Nutzen/Erfolg	Die systematische Literaturrecherche wies begrenzte Beweise den Nutzen der Unterstützung von Krisenstäben zur Reduktion von Einweisungen in Krankenhäuser auf. Nur die Hälfte (51,8%) der Teams Verfügten über einen Versorgungspfad zur Bewältigung von Krisen.
Hierarchiestufe	Literaturrecherche systematisch

Tabelle 59

Datenextraktionstabelle 10 (Haas u. a., 2013, S. 64–65)

Titel	The prevention of suicide among older people in The Netherlands: interventions in community mental health care (Kerkhof, Visser, Diekstra, & Hirschhorn, 1991)
Jahr	1991
Autor	Kerkhof, A.J. Visser, A.P Diekstra, R.F Hirschhorn, P.M
Zielgruppe	«Ältere Menschen»
Settings	Öffentlichkeit
Theoretischer Hintergrund	Bisher keine erkennbare Initiative um Suizide bei «älteren Menschen» zu verhindern.
Intervention	Massenmedien einsetzen, um die Symptome einer Depression im Alter und Selbstmordgedanken aufzuzeigen, damit Freunde und Verwandte helfen können.
Kontext	Fernsehen, Radio, Zeitung etc.
Vergleich	Nutzung von Massenmedien als Vergleich zu herkömmlichen Methoden.
Nutzen/Erfolg	-
Hierarchiestufe	Expertenmeinung ()

Tabelle 60

Datenextraktionstabelle 11 (Haas u. a., 2013, S. 64–65)

Titel	The emergency telephone conversation in the context of the older person in suicidal crisis: a qualitative study (Deuter, Procter, & Rogers, 2013)
Jahr	2013
Autor	Deuter, Kate Procter, Nichola Rogers, John
Zielgruppe	«Ältere Menschen»
Settings	Telefonberatung
Theoretischer Hintergrund	Selbstmord bei «älteren Menschen» ist ein grosses Problem, welches in der Tendenz steigend ist.
Intervention	Qualitative Studie mittels Datenerhebung aus Interviews mit Telefonberater_innen eines psychiatrischen Notfalldienstes welche Telefone empfangen von Menschen über 65 Jahren, um zu erfassen, wie die Beratenden reagieren in einer suizidalen Krisensituation.
Kontext	Einzelinterviews mit Beratenden
Vergleich	-
Nutzen/Erfolg	Drei wesentliche Ergebnisse, die Beratenden haben gleich auf wahrgenommene Risikofaktoren reagiert. Es gab Unstimmigkeiten zwischen den Beratenden und den «älteren Menschen», die Beratenden meinten Probleme am Lebensende herauszuhören, oder das Problem des Suizides oder des fehlenden Wissens was nun zu tun ist. Das letzte Ergebnis zeigt, dass es notwendig ist nahe mit einer älteren Person zu arbeiten und deren Veränderungen zu ermitteln und sofort zu handeln um es zu ändern.
Hierarchiestufe	Expertenmeinung ()

Tabelle 61

Datenextraktionstabelle 12 (Haas u. a., 2013, S. 64–65)

Titel	The effectiveness of crisis resolution/home treatment teams for older people with mental health problems: a systematic review and scoping exercise (Toot, Devine, & Orrell, 2011)
Jahr	2011
Autor	Toot, Sandeep Devine, Mike Orell, Martine
Zielgruppe	Ältere Menschen
Settings	Heimbehandlung
Theoretischer Hintergrund	Wirksamkeit von Krisenbewältigungsdiensten oder Hausbehandlungen für „ältere Menschen“ mit psychischen Problemen zu überprüfen.
Intervention	Systematisches Review um die Wirksamkeit von Behandlungen zu Hause für «ältere Menschen» zu erfassen.
Kontext	Überprüfung von Dauer des Krankenhausaufenthalts, Aufrechterhaltung des Gemeinschaftswohnsitzes.
Vergleich	-
Nutzen/Erfolg	Krisen- und Heimbehandlungen sind wirksam und können laut der Literatur Krankenhauseinweisungen reduzieren. Es konnten zu wenig evidenzbasierte Berichte gefunden werden, dass die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes ebenfalls reduziert werden kann. Die Studie hat gezeigt, dass es zu wenig Literatur gibt, um die Wirksamkeit von Krisen- und Heimbehandlungen aufzuzeigen. Es besteht eine Lücke von kontrollierten Studien um die Wirksamkeit aufzuzeigen.
Hierarchiestufe	Literaturrecherche

Tabelle 62

Datenextraktionstabelle 13 (Haas u. a., 2013, S. 64–65)

Titel	Suicide prevention in the elderly (age 65-99) (McIntosh, 1995)
Jahr	1995
Autor	McIntosh, J.
Zielgruppe	«Ältere Menschen»
Settings	Suizidprävention
Theoretischer Hintergrund	Suizidrate bei «älteren Menschen» am höchsten.
Intervention	Es werden verschiedene Programme zur Suizidprävention beschrieben und mehrere geeignete Interventionen zur Suizidprävention empfohlen.
Kontext	-
Vergleich	-
Nutzen/Erfolg	Es werden Massnahmen empfohlen welche sowohl Primärprävention wie auch Sekundärprävention beinhalten. Für die Interventionen werden die Bildung, die Informationsverarbeitung sowie die Früherkennung und die Identifikation von Menschen, welche an einer Depression erkrankt sind oder Suizid begangen haben und optimierte Vermittlungsbemühungen untersucht.
Hierarchiestufe	+

Tabelle 63

Datenextraktionstabelle 14 (Haas u. a., 2013, S. 64–65)

Titel	Suicidality in the elderly - what the general practitioner can do (Haas, Minder, & Harbauer, 2014)
Jahr	2014
Autor	Haas, S. Minder, J. Harbauer, G.
Zielgruppe	«Ältere Menschen»
Settings	Hausärzte_innen
Theoretischer Hintergrund	Die Schweiz hat im Vergleich zu anderen Ländern die höchste Suizidrate, Suizidalität im Alter hängt oftmals mit Depressionen zusammen.
Intervention	Neuer Ansatz, «PRISM-S Instrument» welches ein schnelles Erfassen vom Ausmass des Suizides ermöglicht mittels visuellem Verfahren.
Kontext	-
Vergleich	-
Nutzen/Erfolg	Gesundheitsfachpersonen werden unterstützt beim Erfassen von Suizidalität eines Erwachsenen.
Hierarchiestufe	Expertenmeinung ()

Tabelle 64

Datenextraktionstabelle 15 (Haas u. a., 2013, S. 64–65)

Titel	Social deprivation and the outcomes of crisis resolution and home treatment for people with mental health problems: a historical cohort study (Kingsford & Webber, 2010)
Jahr	2010
Autor	Kingsford, R. Webber, M.
Zielgruppe	«Ältere Menschen»
Settings	Heimbehandlung
Theoretischer Hintergrund	Heimbehandlungen waren wichtig, um das Ziel zu erreichen, die Abhängigkeit von der Versorgung des Krankenhauses zu verringern. Es gibt zahlreiche Belege, dass dies erreicht werden kann.
Intervention	Mittels einer Kohortenstudien wurden 260 Überweisungen für Heimbehandlung untersucht.
Kontext	Studie die Hypothese testet
Vergleich	Studie teste Hypothese, dass soziale Benachteiligung und Heimbehandlungen einen Zusammenhang haben.
Nutzen/Erfolg	Die ermittelten Resultate wurden in „Erfolglos“ und „Erfolgreich“ eingeordnet. Die Studie hat gezeigt, dass Menschen, welche in schlechteren sozialen Verhältnisse leben und „ältere Menschen“ ein schlechteres Ergebnis erzielten. Zudem hat die Studie gezeigt, dass Menschen welche vom «Community mental health team» überwiesen worden sind, ebenfalls ein schlechteres Resultat erzielten. Ausserdem zeigte sich eine minimale Tendenz, dass Männer schlechtere Ergebnis erzielten als Frauen.
Hierarchiestufe	+

Tabelle 65

Datenextraktionstabelle 16 (Haas u. a., 2013, S. 64–65)

Titel	Re-development of mental health first aid guidelines for suicidal ideation and behaviour: a Delphi study (Ross, Kelly, & Jorm, 2014)
Jahr	2014
Autor	Ross, A.M. Kelly, C.M. Jorm, A.F.
Zielgruppe	Freunde und Familie
Settings	Guideline
Theoretischer Hintergrund	Literatur über Aussagen, wie jemand einer Person welche suizidal ist, helfen kann sowie Suizidprävention.
Intervention	Literaturrecherche, Fragebogen und Delphi-Studie
Kontext	Delphi-Studie bestand aus zwei Expertengruppen für Suizidprävention und Verbraucherschutz.
Vergleich	Es wurden 164 Hilfsmassnahmen mit 30 früheren verglichen. Die Massnahmen wurden für einen Suizidpräventionskurs entwickelt.
Nutzen/Erfolg	Es gab 436 Aussagen und von denen wurden 164 als nützlich angesehen um jemanden zu helfen der suizidgefährdet ist. Mittels diesen Aussagen wurden Leitlinien erarbeitet.
Hierarchiestufe	Expertenmeinung ()

Tabelle 66

Datenextraktionstabelle 17 (Haas u. a., 2013, S. 64–65)

Titel	Prevalence of mental disorders in elderly people: The European MentDis_ICF65+ study (Andreas u. a., 2017)
Jahr	2017
Autor	Andreas, S. Schulz, H. Volkert, J. Dehoust, M. Sehner, S. Suling, A. Austin, B. Canuto, A., Crawford, M., Da Ronch, C., Grassi, L., HersHKovitz, Y., Muñoz, M., Quirk, A., Rotenstein, O., Santos- Olmo, A.B., Shalev, A., Strehle, J., Weber, K., Wegscheider K., Wittchen, H.U., Härter, M.
Zielgruppe	«Ältere Menschen»
Settings	Einzugsgebiete von vergleichbaren Ländern Europas
Theoretischer Hintergrund	Über psychische Störungen bei «älteren Menschen» ist wenig bekannt, von der Depression und Demenz mal abgesehen.
Intervention	Studie basiert auf Stichproben von Männer und Frauen, welche in ausgewählten Gebieten der teilgenommen Ländern leben.
Kontext	Zufällige Stichprobe von 3142 älteren Frauen und Männer ab 65 Jahren, bis 84 Jahren, welche in vergleichbaren Einzugsgebieten der jeweiligen Länder leben.
Vergleich	Prävalenzrate aus früheren Studien.
Nutzen/Erfolg	Die Studie zeigte, dass 50% aller Personen eine psychische Krise in ihrem Leben erlebt, ca. 30% im letzten Jahr vor der Untersuchung und fast 25% litten während der Studie an einer Krise. Angststörungen war die häufigste Störung, als zweites die affektive und substanzbezogene Störung. In den früheren Studien wurden tiefere Prävalenzraten für psychische Störungen aufgezeigt im Gegensatz zu den neueren. Dieses Resultat zeigt auf, dass es eine Verbesserung von diagnostischen Beurteilungen benötigt, welche an die Kompetenzen der «älteren Menschen» angepasst wird. Zudem ist es wichtig, die Problematik von psychischen Störungen bei «älteren Menschen» aufzuzeigen und darüber zu informieren. Ebenso benötigt es gute psychiatrische Dienstleistungen.
Hierarchiestufe	Expertenmeinung ()

Tabelle 67

Datenextraktionstabelle 18 (Haas u. a., 2013, S. 64–65)

Titel	Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health.(Anthony F. Jorm, 2012)
Jahr	2012
Autor	Jorm, A.F.
Zielgruppe	Öffentlichkeit
Settings	Bildung, psychische Gesundheit, Informationsseiten
Theoretischer Hintergrund	Es ist bewiesen, dass bei schweren physischen Erkrankungen die Betroffene davon profitieren, wenn sie von möglichen Angeboten zur Prävention, Frühförderung oder Behandlung wissen. Dieses Wissen wird aber im Zusammenhang mit psychischer Krankheit fast nicht öffentlich gemacht.
Intervention	-
Kontext	Psychische Gesundheit der Bevölkerung.
Vergleich	Es gibt Beweise, dass ein Mangel besteht über das Wissen von psychischer Gesundheit sowie in der Früherkennung und dem Wissen über Handlungsmöglichkeiten und Angebote.
Nutzen/Erfolg	Es gibt Interventionen für Laien im Bereich psychische Gesundheit, welche Betroffene unterstützen.
Hierarchiestufe	Expertenmeinung ()

11.2 Dokumentation der Fokusgruppe

In diesem Abschnitt befindet sich die Anschreiben für Rekrutierung von Teilnehmenden, Leitfaden der Fokusgruppe, die Dokumentation der Fokusgruppe anhand eines Fotoprotokolls und die schriftliche Beantwortung des Leitfadens durch Fachpersonen aus dem betrieblichen Gesundheitsmanagements und Gesundheitsförderung Schweiz.

11.2.1 Anschreiben für die Rekrutierung

Zürich, 23. Oktober 2018

Liebe xx, Lieber xx

Für die Erarbeitung der Bachelorarbeit, im Rahmen des Studiengangs Gesundheitsförderung und Prävention an der Zürcher Fachhochschule für Angewandte Wissenschaften, möchten wir eine Fokusgruppe zum Thema: „Psychische Gesundheit 60+“ durchführen. Dazu benötigen wir Teilnehmende aus verschiedenen Fachbereichen.

Gerne würden wir Sie als Interessenvertretung einladen. Die Fokusgruppe wird am Montag **26. November** von 18.00 – 20.00 in Zürich stattfinden.

Wir würden uns über eine spannende Diskussionsgruppe mit Ihnen freuen. Lassen Sie uns bis spätestens am 16. November wissen, ob Sie an einer Teilnahme interessiert wären.

Für weitere Fragen oder Unklarheiten stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung.

Besten Dank im Voraus

Freundliche Grüsse

Andrina Carisch und Lea Leuenberger

Kontakt: Lea Leuenberger

Mail: L.Leuenberger@promentesana.ch

Telefonr.: 044 446 55 0

Freiwillige Teilnehmende für eine Gesprächsrunde gesucht

Wir, Lea Leuenberger und Andrina Carisch, studieren Gesundheitsförderung und Prävention an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften und möchten eine Gesprächsrunde im Rahmen unserer Bachelorarbeit zum Thema «psychische Gesundheit 60+» durchführen.

Um unser Wissen zum Thema zu erweitern, suchen wir freiwillige Betroffene / Erfahrene, Angehörige und Fachpersonen.

Wir sind für eure Unterstützung dankbar und ihr seid uns eine grosse Hilfe, um unser Verständnis in diesem Thema zu vertiefen und um unsere Bachelorarbeit zu schreiben.

Bitte meldet euch spätestens bis 16. November 2018 unter der Telefonnummer 044 446 55 00 oder andrina.carisch@hotmail.com

Gerne stehen wir euch für weitere Informationen und Fragen zur Verfügung.

Liebe Grüsse,
Lea Leuenberger und Andrina Carisch

Wo 📍: Hardturmstrasse 261, 8000 Zürich

Wann 🕒: 26. November 18.00-20.00 Uhr

Tel. 📞: 044 446 55 00

E- Mail: ✉️: andrina.carisch@hotmail.com

11.2.2 Leitfaden der Fokusgruppe nach Benighaus und Benighaus

Leitfaden

Die Phasen, sowie die darin enthaltenen Punkte wurden nach der empirischen Sozialforschung nach Benighaus und Benighaus (2012)

Phase 1: Begrüssung und Einführung

Begrüssung, Vorstellung des Moderators

Andrina Carisch begrüsst die Teilnehmenden und stellt sich und Lea Leuenberger als Co-Moderatorin vor.

«Herzlich Willkommen und vielen Dank, dass Sie so zahlreich erschienen sind. Lea Leuenberger und ich, Andrina Carisch studieren an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften Gesundheitsförderung und Prävention und absolvieren momentan unser Abschlusspraktikum bei der Schweizerischen Stiftung Pro Mente Sana.»

Kurz in das Thema und die Ziele einführen, knapp Hintergrundinformation geben

«Wie Sie bereits alle Wissen, wird sich das heutige Gespräch um die Bedürfnisse von Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen zum Thema psychische Gesundheit 60+ drehen. Ziel ist es, verschiedene Interventionen im Bereich der psychischen Gesundheit aus den unterschiedlichen Perspektiven zu beleuchten um Stärken und mögliche Schwachstellen herauszufinden.»

Verwendungszweck erläutern, Auftraggeber nennen

«Im Rahmen unseres Studiums schreiben wir die Bachelorarbeit im Auftrag der Schweizerischen Stiftung Pro Mente Sana. Unsere Arbeit ist ein theoriebasiertes Pilotprojekt, basierend auf bestehenden Interventionen im Bereich Erst Helfer Kurs im Bereich psychische Gesundheit.»

Ablauf, Form der Dokumentation und Auswertung (Anonymität, Umgang mit den Ergebnissen) beschreiben, Diskussionsregeln festlegen

«Wir werden Ihnen rund 8 Fragen zur Diskussion vorgeben und Ihre Aussagen Stichwortartig auf Flipcharts notieren. Am Ende der Diskussion wird gemeinsam eine Schlussfolgerung definiert. Die Flipcharts werden mittels Fotoprotokoll festgehalten. Für die zusätzliche Absicherung bitten wir Sie hiermit um Ihr Einverständnis, dass wir die Diskussion aufzeichnen dürfen. Alle Aussagen und Daten zur Person werden anonymisiert. In der Arbeit wird nur das Fotoprotokoll verwendet, die Aufnahme wird nach dem Erstellen des anonymen Protokolls gelöscht. Die Aussagen der Diskussion werden in der Bedürfnisanalyse, sowie in der Diskussion unserer Bachelorarbeit verwendet.»

«Wir bitten Sie respektvoll mit den Aussagen ihrer Diskussionspartner umzugehen, gegenseitig zuhören und ausreden lassen, sowie das Besprochene vertraulich zu behandeln.»

«Ist das für alle in Ordnung?»

Formale Dinge, Aufwandsentschädigung

«Da unser Budget leider nicht so hoch ist, können wir sie leider nicht finanziell entschädigen, um unsere Dankbarkeit Ihnen gegenüber auszudrücken, haben wir Ihnen ein Geschenk.»

Phase 2 Einführende Frage- Frage zum «ICH» (Selbstkonzeption):

Start der Fokusgruppe mit einer einführenden Frage, damit stellen die Teilnehmer ihr Selbstkonzept vor.

Da die Fokusgruppe aus einer kleinen Anzahl (maximal sechs Personen) von Teilnehmenden besteht, wird keine Einführungsfrage im Allgemeinen, sondern eine Selbstkundgabe Frage gestellt.

«Wir bitten Sie sich kurz vorzustellen und Ihr Bezug oder Ihre Meinung zur Thematik psychische Gesundheit 60+ zu nennen. Wer dies nicht sagen möchte, wird dazu nicht verpflichtet.»

Fragestellung bieten, die mit «ich bin/habe...» beantwortet werden kann.

Unterstützungsbeispiel: «Bsp. Ich bin Verena Müller, Mutter einer betroffenen Tochter. Die psychische Gesundheit gerät immer mehr in den Fokus, durch die heutige Leistungsgesellschaft.»

→ Diese Frage wird in der durchgeführten Fokusgruppe aus Anonymitätsgründen nicht protokolliert.

Phase 3 Übergangsfrage- Frage zum «Wir» (Aufbau einer Arbeitsbeziehung)

«Wie würden Sie sich den Umgang mit psychischen Krankheiten wünschen?»

Input:

- Positiv
- Negativ

Phase 4 Hauptfragenkatalog- Frage zum «Es» (inhaltliche Fragen)

Stimulus Frage:

«Durch welche Bezeichnung fühlen Sie sich angesprochen?»

«ältere Menschen»

«best ager»

«oldies»

«Senioren»

«ü60»

«60+»

«golden ager»

«baby boomer»

«Betagte»

«eigene Vorschläge

«Welche sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten Themen, die im Bereich psychische Gesundheit 60+ angesprochen werden sollten und warum?»

→ priorisieren der wichtigsten 3

«Welche Hilfe / Angebote bräuchten «ältere Menschen» mit psychischen Problemen?»

→ Inputs (Kampagne reicht dies? Oder Kurs, für wen?) geben, wenn niemand antwortet, ansonsten erzählen lassen

«Was müsste ein Kurs zum Thema psychische Gesundheit 60+ beinhalten, dass sich für Sie etwas vers ändern würde?»

«Was könnte ein Kurs mit Wissen über Bsp. Gesprächstipps, verschiedene Störungsbilder helfen, bewirken?»

Phase 5: Abschlussfrage- Zusammenführen der Ergebnisse

«Die Moderatorinnen fassen die Ergebnisse der Diskussion knapp zusammen. Die Teilnehmenden können bei Bedarf Stellung nehmen. Am Schluss werden die Teilnehmenden dazu aufgefordert in einem Satz die für sie wichtigste Aussage zum Thema psychische Gesundheit 60+ zu treffen.»

«Bestehen für Sie noch Unklarheiten oder haben Sie das Gefühl ein zentraler Punkt wurde vergessen?»

«Die Moderatorinnen bedanken sich für die Diskussion. Wenn jemand das Fotoprotokoll möchte, senden wir dies gerne so schnell wie möglich zu. Haben die Teilnehmende Interesse an der Bachelorarbeit, habe Sie die Möglichkeit bei der öffentlichen Präsentation im Juni 2019 teilzunehmen. Zudem wird nochmals erklärt, dass alle Aussagen anonymisiert und vertraulich behandelt werden. »

Fotoprotokoll
der Fokusgruppe zur psychischen Gesundheit 60+
Bedürfniserfassung zur Erarbeitung der Bachelorarbeit
«Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich
psychische Gesundheit bei «älteren Menschen»
ein theoriebasiertes Pilotprojekt basierend auf
bestehenden Interventionen»

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Departement Gesundheit

Gesundheitsförderung und Prävention GP.16

Teilnehmer der Fokusgruppe:

Bleiben anonym

Moderation:

Lea Leuenberger

Andrina Carisch

am 26.November 2018 von 18.00 Uhr bis 20.00 Uhr

Wie würden Sie sich den Umgang mit psychischen
Krankheiten wünschen?

- Mehr Offenheit
- nicht stigmatisierend
- weniger Ängste
- Altersdepression eine Schattenkrankheit
- Diskriminierung vermeiden
- Mehr Möglichkeiten für "ältere Menschen", nicht nur Abschiebung ins Altersheim (in Form von betreuten Wohnen)
- Weniger Tabu
- somatische & Psychiatrische Medizin nicht so trennend
- Psychische Krankheit nicht als Zustand
- Auf Haltung achten, somatische Krankheiten haben wir, psychische Krankheiten sind wir.
- Bewussteren Umgang
- Weniger Hürden, niederschwelligere Hilfsangebote
- Mehr Auswahl an Angeboten
- Weniger lange Wartezeiten (Kliniken, Therapeuten)
- Mehr Handeln

Abbildung 1. Fotoprotokoll in Anlehnung an die Diskursanalyse aus dem Modul GP. 38 «Methodenpraktikum» in der Vorlesung von Dr. Rimbach «Methodenpraktikum. Durchführung von Fokusgruppen. Ansätze der Datenanalyse von Gruppendiskussionsverfahren» vom 19. Dezember 2017.

Durch welche Bezeichnung fühlen Sie sich angesprochen?

- Senior / Seniorin
- Senior ist mir nicht nahe, ältere Menschen passt
- ü60
- best ager oder silver ager
- Schwierig, ältere Menschen sind die Schwiegereltern, Betagte sicher nicht
- baby boomer trifft zu, ü60 finde ich besser
- 60+ gut, Senioren nicht so
- ältere Menschen, Generation höher sind die 'Alten'
- Gefühlte Alter ist relevant für Bezeichnung
- Grauer Panther
- Kein Thema für mich momentan
- Rentner / Rentnerin

Abbildung 2. Fotoprotokoll in Anlehnung an die Diskursanalyse aus dem Modul GP. 38 «Methodenpraktikum» in der Vorlesung von Dr. Rimbach «Methodenpraktikum. Durchführung von Fokusgruppen. Ansätze der Datenanalyse von Gruppendiskussionsverfahren» vom 19. Dezember 2017.

Welche sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten Themen,
die im Bereich psychische Gesundheit 60+ angesprochen
werden sollten und warum?

- VEREINSAMUNG ●●●●●●
- VERLUST PARTNER-IN
- LEBENSINN / AUFGABE ●●
- VERLUST VON FREUNDEN
SOZIALE UMFELD DURCH PENSION ●
- UNTERSTÜTZUNGS ANGEBOT ●●●
ZIELGRUPPEN SPEZIFISCH (R.HILFS
ANGEBOT)
- EINSCHRÄNKUNG DER MOBILITÄT ●
- DEMENZ
- KÖRPERLICHE LEIDEN ●●
- PFLEGENDE ANGEHÖRIGE
- FINANZIELLE EINSCHRÄNKUNGEN ●●

Abbildung 3. Fotoprotokoll in Anlehnung an die Diskursanalyse aus dem Modul GP. 38 «Methodenpraktikum» in der Vorlesung von Dr. Rimbach «Methodenpraktikum. Durchführung von Fokusgruppen. Ansätze der Datenanalyse von Gruppendiskussionsverfahren» vom 19. Dezember 2017.

Welche Hilfe / Angebote bräuchten „ältere Menschen“ mit psychischen Problemen?

- Aufsuchende Angebote (Home Treatment)
- "Soft-Angebote" wie Präventionsangebote
- Psychotherapeuten welche aufs Alter spezialisiert sind
- Alters WG, Mehrgenerationenhäuser
- Niederschwellige Präventionsangebot von der Gemeinde, Gesellschaft aus ("Lismignüppi")
- Psychiatriespitex fördern
- Bei Betreuung, Gespräche durch KVG abrechnen können
- Betreuung ist eine KVG, OKP- Leistung als Ziel
- Demenzzuschlag hat zu lange gedauert & nur für Dement
- Mit psychiatrischen Krankheiten sind nicht wie somatische (Depressionen sind nicht nach 6 Wochen vorbei)
- Nicht erst im Alter beginnen, in Schule beginnen, aufklären
- Präventiv ans soziale Umfeld gelangen

Abbildung 4. Fotoprotokoll in Anlehnung an die Diskursanalyse aus dem Modul GP. 38 «Methodenpraktikum» in der Vorlesung von Dr. Rimbach «Methodenpraktikum. Durchführung von Fokusgruppen. Ansätze der Datenanalyse von Gruppendiskussionsverfahren» vom 19. Dezember 2017.

Was müsste ein Kurs zum Thema psychische Gesundheit 60+ beinhalten, dass sich für Sie etwas verändern würde?

- Der Kurs sollte Generationenübergreifend sein
- Stigma sollte thematisiert werden
- Hilfsangebote aufzeigen
- Präventiv wirken (Rolle als Pensionierte kennen lernen bsp.)
- Lebenssinn
- Selbstmitgefühl thematisieren, nicht Selbstwertgefühl
- Wie kann man ältere Menschen bestärken
Tätigkeit / Struktur finden
- Wenn psychisch gesund, wie kann man dies bleiben
- Aufzeigen, dass es jeden treffen kann
- Normal dass das Leben Brüche hat, Krankheit ist eine
- Würde helfen, dass man weiß wo Hilfe ist, wie Handeln
- Gesundheit fördern
- Lernen Krankheit anzusprechen
- Anzeichen erkennen

Abbildung 5. Fotoprotokoll in Anlehnung an die Diskursanalyse aus dem Modul GP. 38 «Methodenpraktikum» in der Vorlesung von Dr. Rimbach «Methodenpraktikum. Durchführung von Fokusgruppen. Ansätze der Datenanalyse von Gruppendiskussionsverfahren» vom 19. Dezember 2017.

Was könnte ein Kurs mit Wissen über bsp. Gesprächstipps, verschiedene Störungsbilder helfen, bewirken?

- Zielgruppe sollte klar definiert sein als Erstes
- Jemandem helfen, wie wenn jemand blutet, man weiss wie handeln
- Krankheit wahrnehmen
- Hinschauen, nicht Wegschauen
- Nimmt die Angst
- Wissen über Hilfsangebote
- Ein Kurs als "Krücke" bei genug grossem Leidensdruck könnte nützlich sein
- Eigenes Portemonnaie erwähnen, dann kann man viele Menschen erreichen
- Als präventives Angebot in Gemeinden/Firmen
- Hilft vielleicht nicht nur somatische Krankheit zu erwähnen, sondern auch psychisch. Auch danach fragen, wie geht es dir sonst?

Abbildung 6. Fotoprotokoll in Anlehnung an die Diskursanalyse aus dem Modul GP. 38 «Methodenpraktikum» in der Vorlesung von Dr. Rimbach «Methodenpraktikum. Durchführung von Fokusgruppen. Ansätze der Datenanalyse von Gruppendiskussionsverfahren» vom 19. Dezember 2017.

Schlussfolgerung

- Psychische Krankheiten sind Tabuthema
- wenig Offenheit
- Stigma herrscht
- o Ansprechen & darüber reden
- o Intaktes Beziehungsnetz
- o Freude am Leben behalten können
- o Aktiv bleiben
- o Normalität hat verschiedene Gesichter
- o Mit Freunden zusammenleben & in Diskussion bleiben, von neuem anregen lassen
- o Auch im Alter neue Freunde finden

Abbildung 7. Fotoprotokoll in Anlehnung an die Diskursanalyse aus dem Modul GP. 38 «Methodenpraktikum» in der Vorlesung von Dr. Rimbach «Methodenpraktikum. Durchführung von Fokusgruppen. Ansätze der Datenanalyse von Gruppendiskussionsverfahren» vom 19. Dezember 2017.

11.2.4 Schriftliche Beantwortung des Leitfadens

Fragen der Fokusgruppe von Frau Carisch und Frau Leuenberger beantwortet durch eine BGM Fachperson

Verwendungszweck erläutern, Auftraggeber nennen: *«Im Rahmen unseres Studiums schreiben wir die Bachelorarbeit im Auftrag der Schweizerischen Stiftung Pro Mente Sana. Unsere Arbeit ist ein theoriebasiertes Pilotprojekt, basierend auf bestehenden Interventionen im Bereich Erst Helfer Kurs im Bereich psychische Gesundheit.»*

Einführungs-Fragestellung: *«Was ist Ihr Bezug oder Ihre Meinung zur Thematik psychische Gesundheit 60+?»*

Die psychische Gesundheit ist in jedem Lebensalter eine wichtige Thematik. Im Alter gewinnen besonders die Bereiche körperliche Mobilität (Gesundheit), Pensionierung (neue Lebensgestaltung), Abschied / Einsamkeit (z.B. Tod von Angehörigen) an Bedeutung. Diese können potentielle Belastungen und Risiken für die Psyche bergen.

Speziell im BGM ist die Förderung von älteren Arbeitnehmenden, damit diese bis zum Pensionsalter im Betrieb tätig bleiben können, ein wichtiges Thema. Kündigungen besonders ab 60 Jahren sollen vermeiden werden, da es in diesem Alter besonders schwer ist nochmals eine andere Arbeitsstelle zu finden. Somit ist aus der Sicht des BGM auch die Wertschätzung dieser Gruppe von Arbeitnehmenden ein wichtiges Anliegen. Häufig entscheiden sich Arbeitgeber für jüngere Bewerbende, da sie die höheren Lohnkosten und vermutete Arbeitsausfälle von älteren Arbeitnehmende über dessen meist reiche Erfahrung stellen.

Fragestellung 1: *«Wie würden Sie sich den Umgang mit psychischen Krankheiten wünschen?»*

Offener als dies heutzutage noch geschieht. Trotz der steigenden Enttabuisierung sind immer noch viele psychisch Erkrankungen stigmatisiert und erschweren Betroffenen somit eine korrekte Behandlung, bzw. sich Hilfe zu suchen. Gerade im betrieblichen Umfeld sind psychische Erkrankungen noch ein grosses Tabu. Sei es aus Scham oder aus Angst um den Arbeitsplatz. Dies führt dazu, dass Erkrankungen erst sehr spät erkannt und behandelt werden.

Fragestellung 2: *«Durch welche Bezeichnung fühlen Sie sich angesprochen?»*

Ich würde die Bezeichnung «60+» favorisieren oder «Ältere Arbeitnehmende».

Auswahl: «ältere Menschen», «best ager», «oldies», «Senioren», «ü60», «60+», «golden ager», «baby boomer», «Betagte», «Best Ager»

Fragestellung 3: «*Welche sind Ihrer Meinung nach, die wichtigsten Themen, die im Bereich psychische Gesundheit 60+ angesprochen werden sollten und warum?*»

→ *priorisiert der wichtigsten 3*

1. Arbeitnehmende bis zur Pensionierung im Arbeitsleben zu halten und wertzuschätzen
2. Übergang von der Berufstätigkeit zur Pensionierung: Neue Lebensgestaltung
3. Mobilität

Fragestellung 4: «*Welche Hilfe / Angebote bräuchten «ältere Menschen» mit psychischen Problemen?*»

Vernetzung, niederschwellige Hilfe für den Alltag (je nach Gesundheitszustand), Austausch mit Gleichgestellten (je nach Problemstellung), keine Stigmatisierung («alte Menschen»), speziell für Arbeitnehmende: Enttabuisierung und Sensibilisierung im Betrieb

Fragestellung 5: «*Was müsste ein Kurs zum Thema psychische Gesundheit 60+ beinhalten, dass sich für Sie etwas verändern würde?*»

Siehe Antwort 4 plus die Themenbereiche «Herausforderungen und Bereicherungen des neuen Lebensabschnitts» sowie «Erhalt der Arbeitsfähigkeit».

Fragestellung 6: «*Was könnte ein Kurs mit Wissen über bspw. Gesprächstipps, verschiedene Störungsbilder helfen, bewirken?*»

- Dass sich Betroffene verstanden und ernstgenommen fühlen.
- Dass sich mögliche Scham vor der Hilfesuche / Hilfe annehmen verringert.
- Dass sich die Betroffenen vernetzen können.
- Dass Betroffene sich im Arbeitsleben halten können und Unterstützung erhalten.
- Dass Führungskräfte auf die Thematik sensibilisiert sind.

Fragen der Fokusgruppe von Frau Carisch und Frau Leuenberger beantwortet durch eine Fachperson „Alter“

Verwendungszweck erläutern, Auftraggeber nennen: *«Im Rahmen unseres Studiums schreiben wir die Bachelorarbeit im Auftrag der Schweizerischen Stiftung Pro Mente Sana. Unsere Arbeit ist ein theoriebasiertes Pilotprojekt, basierend auf bestehenden Interventionen im Bereich Erst Helfer Kurs im Bereich psychische Gesundheit.»*

Einführungs-Fragestellung: *«Was ist Ihr Bezug oder Ihre Meinung zur Thematik psychische Gesundheit 60+?»*

Ich arbeite für die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz im Bereich der Projektförderung. Wir fördern innovative Projekte in den Themenbereichen Ernährung, Bewegung und Psychische Gesundheit. Dabei fokussieren wir uns auf die Zielgruppen Kinder, Jugendliche und ältere Menschen sowie ihre Bezugspersonen. Ich bin für die Zielgruppe ältere Menschen (65+, zuhause lebend) zuständig

Fragestellung 1: *«Wie würden Sie sich den Umgang mit psychischen Krankheiten wünschen?»*

Psychische Krankheiten sind noch immer ein Tabuthema. Ich würde mir eine Enttabuisierung wünschen: Nicht wegschauen, sondern hinschauen.

Fragestellung 2: *«Durch welche Bezeichnung fühlen Sie sich angesprochen?»*

- 60+
- Personen über 60

Fragestellung 3: «Welche sind Ihrer Meinung nach, die wichtigsten Themen, die im Bereich psychische Gesundheit 60+ angesprochen werden sollten und warum?»

→ priorisiert der wichtigsten 3

Auswirkung von **Transitionen / Übergänge / Verluste** (z.B. Pensionierung, Scheidung, Verwitwung, etc.): Transitionen können einen wichtigen Einfluss auf psych. Gesundheit haben. -> **Ressourcenaktivierung** ist hier besonders wichtig.

Soziale Teilhabe: Soziale Teilhabe setzt soziale Integration voraus und wird durch Partizipation der Zielgruppe als auch durch strukturelle Massnahmen ermöglicht, wobei regelmässige Begegnungen und die Qualität der sozialen Beziehungen Einsamkeitsgefühlen entgegenwirken können und dadurch eine gesundheitsfördernde bzw. – erhaltende Wirkung haben können. Förderung der sozialen Teilhabe sollte so früh wie möglich stattfinden, also am besten noch bevor Einsamkeit auftritt.

Fragestellung 4: «Welche Hilfe / Angebote bräuchten „ältere Menschen mit psychischen Problemen?»

Niederschwellige, aufsuchende Angebote.

Kampagne: Enttabuisierung

Psychotherapie.

Fragestellung 5: «Was müsste ein Kurs zum Thema psychische Gesundheit 60+ beinhalten, dass sich für Sie etwas verändern würde?»

- Ressourcenorientierung (interne + externe Ressourcen)
- Thema Selbstwirksamkeit
- Lebenskompetenzen
- Auf individuelle Situation der Teilnehmenden eingehen

Allg.: regelmässige Treffen, Austausch zw. Kursteilnehmern fördern -> gegenseitige Unterstützung

Fragestellung 6: «Was könnte ein Kurs mit Wissen über bspw. Gesprächstipps, verschiedene Störungsbilder helfen, bewirken?»

Meiner Meinung nach sollte man Fokus nicht zu sehr auf Störungsbilder setzen, oder wenn, dann nur kurz darauf eingehen. Wichtig ist Fokus auf: Enttabuisierung, vorhandene Ressourcen, wo kann ich Unterstützung holen?, -> positive Psychologie.

(was ist mit Gesprächstipps gemeint? Wie man mit einer betroffenen Person spricht?)

12. Anhang III

In diesem Kapitel wird das Wirkungsmodell von MHFA 60+ erläutert sowie die Massnahmen aufgeführt und das theoriebasierte Pilotprojekt anhand quint-essenz aufgezeigt.

12.1 Modelle nach quint-essenz

Das untenstehende Wirkungsmodell beinhaltet alle Teilprojekte Inhalt, Marketing, Business und Instruktor Ausbildung mit ein. Die Erarbeitung des Wirkungsmodelles war nur begrenzt möglich, da das theoretische Pilotprojekt nicht einem bestimmten Setting zugeordnet werden kann und die Zielgruppe Laien, bewusst nicht eingeschränkt wurde.

Wirkungsmodell

MHFA 60+

(Basis: Ergebnismodell Gesundheitsförderung Schweiz)



Abbildung 8. Wirkungsmodell MHFA 60+ nach Kolip, Ackermann, Ruckstuhl, & Studer (2012)

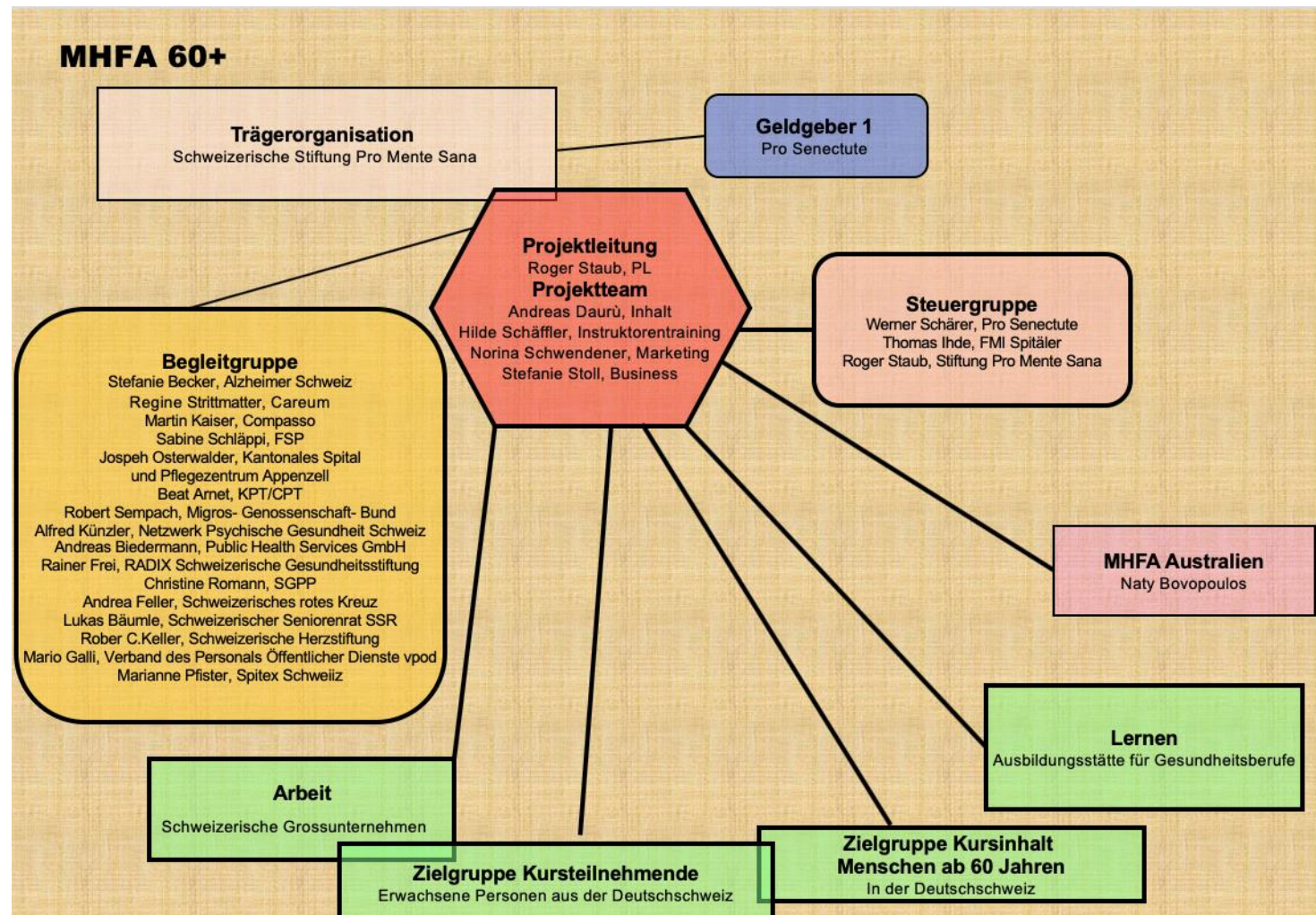


Abbildung 9. Strukturplan nach quint-essenz (Gesundheitsförderung Schweiz, 2008)

12.2 Massnahmentabelle Teilprojekte

Im folgenden Abschnitt werden die Massnahmentabellen der Teilprojekte Übersetzung, InstruktorInnen Ausbildung, Marketing und Business aufgezeigt.

12.2.1 Übersetzung

Tabelle 68

Übersicht Meilensteine und Ziele (eigene Darstellung, 2019)

Übersetzung	
Meilenstein 1 Übersetzung des gesamten Handbuches in die deutsche Sprache	
Übergeordnetes Ziel	Zusammengefasste Ziele
Das Handbuch der vierten Edition des australischen Standardkurses wird bis zum 12. Mai 2019 von der englischen in die deutsche Sprache übersetzt.	Vom 3. bis zum 20. Januar 2019 werden Offerten von Übersetzungsdienstleistern eingeholt und es wird von der Steuergruppe eine Entscheidung getroffen. Vom 21. Januar 2019 bis zum 12. Mai 2019 sind alle drei Buchabschnitte sowie der Anhang von der englischen in die deutsche Sprache übersetzt.

Übergeordnetes Ziel 1:

Das Handbuch der vierten Edition des australischen Standardkurses wird bis im Mai 2019 von der englischen in die deutsche Sprache übersetzt.

Tabelle 69

Indikator und Sollwert der Übersetzung (Kolip, 2012)

Indikator	Sollwert
Handbuch	Alle relevanten Teile des Handbuches aus Australien werden bis im Mai 2019 in die deutsche Sprache übersetzt.

Zwischenziel 1.1

Offerte und Auftrag

Um eine qualitativ hochstehende Übersetzung zu gewährleisten, werden Offerten von unterschiedlichen Übersetzungsdienstleistern bis am 20. Januar 2019 eingeholt, verglichen und entschieden. Entscheidend sind die finanziellen und zeitlichen Aspekte sowie Qualifikationen der Dienstleister. Der Leitfaden «Sollen schriftliche Informationen übersetzt werden?» der Stadt Zürich dient als Richtlinie für die Preise von Übersetzungsbüros. Die Übersetzungen werden branchenüblich nach Zeilen verrechnet, deshalb wird in den folgenden Kapiteln von der Zeilenanzahl ausgegangen (Stadt Zürich, 2018, S. 2).

Zwischenziel 1.2

Übersetzung Abschnitt 1 (Einleitung)

Die Übersetzer_in stellt die übersetzte Version vom Abschnitt 1, welcher 359 Zeilen umfasst, der Teilprojektleitung «Inhalt» bis am 03. Februar 2019 zur Verfügung.

Übersetzung Abschnitt 2 (Störungsbilder)

Die Übersetzer_in stellt die übersetzte Version vom Abschnitt 2, welcher 3'315 Zeilen umfasst, der Teilprojektleitung «Inhalt» bis am 31. März 2019 zur Verfügung.

Übersetzung Abschnitt 3 (Krisen)

Die Übersetzer_in stellt die übersetzte Version vom Abschnitt 3, welcher 1'262 Zeilen umfasst, der Teilprojektleitung «Inhalt» bis am 21. April 2019 zur Verfügung.

Übersetzung Anhang

Die Übersetzer_in stellt die übersetzte Version vom Anhang, welcher 365 Zeilen umfasst, der Teilprojektleitung «Inhalt» bis am 12. Mai 2019 zur Verfügung.

Massnahmen Übersetzung

Die Übersetzung erfolgt extern und nimmt wenig personelle Ressourcen in Anspruch. Die Teilprojektleitung «Inhalt» koordiniert den Austausch mit der externen Übersetzer_in. Die übersetzten Kapitel werden dem Teilprojektleitungsteam fortlaufend zugeschickt. Die Terminierung ist zeitlich knapp bemessen, deshalb wurde eine Pufferzeit von 15 Arbeitstage eingeplant.

Lektorat und Korrektorat

Ab Juli 2019 werden die Kapitel fortlaufend in das Lektorat und Korrektorat gegeben. Bis Ende Oktober 2019 sind alle Kapitel lektoriert und korrigiert.

Druck

Das Handbuch geht Mitte Oktober 2019 in den Druck.

12.2.2 Teilprojekt Instruktoren Ausbildung

Tabelle 70

Massnahmentabelle Instruktoren Ausbildung (eigene Darstellung, 2019)

Instruktoren Ausbildung	
Ziele	
Kriterien der Ausbildung	Bis zum 30. Juli 2019 werden die Auswahlkriterien für die Instruktoren Ausbildung definiert und die Kurse werden öffentlich ausgeschrieben.
Unterlagen für die Instruktoren Ausbildung	Die Unterlagen für die Instruktoren Ausbildung werden durch die Projektgruppe IT bis zum 31. Dezember 2019 fertig gestellt.
Teachingnotes	Die Übersetzung sowie die inhaltlichen Anpassungen sind bis zum 30. August 2019 abgeschlossen.
Qualitätssicherung der Instruktoren	Die MHFA 60+ Instructorinnen und Instruktoren führen den Standardkurs immer nach den vorgegebenen Qualitätskriterien des australischen Programms durch.

Übergeordnetes Ziel Instruktoren Ausbildung

Alle Materialien, Unterlagen und Kriterien sind bis Ende August 2019 durch das Teilprojekt Instruktoren Ausbildung erarbeitet und könne praktisch angewendet werden.

Materialien, Unterlagen und Kriterien

Sollwert: Alle relevanten Materialien, Unterlagen und Kriterien stehen für die praktische Anwendung bis Ende August 2019 zur Verfügung.

Ziel: Kriterien der Instruktoren Ausbildung

Um die Qualität der Instruktor_innen zu gewährleisten, werden diese mittels Auswahlverfahren ausgesucht. Die zukünftigen Instruktor_innen sollen:

- offen sein gegenüber Personen mit psychischen Erkrankungen
- motiviert sein, um mindestens vier MHFA 60+- Kurse pro Jahr durchzuführen
- Unterrichtserfahrung und gute Kommunikationsfähigkeiten mit sich bringen
- Wissen zu psychische Erkrankungen mit sich bringen oder die Bereitschaft sich dies anzueignen.
- Von Vorteil persönliche Erfahrungen im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen zu verfügen.

Zwischenziel 1

Kursausreibungen der Instruktoren Ausbildung

Um Kursteilnehmer_innen zu akquirieren, werden ab Juli 2019, auf der Webseite Kursausreibungen publiziert.

Ziele: Unterlagen für die Instruktoren Ausbildung inklusive Teachingnotes

Die Instruktoren und Instruktorinnen erhalten die sogenannten Teachingnotes. Zuerst werden diese durch externe Personen übersetzt. Die Teachingnotes gewährleisten während des Kurses die Einhaltung der Qualitätsstandards. Übungen und Filmmaterial können aus einer Auswahl individuell gestaltet werden. Instruktor_innen können über die Intranetseite auf alle Unterlagen zugreifen. Die Weitergabe der Unterlagen an unberechtigte wird empfohlen zu untersagen.

Ziele: Qualitätssicherung der Instruktoren

Um die Qualität des Kurses zu garantieren, wird zur Qualitätssicherung regelmässig ein_e MHFA 60+ Trainer_in Kontrollbesuche durchführen. Die Trainer geben den Instruktor_innen ein persönliches konstruktives Feedback zur Optimierung des Inhalts und deren Auftrittskompetenz

12.2.3 Teilprojekt Marketing

Eine gute Marketingstrategie ist wichtig, damit Personen auf das Projekt MHFA 60+ aufmerksam gemacht werden und sich als Instruktor_in ausbilden lassen. Bei dieser Marketingstrategie ist es von enormer Wichtigkeit, dass der Eigennutzen für die Teilnehmer_innen aufgezeigt wird.

Tabelle 71

Massnahmentabelle Marketing (eigene Darstellung, 2019)

Marketing	
Ziele	
Bekanntheitsgrad der Marke	Die Marke MHFA 60+ etabliert sich als Marke bis 2022 in der Schweiz.
Illustrationen	Verwendete Illustrationen im Kurs stammen von Schweizer Künstler_innen. Diese sind bis zum 14. Oktober 2019 zum Druck bereit.
Naming	Bis zum 28. November 2019 ist die Umbenennung in den gewünschten Namen abgeschlossen und die Namensrechte erworben.
CI / CD	Bis Ende November wird durch die Marketingagentur ein einheitliches Corporate Identity & Corporate Design (CI und CD) entworfen.
Webseite	Bis Ende Dezember verfügt MHFA 60+ über eine funktionierende Webseite welche die Ausschreibung, Anmeldung von Kursen ermöglicht und eine Intranetseite für Instruktoren enthält.
Werbung	Die zielgruppenspezifischen Kurse werden ab Januar 2019 beworben.

Übergeordnetes Ziel Marketing

Alle Marketingmassnahmen bezüglich CI/CD, Naming, Illustrationen, Handbuch und Webseite sind bis Ende 2019 abgeschlossen.

Illustrationen, Webseite, CI/CD, Naming

Sollwert: Alle Illustrationen, die Webseite, CI/CD und Naming sind bis Ende 2019 fertig gestellt.

12.2.4 Teilprojekt Business

Tabelle 72

Massnahmentabelle Business (eigene Darstellung, 2019)

Business	
Ziele	
AvantAge	Bis im 13. Januar 2020 werden Angebotspakete speziell für AvantAge zusammengestellt.
Verträge der Instruktor_innen	Bis im 13. Januar 2020 ist ein Standardvertrag für freischaffende Instruktoren aufgesetzt, welche die Abgabe von Lizenzgebühren regeln.
Pricing	Bis Ende März 2019 ist das Pricing abgeschlossen.
Budget	Bis Ende Januar 2019 ist das Budget für MHFA 60+ erstellt.

Übergeordnetes Ziel Marketing

Bis Ende April 2019, sind alle Massnahmen des Teilprojekts Business bezüglich Verträge, Angebotspakete (AvantAge), Pricing und Budget abgeschlossen.

Verträge, Angebotspakete (AvantAge), Pricing und Budget

Sollwert: Bis Ende April 2019 sind die Businessmassnahmen bezüglich Verträge, Angebotspakete für AvantAg, Pricing und Budget fertiggestellt.

AvantAge

Instruktoren Verträge

Freischaffende Instruktorinnen und Instruktoren sowie in Unternehmen angestellte Instruktoren müssen pro Kurs einen Betrag von CHF 65.- pro Teilnehmer_in an die Pro Mente Sana bezahlen. Dieser Betrag setzt sich aus der Lizenzgebühr und den Materialien für jeden Kursteilnehmer, wie das Handbuch, das Zertifikat und den Ausweis zusammen.

Zusammenarbeit

Die Pro Mente Sana arbeitet aktiv mit verschiedenen Unternehmen zusammen. Um die Teilnehmer_innen Zahl zu steigern, wird empfohlen diverse Unternehmungen als Multiplikatoren zu gewinnen.

12.3 Pricing und Budget MHFA 60+

Im folgenden Abschnitt werden das Pricing und das Budget grob aufgezeigt und erklärt.

12.3.1 Pricing

Der Preis für zukünftige Ersthelfende beträgt pro Kursteilnehmende CHF 280.-. Im Preis inbegriffen ist das Handbuch, der Ausweis, das Zertifikat sowie die Verpflegung. Der Preis orientiert sich am Nothelferkurs für Kinder des Schweizerischen Roten Kreuzes, da dieser eine Weiterführung des Standard Nothelferkurses darstellt. Dieser beträgt CHF 99.- für drei Stunden (Schweizerisches Rotes Kreuz, o.J.). Der MHFA 60+ Kurs dauert 12 Stunden.

Der Instruktorienkurs des australischen Standardkurses beträgt 3550 AUD, dies sind umgerechnet rund CHF 2528.39 (Mental Health First Aid australia, 2019). Da Instruktorienkurse für physische Nothelferkurse günstiger, rund CHF 1700 (Flying Instructor, o.J.), angeboten werden, wird empfohlen einen möglichst kostendeckenden Kurs anzubieten. Dies würde ein Preis für das Instruktorientraining MHFA 60+ von CHF 2500 erfüllen.

Bietet eine Instruktorin, einen Instruktor einen MHFA 60+ Kurs für 15 Teilnehmende an, belaufen sich die Kosten für die Instruktorin, der Instruktor für Räumlichkeiten, Verpflegung, Kurshandbuch, Akkreditierung sowie Zertifikate auf rund CHF 1720.

Tabelle 73

Pricing (eigene Darstellung, 2019)

Stand: 27.03.2019 in Schweizer Franken

	<i>Ersthelfer_innen</i>	<i>Instruktoren_innen</i>
<i>Ersthelfer Kurs</i> fixer Preis für alle Kurse inkl. Handbuch, Ausweis, Zertifikat	280.-/TN	
<i>Instruktorenkurs (5 Tage)</i> ohne Übernachtung, mit Verpflegung und Material mind. 16 TN		2500.-
<i>ganzer Instruktorenkurs</i> mind. 16 TN		mind. 40'000.-
<i>Refresher Instruktor</i> 1Tag alle 3 Jahre		350.-
<i>Erfa Tag jährlich</i> Alle InstruktorInnen nehmen jährlich am Erfa Treffen teil (obligatorisch)		gratis
<i>Akkreditierung selbständige InstruktorInnen</i> Ausschreibung auf Webseite, TN-Management, Inkasso, Material (inkl. Versand), Evaluation, Qualitätssicherung		20.-/TN

12.3.2 Budget

Die Personalkosten wurden mit dem Lohnrechner des Bundesamts für Statistik errechnet. Der Ausgangslohn betrug CHF 7000.- im Monat, dies ergibt einen Stundenansatz von rund CHF 41.00 (Bundesamt für Statistik, 2016b). Für das Teilprojektteam «Inhalt» wurden 900 Arbeitsstunden im Jahr 2019 vorgesehen. Der Arbeitsaufwand nimmt jährlich ab. Für die Projektleitung wurde ein Stundenansatz von rund CHF 71.00 (Bundesamt für Statistik, 2016b) und einen gesamt Stundenaufwand von 800 Stunden im Jahr 2019 berechnet.

Die Evaluationskosten orientiert sich am Jahresbudget und betragen rund 10% der Gesamtkosten (Kolip u. a., 2012).

Die Druckkosten pro Handbuch belaufen sich auf rund CHF 24.00. Die Druckkosten senken sich bei höheren Auflagen auf rund CHF 22.00 (Buchwerft, 2018).

Der berechneten Stundenansatz anhand des Salariums beträgt rund CHF 31.00 (Bundesamt für Statistik, 2016b). Der Aufwand ist im ersten Jahr am höchsten, da die ganzen Grafiken designet werden müssen.

Die Kosten der Namensrechte wurden anhand der Verordnung über Gebühren des Institutes für Geistiges Eigentums berechnet (Das Eidgenössische Institut für Geistiges Eigentum, 2019). Die Hinterlegungsgebühr beträgt CHF 550.00, für die Namensrechte wurden noch zusätzliche Gebühren berechnet.

Der Preis für die Erstellung einer individuellen Webseite orientiert sich an der Agentur am Wasser und beläuft sich auf CHF 8800.00 (Agentur am Wasser, o.J.). Jährlich kommen Unterhaltskosten dazu.

Der Preis für die Location richtet sich nach den Preisen des Kulturmarkts. Ein Schulungsraum kostet pro Tag CHF 200.00. Die Verpflegung wird vom Restaurant Kulturmarkt angeboten, ein Mittagmenü pro Person kostet zwischen CHF 17.00 und

24.00. Zusätzlich bietet das Restaurant nach Wunsch Kaffee, Gipfeli und Früchte an (Weber, 2018).

Das Kurshandbuch kostet rund CHF 25.00, der Preis orientiert sich am Handbuch des australischen Standardkurshandbuches (35 AUD) (Mental Health First Aid australia, o. J.). Jede Instruktoren, jeder Instruktor muss die Kurshandbücher für seinen Kurs über Pro Mente Sana beziehen. Zusätzlich fallen für die Instruktoren, den Instruktor Kosten für die Zertifizierung der Teilnehmenden in der Höhe von CHF 8.00 an. Pro Kursteilnehmenden nimmt die Pro Mente Sana CHF 33 ein. Die CHF 33 werden benötigt um die Kosten des Projektes zu decken. Es muss beachtet werden, dass aufgrund der Lizenzvorschriften 5% aller verkauften Handbücher an MHFA Australia gezahlt werden muss (Mental Health First Aid australia, o.J.).

Die Stadt Zürich empfiehlt bei einer Normzeilenlänge von 50-55 Anschlägen CHF 2.75 bis CHF 4.00 zu berechnen (Stadt Zürich, 2018).

Für das Lektorat und Korrektorat wurde der Preis pro Stunde des Anbieters Supertexte berücksichtigt. Dieser beträgt pro Stunde CHF 120 (Supertext, o.J.).

Mit dieser Kalkulation vom Jahr 2019 bis 2022 insgesamt 25 Instruktoren und Instruktorinnen ausgebildet werden. In vier Jahren werden somit 3105 Ersthelfende MHFA 60+ zertifiziert. Die Budgetierung für die kommenden Jahre muss für die praktische Umsetzung revidiert werden.

Tabelle 74

Budget in Schweizer Franken (eigene Darstellung, 2019)

Kontoklassen	2019	2020	2021	2022
Personalkosten				
Inhalt-Team	-36900	-12300	-12300	-12300
Marketing-Team	-24600	-20008	-12300	-12300
Business-Team	-30750	-15000	-15000	-15000
Instruktoentraining-Team	-26650	-31037	-31037	-31037
Projektleitung	-56800	-49700	-42600	-42600
Overhead	-17570	-15365	-11968	-11968
Evaluation				
Evaluation Wirkung	-10000	-10000	-5000	-10000
Evaluation Prozess	-25000	-10000	-15000	-10000
Sachkosten				
Logistik	-2000	-1000	-1000	-1000
Druck	-14435.7	-1000	-14435.7	-1000
Grafik	-7750	-1550	-3100	-1550
Kommunikation extern				
Werbung für MHFA 60+ Kurse	-45000	-25000	-15000	-15000
Webseite	-8800	-3000	-3000	-3000
Namenrechte und Domains	-1200	0	0	0
Lizenzgebühren				
5% des Verkaufspreises	-281.25	-618.75	-1293.75	-1687.5
Handbuch				
Durchführung Kurse Instruktoentraining				
Location (200 CHF/Tag)	-5000	-6000	-7000	-7000
Verpflegung (35 CHF/Prs.)	-2800	-3360	-3920	-3920
Einnahmen Instruktoentraining	200000	240000	280000	280000
Zusätzliche Kosten				
Ungeplantes	-1000	-1000	-1000	-1000

Fortsetzung Tabelle 30

Kontoklassen	2019	2020	2021	2022
Kursmaterial				
Kursmaterial Instruktoentraining	-1500	-1'000	-1'500	-1'500
Kursmaterial MHFA 60+	-6000	-5'000	-5'000	-5'000
MHFA 60+ Kurs				
Akkreditierung Instruktoren (20.- /TN)	4500	9900	20700	27000
Einnahmen MHFA 60+ Kursbuch & Zertifikat	7425	16'335	34'155	44'550
Textüberarbeitung				
Übersetzung Englisch-Deutsch	-40'000	0	0	0
Lektorat	-8'000	0	0	0
Korrektorat	-10000	0	0	0
Total	-170'112	54'296	133'401	164'688

13. Anhang IV

Im folgenden Abschnitt wird das Funktionendiagramm erläutert sowie das Pilotprojekt MHFA 60+ anhand von quint-essenz aufgeführt.

13.1 Funktionendiagramm MHFA 60+

Das Funktionendiagramm dient als Orientierung um die verschiedenen Rollen und den jeweiligen Kompetenzen einzuordnen. Zudem können die einzelnen Aufgaben eingetragen werden (Kolip u. a., 2012, S. 163). Bei der Umsetzung von MHFA 60+ sind die Steuergruppe, die Projektleitung, das Projektteam, die Begleitgruppe sowie MHFA Australien die wichtigsten Akteure.

Tabelle 31

Funktionendiagramm (Kolip u. a., 2012, S. 163)

Kernaufgabe	Steuergruppe	Projektleitung	Projektteam	Begleitgruppe	MHFA Australien
Konzept	E	V	P	P	P
Budget	E	V			
Projektsteuerung	E	V	P	P	P
Fertigstellung Handbuch	E	V	P	P	
Fertigstellung Kursinhalte	E	V	V	P	E
Durchführung		E	V	P	
Evaluation	E	V	P	P	
Schlussbericht	E	V	V		

V: Verantwortung, P: Partizipation, E: Entscheid

13.2 Projektskizze nach quint-essenz

MHFA 60+ – Mental Health First Aid 60+

Basisdaten

Name Mental Health First Aid 60+

Kurzform MHFA 60+

Beginn 03.01.2019

Ende 30.12.2022

Land Schweiz

Kontaktperson(en)

Lea Leuenberger

Andrina Carisch

Trägerorganisation

Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana

Abteilung MHFA

Adresse Hardturmstrasse 261

8005

Zürich

Schweiz

Projektbegründung

Ausgangslage und Rahmenbedingungen

Relevanz für die Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheit ist ein Grundrecht aller Menschen in der Schweiz (humanrights.ch, 2014). Durch präventive Interventionen können gesundheitliche Einschränkungen herausgezögert, gemildert oder gar verhindert werden (Walter, 2011). Durch den Anstieg von chronischen Krankheiten nimmt die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention zu (Hurrelmann, Laaser, & Razum, 2016). Das Erhalten der Gesundheit bestimmt massgeblich die Lebensqualität jedes Einzelnen. Je länger Menschen gesund bleiben, desto geringere Kosten fallen im Gesundheitswesen an (Bundesministerium für Gesundheit Österreich, 2010). Um das schweizerische Gesundheitssystem langfristig zu entlasten, sind vermehrte gesundheitsförderliche Investitionen von zentraler Bedeutung (Kellermann, 2001).

Psychische Störungen betreffen sowohl Menschen in jungen Jahren als auch in höherem Alter. Die Prädisposition, eine psychische Störung zu entwickeln, ist im Alter erhöht. Dies kann auf die Lebensumstände zurückgeführt werden. Herausfordernde Lebensereignisse nehmen mit steigendem Alter zu. Zu diesen Ereignissen gehören unter anderem der Eintritt in die Pension, die Abnahme des sozialen Netzwerkes oder der Umzug in ein institutionelles Wohnsetting. Der Umgang «älterer Menschen» mit diesen Herausforderungen ist individuell (Ugolini & Angst, 2009).

Dem Grundlagenbericht «Psychische Gesundheit über die Lebensspanne» der Gesundheitsförderung Schweiz ist Folgendes zu entnehmen: «Wissen, Motivation und Unterstützung sind nötig, damit «ältere Menschen» selbstbestimmt ihre psychische Gesundheit erhalten und stärken können» (Blaser & Amstad, 2016, S. 107 Boss, Veronika). Zudem gibt es zahlreiche Hinweise darauf, dass Massnahmen im Bildungsbereich, Erste-Hilfe-Kurse sowie Informationsseiten die psychische Gesundheit stärken (Anthony F. Jorm, 2012). Aufgrund dessen lässt sich die Empfehlung ableiten, Bildungsangebote zu schaffen, um «ältere Menschen» dabei

zu unterstützen, selbstbestimmt ihre Ressourcen zu stärken. Das erarbeitete theoriebasierte Pilotprojekt ist ein in der Schweiz neues Bildungsangebot, welches durch Wissensvermittlung und Stärkung der persönlichen Gesundheitskompetenzen dazu beiträgt, die psychische Gesundheit von «älteren Menschen» zu stärken.

Ausgangslage

Psychische Erkrankungen existieren seit Jahrtausenden. Bereits in über 2000 Jahre alten Schriften wurde auf die Existenz von psychischen Erkrankungen hingewiesen. Die Weiterentwicklung der Gesellschaft hatte Einfluss auf die psychische Gesundheit (Boss, 2016, S. 107). Die Erfüllung von Bedürfnissen ist ein weiterer Aspekt. Der Drang, Grundbedürfnisse gemäss Maslow zu befriedigen, hat sich seit Jahrhunderten nicht verändert. Nach der Befriedigung der Grundbedürfnisse wird der Erfüllung der sozialen und individuellen Bedürfnisse ein hoher Stellenwert zugewiesen (Maslow, 1943). Das Streben nach Anerkennung und Erfolg dominiert den heutigen Zeitgeist der Gesellschaft. Die Folgen der Anstrengungen, diesen Anforderungen gerecht zu werden, sind erhöhter Leistungsdruck und Stress, also Faktoren, die die psychische Gesundheit negativ beeinflussen können (Ihde-Scholl, 2013). Der Mensch durchläuft in seinem Leben verschiedene Lebensabschnitte. All diese Abschnitte sind geprägt durch positive und negative Ereignisse sowie Herausforderungen (Jann, 2016) (Bundesamt für Gesundheit, 2013, S. 6). In der Literatur werden die verschiedenen Lebensabschnitte unterschiedlich definiert. Der Fokus dieser Arbeit wird auf Menschen ab 60 Jahren gelegt. Diese sind mit dem Eintritt in die Pensionierung, gegebenenfalls der Unterstützung und dem Verlust von nahestehenden Personen, der Abnahme der körperlichen Mobilität, der Veränderung der Wohnsituation und dem wachsenden Bewusstsein der Vergänglichkeit konfrontiert (Boss, 2016, S. 107).

Problemdarstellung

Psychische Probleme und Einschränkungen betreffen die gesamte Gesellschaft und nicht nur einzelne Individuen. Schätzungen der Europäischen Union (EU) basierend auf Lebenszeitinzidenzen gehen davon aus, dass jede zweite Person im Laufe ihres Lebens von einer psychischen Störung betroffen ist (Wittchen & Jacobi, 2005). Eine

repräsentative Studie über das Stimmungsbild der Schweizer Bevölkerung hat ergeben, dass rund 70 % der Schweizer_innen Angst vor den Reaktionen ihrer Bekannten bezüglich Aussagen zu ihrer schlechten psychischen Gesundheit haben. Über 40 % der Befragten befürchten, als leistungsunfähig oder schwach zu gelten. Die Befragten würden sich von ihrem Umfeld wünschen, dass ihre Anliegen ernstgenommen werden, zugehört wird und Unterstützung angeboten wird (Bühler, Hermann, Krähenbühl, & Würigler, 2018a, S. 20–23). Psychische Probleme können jeden treffen. Trotzdem hindert die Angst vor negativen Reaktionen Betroffene, darüber zu sprechen (Bühler, Hermann, Krähenbühl, & Würigler, 2018b). Eine Intervention, welche sich an die Gesellschaft richtet und verstärktes Wissen über die Thematik sowie die richtige Reaktion vermittelt, wenn sich Menschen in einer belastenden Situation oder Krise befinden, könnte diese Angst verringern (Jorm, Blewitt, Griffiths, Kitchener, & Parslow, 2005).

Zentrale Begriffe

Das Spektrum der mentalen Gesundheit umfasst unter anderem psychische Erkrankungen, Erschütterung, Störungen, Störungsbilder, Gesundheit sowie die Krise. All diese Begriffe werden in dieser Arbeit verwendet, um den Zustand der psychischen Gesundheit zu beschreiben.

Die psychische Gesundheit in der Schweiz

An einer Einschränkung durch psychische Probleme leiden 18 % der Schweizer Bevölkerung. Die am häufigsten diagnostizierte psychische Erkrankung ist die Major Depression mit rund 6 %. Aus der schweizerischen Gesundheitsbefragung geht hervor, dass sich 5,7 % der Befragten im Jahr 2017 meistens oder immer entmutigt und deprimiert fühlen und 15,2 % der Befragten manchmal niedergeschlagen fühlen (Bundesamt für Statistik, 2018b).

Psychische Krankheiten nach Geschlecht

Die Lebenszeitprävalenz von psychischen Krankheiten ist bei Frauen wie auch bei Männern gleich hoch. Dennoch zeigen sich deutliche Unterschiede bei Frauen und Männern in Bezug auf die Häufigkeit. Essstörungen, Depressionen und viele Arten

von Angststörungen kommen bei Frauen häufiger vor als bei Männern. Männer hingegen leiden vermehrt an Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen. Suizidversuche treten häufiger beim weiblichen Geschlecht auf, im Gegensatz zum vollendeten Suizid, welcher vermehrt das männliche Geschlecht betrifft. Diese Unterschiede können aus Fehlern bei den Datenerhebungen resultieren, zudem zeigen Studien auf, dass Frauen im Gegensatz zu Männern ein grösseres Gespür für Symptome haben. Ein weiterer Grund kann sein, dass die Ärztin oder der Arzt die Rollenstereotypen bei der Diagnosestellung berücksichtigt. Dies führt bei Frauen schneller zu einer Diagnose als bei Männern. Bei Männern wird eine Depression eher aufgrund eines Alkoholmissbrauches diagnostiziert. Neben den Fehlern in der Erhebung können Ursachen für die Unterschiede festgestellt werden, welche bio-psycho-sozial bedingt sind. Eine biologische Ursache für ein häufigeres Auftreten von psychischen Belastungen bei Frauen ist, dass die weiblichen Sexualhormone einen grossen Einfluss auf die psychische Gesundheit nehmen können. Ein psychosozialer Einfluss kann die geschlechterspezifische Erziehung bezüglich des Rollenverhaltens sein. Der soziale Status von Männern und Frauen kann ebenso einen Einfluss auf die psychische Gesundheit ausüben (Riecher-Rössler, 2008).

«Ältere Menschen» in der Schweiz

Die Bedürfnisse der Menschen verändern sich im Laufe des Lebens (Bundeszentrale für politische Bildung, o. J.). Durch den demografischen Wandel wird die Nachfrage nach Produkten, die den Bedürfnissen von «älteren Menschen» entsprechen, steigen (Gassmann & Reepmeyer, 2006). Dabei ist es von hoher Wichtigkeit, die gesundheitsförderlichen Angebote an die Bedürfnisse der Zielgruppe anzupassen (Gesundheitsförderung Schweiz, 2014). Die Prävalenzzahlen von psychischen Störungen von «älteren Menschen» sind gestiegen; dies demonstriert, dass die diagnostischen Beurteilungen verbessert werden und gute psychiatrische Dienstleistungen bereitgestellt werden müssen. Daraus resultiert ausserdem, dass die gesamte Bevölkerung über die Thematik der psychischen Störungen bei «älteren Menschen» informiert werden muss (Andreas u. a., 2017).

Psychische Gesundheit im Alter in der Schweiz

Der demographische Wandel ist auch in der Schweiz deutlich spürbar. Die Lebenserwartung der Menschen ist in den letzten 20 Jahren gestiegen. Dem Bundesamt für Statistik (2018c) zufolge stieg die Lebenserwartung zwischen 1997 und 2017 in der Schweiz bei Frauen um 3,3 und bei Männern um 5,1 Jahre an. Die Zielgruppe «ältere Menschen» gewinnt dadurch immer mehr an Relevanz. Die höhere Lebenserwartung bringt Veränderungen in der Alltagsstruktur, dem sozialen Umfeld und der Wohnsituation mit sich, es gilt daher ein besonderes Augenmerk auf diese Zielgruppe zu legen. Die oben genannten Veränderungen können die Lebensqualität im Alter negativ beeinflussen.

Der Ansatz der Prävention und Früherkennung ist nachhaltiger als jener der Kuration (FMH, o. J.). Ein wichtiger Pfeiler, um die Lebensqualität positiv beeinflussen zu können, ist der Einsatz und die Umsetzung von präventiven Massnahmen (Bundesministerium für Gesundheit, 2016). Multimorbidität rückt mit der heutigen demografischen Situation vermehrt in den Fokus. Rund ein Fünftel der Personen ab 50 Jahren leidet an einer oder mehreren chronischen Krankheiten, welche sich häufig gegenseitig beeinflussen. Die am häufigsten auftretende Kombination von chronischen Krankheiten ab dem 50. Lebensjahr ist jene der Depression und Arthrose. Rund 30 % aller multimorbiden Personen leiden an dieser Kombination (Moreau-Gruet, F, 2013). Personen, welche unter chronischen Schmerzen leiden, sind anfälliger für Depressionen. Die Fähigkeit, den Alltag wie gewohnt zu bewältigen, wird aufgrund des ständigen Schmerzes stark beeinflusst und kann eine Ursache für zunehmende soziale Isolation sein (Baer, Schuler, Fügler-Douss, & Moreau-Gruet, 2013).

Die Menschen werden heutzutage immer älter. Um die Lebensqualität im Alter bestmöglich zu erhalten, ist der Fokus der Prävention ein wichtiger Ansatz. Je älter die Menschen werden, desto häufiger sind sie mit physischen und psychischen Problemen konfrontiert. Mit jedem Lebensjahr steigt das Risiko, an Multimorbidität zu erkranken.

Suizid im Alter

Die Suizidrate nimmt im Laufe des Lebens zu und erreicht den Maximalwert bei der Altersklasse 85+. Männer haben über alle Altersspannen hinweg eine doppelt so hohe Suizidrate wie Frauen (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2018). Obwohl Frauen häufiger depressive Symptome aufzeigen (Baer u. a., 2013), begehen schweizweit mehr Männer Suizid (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2018). Die Ursachen dafür sind komplex, eine eindeutige Erklärung gibt es bis anhin nicht (Schulte-Wefers & Wolfersdorf, 2006). Im Jahr 2016 war bei rund 1 % der Todesfälle die Ursache ein assistierter Suizid. Frauen entscheiden sich häufiger für den assistierten Suizid als Männer. Die Ursache dafür ist ebenfalls nicht bekannt (Bundesamt für Statistik, 2018). Die Inanspruchnahme eines assistierten Suizids hat in den vergangenen Jahren um mehr als ein Viertel zugenommen (Bundesamt für Statistik, 2016, S. 1).

In über 90 % eines Suizidversuches oder eines Suizids ist die Ursache eine psychische Erkrankung. Depressionen sind im hohen Lebensalter von zentraler Bedeutung, sei es durch die soziale Isolation, chronische Schmerzen oder Verluste im sozialen Umfeld (The Swiss Society for Public Health, 2009).

Rechtliche Grundlagen im Alter

Mit der Alterspolitik befassen sich der Bund, die Kantone und die Gemeinden. Zusätzlich sind verschiedene Nichtregierungsorganisationen (NGOs) in diesem Bereich aktiv. Die strategischen Entscheidungen der Alterspolitik und daraus resultierende Massnahmen sind entscheidend für die Lebensqualität von «älteren Menschen» in der Schweiz.

Das Einkommen und die Förderung von «älteren Menschen» ist massgeblich, damit diese weiterhin Mitglieder der Gesellschaft bleiben. Der Bund als oberste Instanz ist für die finanziellen Aspekte wie die Altersvorsorge und die individuelle Finanzierung der gesundheitlichen Vorkehrungen zuständig. Die Kantone und Gemeinden hingegen sind aktiv für die Unterbringung, die Pflege und die Unterstützung von «älteren Menschen» verantwortlich. Das Grundrecht gemäss der Bundesverfassung

(Bundesrat, 2018) «[...] auf persönliche Freiheit, insbesondere auf körperliche und geistige Unversehrtheit [...]» gilt für alle Menschen in der Schweiz, ungeachtet des Alters, Geschlechts und der Ethnie. Ein weiteres relevantes Grundrecht bezüglich des Settings Arbeit und Personen ab 60+ stellen die Artikel 6 und 7 des Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte dar. «[...] Recht auf Arbeit, faire Arbeitsbedingungen und Weiterbildung» (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2018 Art. 6 und Art. 7). In der Schweiz nehmen weniger als 5 % der Arbeitnehmenden die Frührente in Anspruch (OECD, 2018). Die Erwerbsquote der 55- bis 64-Jährigen ist seit dem Jahr 2002 deutlich gestiegen (Moreau-Gruet, 2013). Somit ist die Zielgruppe 60+ vermehrt in den Betrieben vertreten.

Alter und Armut

Das Einkommen nimmt mit dem Eintritt in die Pensionierung ab, und die Armutsquote erreicht ihren Höchstwert bei der Altersklasse 65 Jahre und älter. Zu beachten ist, dass ältere Personen oft Vermögenswerte wie Eigentum besitzen, die nicht als Einkommen zählen (Häni, Guggisberg, & Sektion Sozialanalyse, 2014). Dem Bundesamt für Statistik (o.J.) zufolge sind Personen ab 65 Jahren stark armutsgefährdet.

Das Risiko steigt, wenn die Personen alleine leben. Das kann daran liegen, dass alleinlebende Personen ihr Einkommen nicht durch die zusätzlichen Einnahmen des Partners oder der Partnerin ergänzen können. Ein zusätzlicher Faktor ist, dass «ältere Menschen» weniger in die zweite Säule einbezahlt haben, da diese erst seit dem Jahr 1985 obligatorisch ist. Menschen, welche erst seit kurzem im Rentenalter sind, sind weniger armutsgefährdet. Das kann unter anderem folgende Gründe haben: Sie leben vermehrt in Paarhaushalten, haben öfters in die zweite Säule einbezahlt und sind vermehrt noch arbeitstätig (Häni u. a., 2014, S. 10).

Menschen, welche von Armut betroffen sind, fühlen sich gesundheitlich schlechter als andere. Sie nehmen aufgrund der fehlenden finanziellen Mittel weniger Pflegeleistungen in Anspruch. Zudem sind Menschen, welche armutsgefährdet sind, in den alltäglichen Aktivitäten aus gesundheitlichen Gründen mehr eingeschränkt als Menschen mit mehr finanziellen Mitteln (Bundesamt für Statistik, 2013).

Bedarf

Der Bedarf für das Projekt MHFA 60+ wird einerseits anhand des Punktes «Theoretischer Hintergrund» und andererseits anhand der Resultate der durchgeführten Literaturrecherche dargelegt.

Bedarf anhand der Literaturrecherche Aus der Analyse der Literatur kann entnommen werden, dass ein Mangel an Wissen über psychische Gesundheit besteht (Anthony F. Jorm, 2012). Es ist wichtig, dass die Problematik von psychischen Störungen bei «älteren Menschen» aufgezeigt und darüber informiert wird (Andreas u. a., 2017). Ebenfalls besteht eine Wissenslücke in der Früherkennung und im Aufzeigen von Handlungsmöglichkeiten sowie Angeboten bei psychischen Krisen (Anthony F. Jorm, 2012). Im Gegensatz zu neueren Studien wurden in früheren detailliertere Prävalenzraten im Bereich psychischer Gesundheit bei «älteren Menschen» aufgezeigt (Andreas u. a., 2017).

Die weiteren sechs inkludierten Publikationen stehen in direktem Zusammenhang mit dem Programm Mental Health First Aid. Eine qualitative Studie, welche die Erlebnisse von Kursteilnehmenden erfasste, konnte aufzeigen, dass der Kurs positive Auswirkungen auf Empathie, Vertrauen und Bewältigungsstrategien hat. Die Kursinhalte wurden als nützlich empfunden, und die Teilnehmenden gaben an, dass sie den Kurs nochmals besuchen würden (Jorm, Kitchener, & Mugford, 2005). Eine Evaluation des Kurses MHFA im Setting Gemeinde hat ergeben, dass der Kurs das Vertrauen in die Erste Hilfe stärkt, Stigmatisierung verringert und eine positive Auswirkung auf multikulturelle Gemeinschaften hat (Morawska u. a., 2013).

Anhand einer randomisierten, kontrollierten Studie im Setting Arbeit konnte nachgewiesen werden, dass die Gesundheitskompetenz der Kursteilnehmenden durch die Kursinhalte gestärkt werden konnte. Der Kurs erfährt eine hohe Akzeptanz im Setting Arbeit (Kitchener & Jorm, 2004). Die Resultate einer schwedischen Studie über Mitarbeitende in Pflege und Betreuung von «älteren Menschen» zeigen, dass durch den Kurs eine signifikante Wissenssteigerung erreicht werden konnte. Ein weiterer positiver Effekt war, dass die Fachpersonen mehr Vertrauen in die Hilfe von

Betroffenen gewonnen haben sowie die Einstellung gegenüber Betroffenen verändert werden konnte.

Anhand einer Delphi-Studie wurden Leitlinien erarbeitet, die Ersthelfer dabei unterstützen sollen, einer suizidgefährdeten Person bestmöglich zu helfen. Für die Studie wurden zwei Expertengruppen aufgebildet. Diese haben frühere und aktuelle Hilfsmassnahmen verglichen. Daraus resultierten 164 Massnahmen, welche als nützlich angesehen werden (Ross, Kelly, & Jorm, 2014). Schlussfolgerung Obwohl es an Daten im Bereich der psychischen Gesundheit bei «älteren Menschen» fehlt, geht aus der Literaturrecherche hervor, dass das Programm Mental Health First Aid wirksam ist. Zudem kann das Programm für andere Länder sowie für andere Settings und Zielgruppen erfolgreich adaptiert werden.

Einbettung in übergeordnete Strategien

Nationale Strategie Sucht

Die schweizweite Strategie, welche von 2017 bis 2024 vorgesehen ist, verfolgt vier übergeordnete Ziele. «Die Verhinderung von Suchtkrankheiten, bedarfsgerechte Hilfe und Behandlungen für abhängige Menschen steht zur Verfügung, soziale sowie gesundheitliche Schäden werden vermindert und negative Auswirkungen auf die Gesellschaft werden verringert» (Bundesamt für Gesundheit, 2015). Zusätzlich möchte die Strategie bestehende Lücken schliessen, Synergien schaffen und eine Weiterentwicklung der Suchthilfe vornehmen (Bundesamt für Gesundheit, 2015).

Laut des schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (OBSAN) sind Alkoholerkrankungen ein häufiger Einweisungsgrund in die Psychiatrie per fürsorgerischer Unterbringung (Schuler, Tuch, & Peter, 2018). Alkoholabhängigkeit verursacht jährlich mehr als vier Milliarden Franken an Gesundheitskosten (Bundesamt für Gesundheit, 2018).

NCD-Strategie

Nichtübertragbare Krankheiten, kurz NCD, gelten aktuell als häufigste Todesursache, in der Schweiz leidet jeder vierte Mensch an einer chronischen nicht übertragbaren Krankheit. Die Krankheiten verursachen neben persönlichem Leid auch hohe volkswirtschaftliche Kosten. Um die Strategie, welche für die Jahre von 2017 bis 2024 vorgesehen ist, umzusetzen, wurden sieben Handlungsfelder definiert. Das Handlungsfeld 2, «Prävention in der Gesundheitsversorgung», sticht dabei in Bezug auf das Pilotprojekt besonders heraus. In diesem Feld sollen präventive Massnahmen entwickelt oder bestehende weiterentwickelt werden und die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Schnittstellen gefördert und optimiert werden. Dadurch und durch die anderen Handlungsfelder sollen mehrere Ziele erreicht werden, beispielsweise das Verringern der Anzahl von Menschen, die ein hohes Risiko aufweisen, an einer nichtübertragbaren Krankheit zu erkranken (Bundesamt für Gesundheit & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, 2016b). Nichtübertragbare Krankheiten

verursachen laut dem Bundesamt für Gesundheit (2016b) 51 % der direkten Gesundheitskosten.

Psychische Krankheiten gehören zu nichtübertragbaren chronischen Krankheiten, das Pilotprojekt kann deswegen in die NCD-Strategie eingebettet werden.

Demenzstrategie

Die nationale Demenzstrategie (kurz NDS) erstreckt sich über die Jahre 2014 bis 2019. Die Strategie möchte zu einer verbesserten Lebenssituation für Betroffene beitragen, dafür wurden vier Handlungsfelder entwickelt: «Gesundheitskompetenz, Information und Partizipation/Bedarfsgerechte Angebote/Qualität und Fachkompetenz/Daten und Wissensvermittlung» (Bundesamt für Gesundheit & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, 2016a). Für das geplante Pilotprojekt sind alle Handlungsfelder bedeutend. In der Schweiz leidet jede 50. Person der 65- bis 69-Jährigen an einer Demenz, in der Altersgruppe von 80 bis 84 Jahren ist bereits jede achte Person betroffen (Bundesamt für Gesundheit & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, 2016a). Demenz gehört zu einer der häufigsten psychischen Erkrankungen im höheren Alter, welche zu Pflegebedürftigkeit führt. Schätzungen gehen davon aus, dass sich bis ins Jahr 2040 die Zahl der Betroffenen verdoppeln wird (Alzheimer Schweiz, o.J.).

Die Strategie Sucht ist aus der Schweizer Historie gewachsen und verfolgt einen schadensmindernden Ansatz. Die NCD-Strategie ist die jüngste Gesundheitsstrategie und verfolgt hauptsächlich eine Kostenminderung. Die nationale Demenzstrategie möchte die Lebensqualität von Betroffenen und deren Angehörigen steigern. Alle Strategien berücksichtigen die psychische Gesundheit oder betreffen diagnostizierbare psychische Störungen (Sucht und Demenz). Es fehlt jedoch eine umfassende nationale Strategie, welche die restlichen Bereiche der psychischen Gesundheit abdecken kann.

Bedürfnisse

Die Aussagen wurden von den Verfasserinnen teilweise angepasst, sodass eine Wiedererkennung der Teilnehmenden nicht möglich ist.

Frage 1 der Fokusgruppe «Wie würden Sie sich den Umgang mit psychischen Krankheiten wünschen?»

Aus der Fokusgruppe ergab sich, dass sich Betroffene, Angehörige und Fachpersonen einen offeneren Umgang mit der Thematik wünschen. Die Akzeptanz, dass körperliche Krankheiten vorhanden sind, ist grösser als bei psychischen Krankheiten. Stigmatisierung der psychischen Krankheiten erschweren Betroffenen das Aufsuchen von spezifischer Hilfe oder die Durchführung von Behandlungen.

Frage 2 der Fokusgruppe «Durch welche Bezeichnung fühlen Sie sich angesprochen?»

Die Bezeichnung der Zielgruppe unterscheidet sich. Gewisse Teilnehmende fühlen sich als *Seniorin* oder *Rentnerin* angesprochen, andere jedoch überhaupt nicht. Sie assoziieren damit ihre Schwiegereltern. Der Ausdruck «60+» oder «ü60» fand am meisten Zustimmung. Alle Teilnehmenden waren sich jedoch einig, dass das gefühlte Alter ausschlaggebend ist für die Bezeichnung. Im betrieblichen Setting wird oftmals die Bezeichnung «ältere Arbeitnehmende» verwendet.

Frage 3 der Fokusgruppe «Welche sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten Themen, die im Bereich psychische Gesundheit 60+ angesprochen werden sollten und warum?»

Die drei wichtigsten Themen, welche genannt wurden, waren Vereinsamung, Unterstützungsangebote und finanzielle Einschränkungen. Überraschend war, dass das Thema Demenz zwar genannt wurde, aber nicht zu den drei wichtigsten Themen gezählt wurde. Im betrieblichen Setting stach besonders das Thema heraus, dass

Arbeitnehmende bis zur Pensionierung im Arbeitsleben gehalten werden sollen und ihnen Wertschätzung entgegengebracht wird.

Frage 4 der Fokusgruppe «Welche Hilfe/Angebote bräuchten «ältere Menschen» mit psychischen Problemen?»

«Ältere Menschen» die betroffen sind, sollten vor allem niederschwellige Hilfsangebote für den Alltag erhalten, wenn es der Gesundheitszustand zulässt. Betroffene sollen eine Plattform erhalten, in deren Rahmen sie sich mit Gleichgestellten austauschen können. Spezifisch für das Setting Betrieb sollen Angebote geschaffen werden, die zur Enttabuisierung und Sensibilisierung beitragen.

Frage 5 der Fokusgruppe «Was müsste ein Kurs zum Thema psychische Gesundheit 60+ beinhalten, dass sich für Sie etwas verändern würde?»

Ein Kurs für die psychische Gesundheit im Alter sollte die Stigmatisierung und deren Ausmass thematisieren. Er sollte klar aufzeigen, welche Hilfsangebote bestehen und wie man diese in Anspruch nehmen kann. Es sollte darauf sensibilisiert werden, dass es jeden treffen kann und dass präventiv vorgegangen werden kann, indem man beispielsweise aufzeigt, wie man den Lebenssinn behalten kann.

Frage 6 der Fokusgruppe «Was könnte ein Kurs der Wissen über bspw. Gesprächstipps, verschiedene Störungsbilder vermittelt, bewirken?»

Es ist wichtig, dass eine spezifische Zielgruppe definiert wird, um sie klar anzusprechen. Durch das Schaffen eines Anreizes kann die Teilnehmerzahl erhöht werden. Ein Beispiel kann sein, dass man aufzeigt, welche Kosten mithilfe dieses Kurses eingespart werden kann. Durch solch einen Kurs kann der Mut, zu handeln, gesteigert werden.

Schlussfolgerung

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der erste Schritt hin zu einer Veränderung darin besteht, das Thema der psychischen Gesundheit offen anzusprechen und darüber zu reden. Ein Kurs, welcher Teilnehmende darin bestärkt, wird von der Zielgruppe nicht abgelehnt und als hilfreich angesehen. Menschen sollen stets dazu motiviert werden, ihre sozialen Kontakte zu pflegen und ein aktives Mitglied der Gesellschaft zu bleiben.

«Physische Krankheiten sind kein Zustand, alle somatischen Krankheiten haben wir, alle psychischen sind wir, zum Beispiel der ist depressiv. Dort fängt es an, ich bin nicht die Depression, sondern ich habe eine Depression.»

Ähnliche (eigene oder fremde) Interventionen

Mental Health First Aid Australien

In Australien wurde im Jahr 2000 das «Mental Health First Aid»-Programm, kurz MHFA, entwickelt. Betty Kitchener, eine Psychiatriekrankenschwester, welche selbst an einer Depression erkrankte, und ihr Ehemann Professor Tony Jorm gründeten in Canberra die Non-Profit-Organisation. Diese verfolgt das Ziel, Menschen zu befähigen, erste Anzeichen einer psychischen Erschütterung zu erkennen und bedarfsgerecht zu handeln. Das MHFA-Programm orientiert sich am Erste-Hilfe-Kurs für physische Notfallsituationen. Daraus resultierten Erste-Hilfe-Kurse für die psychische Gesundheit. Das MHFA-Programm besteht aus drei Ebenen: *Trainerinnen, Instruktorinnen* und zertifizierte *Ersthelferinnen*. *Die Trainerinnen* sind kompetente *Mitarbeiterinnen der Non-Profit Organisation, welche die Instruktorinnen* in einer fünftägigen Weiterbildung befähigen, den Erste-Hilfe-Kurs zu unterrichten. Der Standardkurs des Mental-Health-First-Aid-Programms dauert 12 Stunden, alle Teilnehmenden erhalten ein Kurshandbuch und ein Zertifikat. Die Kurse werden in verschiedenen Settings durchgeführt, unter anderem am Arbeitsplatz, bei der Polizei oder der Feuerwehr. Eine randomisierte, kontrollierte Studie aus dem Jahr 2004 im Setting Arbeitsplatz hat ergeben, dass MHFA-Kurse eine Steigerung des Selbstvertrauens beim Helfen anderer erzielt und die Wahrscheinlichkeit vergrößert, Menschen in einer Krise zu beraten und professionelle Hilfe aufzusuchen. Ebenso

wurde eine Verringerung des Stigmas erreicht, und die eigene psychische Verfassung der Teilnehmenden konnte unerwartet verbessert werden (Kitchener & Jorm, 2004). In Australien wurde der Kurs für junge und «ältere Menschen» ausgeweitet. Diese unterscheiden sich vor allem inhaltlich vom Standardkurs.

Die Wirksamkeit der Kurse ist seit Beginn evidenzbasiert dokumentiert und evaluiert. Der internationale Erfolg des Programms lässt sich auf die nachhaltige und evidenzbasierte Wirksamkeit zurückführen. Zurzeit werden in 27 Ländern MHFA-Kurse durchgeführt (Kitchener u. a., 2018). Die Grundlage des australischen Kurses beruht auf Delphi-Studien. Die Kursinhalte dürfen nicht komplett verändert werden, um die Evidenz gewährleisten zu können. Diese Evidenz kann nur gewährleistet werden, wenn alle Länder die Inhalte der Delphi-Studien verwenden. In Schweden hat eine randomisierte, kontrollierte Studie aus dem Jahr 2014 mit einem Follow-up von sechs Monaten und zwei Jahren ergeben, dass der Standardkurs zu einer Verbesserung in den Bereichen des Wissens, der Einstellung und dem helfenden Verhalten geführt hat. Zudem konnten positive Nebeneffekte erzielt werden: Die Teilnehmenden konnten ihre eigene Gesundheitskompetenz steigern (Svensson & Hansson, 2014). Eine systematische Überprüfung und Meta-Analyse, welche im Jahr 2018 in Schweden publiziert wurde, beschrieb die gleichen Resultate (A. J. Morgan, Ross, & Reavley, 2018). Eine Pilotstudie, welche die Vorteile eines MHFA-Kurses für «ältere Menschen» aufzeigen wollte, kam zu vielversprechenden Resultaten. Die Studie wurde mit Mitarbeitenden von Altersheimen an verschiedenen Orten in Schweden durchgeführt. Die Mitarbeitenden konnten durch den Kurs ihr Wissen und das Vertrauen in die Hilfe für «ältere Menschen» signifikant verbessern. Ebenso konnten Einstellungsveränderungen gegenüber Menschen mit psychischen Krankheiten erzielt werden (Svensson & Hansson, 2017).

Mental Health First Aid ist ein gesundheitsförderndes und präventives Kursangebot, welches Laien befähigt, Personen aus ihrem Umfeld in einer psychisch belastenden Situation oder Krise zu unterstützen. Die Wirksamkeit des Kurses wurde anhand von randomisierten Studien belegt. Zudem konnte mehrfach belegt werden, dass die

Adaption des Programmes in unterschiedlichen Settings und Kulturen erfolgreich war.

Wie geht's Dir?

Im Jahr 2014 wurde die Sensibilisierungskampagne „Wie geht's Dir?“ im Kanton Zürich lanciert. Die Gesellschaft soll offen über das Thema psychische Erkrankungen und psychische Gesundheit sprechen können. Die Kampagne trägt dazu bei, dass Betroffene weniger ausgegrenzt werden, und durch bestimmte Gesprächstipps soll das Reden einfacher werden. Die Evaluation hat gezeigt, dass die Kampagne grosse Erfolge erzielt hat. Zahlreiche positive Rückmeldungen sind eingegangen. Eine Telefonbefragung zeigte, dass die Kampagne grosse Zustimmung fand. 70 % der Befragten gaben an, dass die Kampagne sie zum Reden über psychische Gesundheit anregte. 94 % der Befragten waren der Meinung, dass es gut sei, dass die Kampagne die Thematik psychische Gesundheit mehr ins Gespräch bringt («Wie geht's dir?», o. J.).

Die Kampagne wurde im Jahr 2018 auf die gesamte Deutschschweiz ausgeweitet. Zur Kampagne wurde begleitend eine Studie in Auftrag gegeben, welche das Stimmungsbild der Schweiz erfassen sollte. Obwohl die Antwort auf die Frage „Wie geht's dir?“ meistens „Gut“ oder „Sehr gut“ war, zeigt sich bei genauerem Nachfragen, dass ein Fünftel sich in einem anhaltenden psychischen Tief befindet. Über drei Viertel der Bevölkerung kennen jemanden, der an einer psychischen Krankheit leidet. Überlastung und Stress nannten 42 % der Befragten als Faktor der psychischen Belastung, welcher sich negativ auf die Stimmung auswirke. 70 % der Befragten haben Angst vor negativen Reaktionen aus dem sozialen Umfeld, wenn sie an einer psychischen Krankheit leiden würden. Die Angst bezieht sich vor allem darauf, als nicht leistungsfähig oder als schwach und labil zu gelten. Dennoch zeigt die Studie, dass die Befragten den Wunsch und das Bedürfnis haben, in einer solchen Situation darüber zu sprechen. In der Studie wurden die Teilnehmenden ebenfalls befragt, über welche Krankheiten das Arbeitsumfeld informiert werden müsse. Dass die Teilnehmenden am Arbeitsplatz lieber über physische Krankheiten, vor allem Krebs, als über psychische Krankheiten informieren würden, wurde klar

ersichtlich. Zudem gaben die wenigsten an, sie würden gerne mit den Arbeitskollegen oder dem Chef darüber sprechen (Bühler u. a., 2018b).

Die Begleitstudie zur Studie konnte den Bedarf einer Sensibilisierungskampagne aufzeigen.

VIA

Das Best-Practice-Projekt «VIA», welches von der Gesundheitsförderung Schweiz zusammen mit zehn Kantonen im Jahr 2011 implementiert wurde, richtet sich an «ältere Menschen». Das Projekt verfolgt das Ziel, dass «ältere Menschen» möglichst lange zu Hause bleiben können. Das Projekt fördert die Gesundheit von «älteren Menschen». Langfristig beabsichtigt das Projekt, die Pflegebedürftigkeit und die daraus resultierende Heimeinweisung zu verringern oder hinauszuzögern. Dies würde zu einer Kostenreduktion im Gesundheitswesen führen. Das Projekt befasste sich mit verschiedenen Themen. So wurden die Themen «Bewegungsförderung», «Psychische Gesundheit», «Sturzprävention», «Schwererreichbare und benachteiligte Zielgruppen», «Partizipation der Hausärztinnen und Hausärzte» und «Beratung, Veranstaltungen und Kurse» behandelt. Das Projekt zeigt Wirkung, bereits im Jahr 2014 konnten in rund 200 Gemeinden Angebote durch VIA gefördert werden (Biedermann, Ackermann, & Steinmann, 2014).

In dieser Arbeit werden die Themenschwerpunkte «Psychische Gesundheit» und «Partizipation der Hausärztinnen und Hausärzte» näher betrachtet, da die anderen Schwerpunkte vom Thema der Arbeit abweichen. Anhand einer Studie zur psychischen Gesundheit wurden die Themen der Zielgruppe erfasst. Die Studie hat ergeben, dass vor allem das Thema der abnehmenden sozialen Teilhabe ein wichtiger Punkt bei der Zielgruppe ist. Aufgrund dessen wurde ein Konzept auf kommunaler Ebene entwickelt, um die soziale Teilhabe zu fördern und zu stärken. Aus dem Projekt VIA geht ausserdem hervor, dass die Partizipation mit den Hausärztinnen *wichtig ist. Bei der Zielgruppe «ältere Menschen» haben Ärztinnen* eine hohe Glaubwürdigkeit und sind somit in der Gesundheitsförderung und Prävention von besonderer Bedeutung. Sie können Gesundheitsbotschaften übermitteln, Gesundheitsrisiken erkennen und bedarfsgerecht handeln. VIA hat

deswegen in den Jahren 2014 und 2015 eine Sensibilisierungskampagne durchgeführt (Biedermann u. a., 2014). Die Evaluation aus dem Jahr 2015 hat ergeben, dass VIA eine wichtige Rolle bei der Gesundheitsförderung im Alter spielt. Durchgeführte Best-Practice-Studien konnten Fakten für die Legitimation auf der politischen Ebene aufzeigen. Die Empfehlung, welche aus der Evaluation hervorgeht, zeigt unter anderem auf, dass Pilotprojekte auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen sind. Es sollte darauf geachtet werden, dass vermehrt kurzfristig realisierbare Projekte entwickelt werden. Dies führt zu Erfolgserlebnissen und kann die Projekte legitimieren (Wight, Laubereau, & Feller-Länziener, 2015). Das Projekt «VIA», welches von der Gesundheitsförderung Schweiz vor acht Jahren implementiert wurde, unterstützt «ältere Menschen» in verschiedenen Lebenssituationen, um ihre Selbstständigkeit möglichst lange zu erhalten und ihre Lebensqualität zu steigern.

AvantAge

AvantAge ist eine Dienstleistung, die durch die Pro Senectute angeboten wird. Das Angebot beinhaltet Seminare für Unternehmen sowie Privatpersonen bei Fragen rund um das Thema Alter und Beruf. AvantAge bietet unterschiedliche Seminare an, eines davon ist ein Seminar zum Thema Pensionierung. Dieses Seminar informiert zu den Inhalten «Pensionierung, Gesundheit und Wohlbefinden, Herausforderung in Beziehungen und Partnerschaft, Kompetenzen, Interessen und Begabungen, Veränderungen im Zeit- und Lebensrhythmus, AHV, Pensionskasse, 3. Säule und Steuern, Güter- und Erbrecht». AvantAge bietet dieses Seminar für Paare sowie für «Singles» an (Späte Freiheit, o. J.).

AvantAge sind Seminare, welche indirekt von Pro Senectute Schweiz angeboten werden und ganzheitlich über das Thema Alter und Beruf informieren.

Prinzipien der Gesundheitsförderung

Empowerment

Empowerment wird als Lernprozess verstanden, welcher neue Handlungsspielräume öffnet und damit zu einer Erweiterung der Selbstbestimmung der eigenen Lebensgestaltung beiträgt („quint-essenz: Themen: Empowerment“, 2016).

Empowerment wird in das Programm MHFA 60+ integriert, indem die Kurse die Teilnehmenden befähigen, Krisensituationen zu erkennen und bedarfsgerecht zu handeln. Die Teilnehmenden erhalten die Möglichkeit, den Fokus des Kurses mitzubestimmen, indem sie die Themen, wie unter Punkt 4.5.1, nach Interesse gewichten. Zudem können die Kursteilnehmenden ihre eigenen Gesundheitskompetenzen durch die Teilnahme erweitern und das Erlernte so in den Alltag integrieren. Das MHFA-60+-Projekt kann dazu beitragen, dass die breite Öffentlichkeit befähigt wird, ihr Gesundheitspotenzial bestmöglich weiterzuentwickeln und zu verwirklichen (Weltgesundheitsorganisation, 1986, S. 2).

Die Teilhabe der Zielgruppe fördert eine bedürfnisorientierte Umsetzung. Die Berücksichtigung des Empowerment-Ansatzes ermöglicht die Stärkung von individuellen Ressourcen (Kolip u. a., 2012, S. 111).

Partizipation

Die Partizipation am Projekt wird berücksichtigt, indem die Zielgruppe in Form einer Fokusgruppe angehört wird. Auf dieser Stufe vier des Modells ist es wichtig, die Meinungen und Interessen der Zielgruppe zu erfassen. Zudem wird die Zielgruppe durch Vertreter_innen der Zielgruppe in der Begleitgruppe aktiv miteinbezogen, was der Stufe fünf entspricht. Ebenfalls ist die Stufe sechs abgedeckt, da die Teilnehmenden der Fokusgruppe bestimmen, wie man die Zielgruppe am besten anspricht (Wright u. a., 2007).

Projektplanung

Vision

Die Schweizer Allgemeinbevölkerung ist sensibilisiert und informiert über den Umgang mit psychischen Problemen bei «älteren Menschen». Die Lebensqualität von Menschen ab 60 Jahren wird nachhaltig verbessert. Zudem konnte die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen gesteigert werden.

Strategien und Vorgehensweise

Die grundlegende Strategie von MHFA 60+ liegt darin, Laien durch einen Kurs Wissen über die psychische Gesundheit von Menschen ab 60 Jahren zu vermitteln. Durch das erworbene Wissen werden Laien befähigt, eine psychisch belastende Situation oder Krise zu erkennen und bedarfsgerecht zu handeln. Ein Handlungsschema dient als Orientierungshilfe.

Thematische Eingrenzung

Ziel dieser Arbeit ist es, ein theoriebasiertes Pilotprojekt basierend auf einer bestehenden Intervention im Bereich der psychischen Gesundheit zu entwickeln. Der Kurs richtet sich an Laien, welche Menschen ab 60 Jahren in belastenden oder Krisensituationen unterstützen möchten. Die Kursteilnehmenden sind volljährig, beherrschen die deutsche Sprache und interessieren sich für gesundheitliche Themen. Die Kursinhalte werden spezifisch an die Zielgruppe 60+ angepasst. In der Recherche werden Interventionen berücksichtigt, welche den Fokus auf die Sensibilisierung, Wissensvermittlung und Befähigung von Personen im Bereich der psychischen Gesundheit legen. Zusätzlich werden zielgruppenspezifische Interventionen zu Herausforderungen der Altersgruppe 60+ miteingeschlossen. Die daraus resultierenden Ergebnisse oder Umsetzungsvorschläge werden in einem theoretischen Pilotprojekt aufgezeigt.

Fragestellung

Welche thematischen Inhalte muss ein Kurs für die psychische Gesundheit beinhalten, um Laien zu befähigen, Menschen ab 60 Jahren in einer belastenden Situation oder Krise zu unterstützen?

Zielsetzung und der erwartete Nutzen

Ziel dieser Arbeit ist es, basierend auf der in Australien bestehenden Intervention MHFA einen Erste-Hilfe-Kurs zur Sensibilisierung, Wissensvermittlung und Befähigung zu implementieren, um Frühwarnzeichen einer psychischen Belastung oder Krise bei Menschen ab 60+ zu erkennen und bedarfsgerecht zu handeln.

Dazu wird das bestehende Kurshandbuch von Australien an die deutsche Sprache, den Deutschschweizer Kontext und die Zielgruppe 60+ angepasst. Das in dieser Arbeit entwickelte Handbuch dient gleichzeitig als Seminarleitfaden für den zielgruppenspezifischen Kurs.

Der MHFA-Standardkurs dient als Orientierung für die Entwicklung von Umsetzungsvorschlägen. Zusätzlich werden weitere Programme und Projekte berücksichtigt, welche dieselben Ziele verfolgen.

Planungstabelle (Skizze MHFA 60+)

Vision

Die Schweizer Allgemeinbevölkerung ist sensibilisiert und informiert über den Umgang mit psychischen Problemen bei «älteren Menschen». Die Lebensqualität von Menschen ab 60 Jahren wird nachhaltig verbessert. Zudem konnte die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen gesteigert werden.

Meilensteine	Datum
Beginn	01.10.2018
Übersetzung	31.05.2018
Instruktoren Ausbildung	30.08.2019
Inhaltliche Anpassungendes Kurshandbuches	30.09.2019
Erarbeitung Inhalt Anhang vom Kurshandbuch	30.09.2019
Erste-Hilfe-Kurs MHFA 60+	31.03.2020
Ende	29.10.2021

Nr.	Zielklasse / Ziel	Indikatoren / Sollwerte	Ev	Massnahmen
2.	Anpassungen Handbuch			
2.1	Übergeordnetes Ziel Handbuch Die inhaltlichen Anpassungen des Kurshandbuches sind zum 30. September 2019 abgeschlossen.	Handbuch <i>Sollwert: Das gesamte Handbuch ist bis zum 30. September 2019 inhaltlich an die Zielgruppe «ältere Menschen» angepasst.</i>	X	Epidemiologische Daten Inhaltliche Anpassung Kapitel 1.1 Abschnitt 1, Kapitel 1.1 Mental Health Problems in Australia Das Kapitel 1.1 ist bis zum 28. Februar 2019 inhaltlich an die Zielgruppe angepasst und wurde vom Projektteam «Inhalt» genehmigt. Inhaltliche Anpassung Kapitel 1.2 Abschnitt 1, Kapitel 1.2 Mental Health First Aid? Das Kapitel 1.2 ist bis zum 5. März 2019 inhaltlich an die Zielgruppe angepasst und wurde vom Projektteam «Inhalt» genehmigt. Handlungsschema Handlungsschema «ALGEE» Das Handlungsschema «ALGEE» wird durch die Steuergruppe bis zum 28. Februar 2019 in ein deutsches Akronym umgewandelt. Inhaltliche Anpassung Störungsbild Depression Abschnitt 2, Kapitel 2.1 Depression Das Kapitel 2.1 ist bis zum 17. Mai 2019 inhaltlich an die Zielgruppe angepasst und wurde vom Projektteam «Inhalt» genehmigt.

Inhaltliche Anpassung Störungsbild Angststörungen

Abschnitt 2, Kapitel 2.2 Angststörungen Das Kapitel 2.2 ist bis zum 31. Mai 2019 inhaltlich an die Zielgruppe angepasst und wurde vom Projektteam «Inhalt» genehmigt.

Inhaltliche Anpassungen Störungsbild Psychose

Abschnitt 2, Kapitel 2.3 Psychose Das Kapitel 2.3 ist bis zum 14. Juni 2019 inhaltlich an die Zielgruppe angepasst und wurde vom Projektteam «Inhalt» genehmigt.

Inhaltliche Anpassung Störungsbild Substanzmissbrauch

Abschnitt 2, Kapitel 2.4 Substanzmissbrauch Das Kapitel 2.4 ist bis zum 05. Juli 2019 inhaltlich an die Zielgruppe angepasst und wurde vom Projektteam «Inhalt» genehmigt.

Inhaltliche Anpassung Störungsbild Spielsucht

Abschnitt 2, Kapitel 2.4 Spielsucht Das Kapitel 2.4 ist bis zum 28. Juli 2019 inhaltlich an die Zielgruppe angepasst und wurde vom Projektteam «Inhalt» genehmigt.

Inhaltliche Anpassungen Störungsbilder Essstörungen

Abschnitt 2, Kapitel 2.5 Essstörungen Das Kapitel 2.5 ist bis zum 19. August 2019 inhaltlich an die Zielgruppe angepasst und wurde vom Projektteam «Inhalt» genehmigt.

Inhaltliche Anpassungen Krise Suizid

Abschnitt 3, Kapitel 3.1 Suizidale Gedanken und Verhalten
Das Kapitel 3.1 ist bis zum 30. August 2019 inhaltlich an die Zielgruppe angepasst und wurde vom Projektteam «Inhalt» genehmigt.

Inhaltliche Anpassungen Krise selbstverletzendes Verhalten

Abschnitt 3, Kapitel 3.2 Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten
Das Kapitel 3.2 ist bis zum 30. August 2019 inhaltlich an die Zielgruppe angepasst und wurde vom Projektteam «Inhalt» genehmigt.

Inhaltliche Anpassungen Krise Panik

Abschnitt 3, Kapitel 3.3 Panikattacken
Das Kapitel 3.3 ist bis zum 19. August 2019 inhaltlich an die Zielgruppe angepasst und wurde vom Projektteam «Inhalt» genehmigt.

Inhaltliche Anpassungen Krise Traumatische Ereignisse

Kapitel 3.4 Traumatische Ereignisse
Das Kapitel 3.4 ist bis zum 30. August 2019 inhaltlich an die Zielgruppe angepasst und wurde vom Projektteam «Inhalt» genehmigt.

2.2	<p>Übergeordnetes Ziel Anhang</p> <p>Der komplette Inhalt des Anhangs ist bis zum 30. September 2019 inhaltlich an die Zielgruppe angepasst, und neue Inhalte sind erarbeitet.</p>	<p>Anhang Handbuch</p> <p><i>Sollwert: Der gesamte Anhang wird bis zum 30. September 2019 überarbeitet und zielgruppenspezifisch ergänzt.</i></p>	X
-----	---	---	---

Inhaltliche Anpassung Krise Psychose

Abschnitt 3, Kapitel 3.5 Psychotische Zustände Das Kapitel 3.5 ist bis zum 30. August 2019 inhaltlich an die Zielgruppe angepasst und wurde vom Projektteam «Inhalt» genehmigt.

Inhaltliche Anpassung Krise Substanzmittelmissbrauch

Abschnitt 3, Kapitel 3.6 Zustände nach Alkohol- und Drogengebrauch Das Kapitel 3.6 ist bis zum 30. August 2019 inhaltlich an die Zielgruppe angepasst und wurde vom Projektteam «Inhalt» genehmigt.

Inhaltliche Anpassung Krise Aggressives Verhalten

Abschnitt 3, Kapitel 3.7 Aggressives Verhalten Das Kapitel 3.7 ist bis zum 30. August 2019 inhaltlich an die Zielgruppe angepasst und wurde vom Projektteam «Inhalt» genehmigt.

Erarbeitung Anhang LBGTIQA+

Anhang 4, 4.1 LBGTIQA+ Das Kapitel 4.1 LBGTIQA+ ist bis zum 30. September 2019 inhaltlich an die Zielgruppe angepasst.

Erarbeitung Anhang Demenz

Anhang 4, 4.2 Demenz Das Kapitel 4.2 Demenz ist bis zum 30. September 2019 inhaltlich an die Zielgruppe angepasst.

3.	Kursinhalt			
3.1	<p>Übergeordnetes Ziel Kursinhalt</p> <p>Die Kursinhalte werden bis Ende März 2020 an die Zielgruppe «ältere Menschen» angepasst</p>	<p>Kursinhalte <i>Sollwert: Alle verwendeten Kursmaterialien des australischen Standardkurses werden bis März 2020 überarbeitet und angepasst.</i></p>	X	<p>Erstellung PowerPoint</p> <p>PowerPoint-Präsentation Die PowerPoint-Präsentation für den Kurs wird bis Ende 2019 erstellt.</p> <p>Überarbeitung der Übungen</p> <p>Übungen Die Übungen des Kurses 60+ werden bis Februar 2020 überarbeitet.</p> <p>Erstellen der Audiovisuellen Medien</p> <p>Audiovisuelle Medien Die Filme, welche im Kurs gezeigt werden, sind bis März 2020 erstellt.</p> <p>Erstellung des Wissenstests</p> <p>Wissenstest Der Abschlusstest des Kurses wird bis März 2020 fertiggestellt.</p>
4.	Übersetzung Handbuch			
4.1	<p>Übergeordnetes Ziel Übersetzung</p> <p>Das Handbuch der vierten Edition des australischen Standardkurses wird bis im zum 12. Mai 2019 von der englischen in die deutsche Sprache übersetzt</p>	<p>Handbuch <i>Sollwert: Alle relevanten Teile des Handbuches aus Australien werden bis im Mai 2019 in die deutsche Sprach</i></p>	X	<p>Übersetzung Abschnitt 1</p> <p>Die Übersetzer_in stellt die übersetzte Version vom Abschnitt 1, welcher 359 Zeilen umfasst, der Teilprojektleitung «Inhalt» bis am 03. Februar 2019 zur Verfügung.</p>

Übersetzung Abschnitt 2

Die Übersetzer_in stellt die übersetzte Version vom Abschnitt 2, welcher 3'315 Zeilen umfasst, der Teilprojektleitung «Inhalt» bis am 31. März 2019 zur Verfügung.

Übersetzung Abschnitt 3

Die Übersetzer_in stellt die übersetzte Version vom Abschnitt 3, welcher 1'262 Zeilen umfasst, der Teilprojektleitung «Inhalt» bis am 21. April 2019 zur Verfügung.

Übersetzung Anhang

Die Übersetzer_in stellt die übersetzte Version vom Anhang, welcher 365 Zeilen umfasst, der Teilprojektleitung «Inhalt» bis am 12. Mai 2019 zur Verfügung.

Offerte für Übersetzung

Bis zum 20. Januar 2019 werden Offerten von Übersetzungsdienstleistern eingeholt und es wird von der Steuergruppe eine Entscheidung getroffen.

Lektorat und Korrektorat

Ab Juli 2019 werden die Kapitel fortlaufend in das Lektorat und Korrektorat gegeben. Bis Ende Oktober 2019 sind alle Kapitel lektoriert und korrigiert.

Druck

Das Handbuch geht Mitte Oktober 2019 in den Druck.

5. Marketing

5.1 Übergeordnetes Ziel Marketing

Alle Marketingmassnahmen bezüglich CI/CD, Naming, Illustrationen, Handbuch und Webseite sind bis Ende 2019 abgeschlossen.

Illustrationen, Webseite, CI/CD, Naming
Sollwert: Alle Illustrationen, die Webseite, CI/CD und Naming sind bis Ende 2019 fertig gestellt.

X

Bekanntheitsgrad der Marke

Die Marke MHFA 60+ etabliert sich als Marke bis 2022 in der Schweiz.

Illustrationen

Verwendete Illustrationen im Kurs stammen von Schweizer Künstler_innen.

Naming

Bis zum 28. November ist die Umbenennung in den gewünschten Namen abgeschlossen und die Namensrechte erworben

CI/CD

Bis Ende November wird durch die Marketingagentur ein einheitliches CI und CD entworfen.

Webseite

Bis Ende Dezember verfügt MHFA 60+ über eine funktionierende Webseite welche die Ausschreibung, Anmeldung von Kursen ermöglicht und eine Intranetseite für Instruktoren enthält.

Werbung

Die zielgruppenspezifischen Kurse werden ab Januar 2019 beworben.

6.	Business		
6.1	<p>Übergeordnetes Ziel Business</p> <p>Bis Ende April 2019 sind alle Massnahmen des Teilprojekts Business bezüglich Verträge, Angebotspakte (AvantAge), Pricing und Budget abgeschlossen.</p>	<p>Verträge, Angebotspakte für AvantAge, Pricing und Budget</p> <p><i>Sollwert: Bis Ende April 2019 sind die Businessmassnahmen bezüglich Verträge, Angebotspakete für AvantAge, Pricing und Budget fertig gestellt.</i></p>	<p>X</p> <p>AvantAge</p> <p>Bis im März 2019 werden Angebotspakete speziell für Schweizer Grossunternehmen zusammengestellt.</p> <p>Verträge der Instruktor_innen</p> <p>Bis im Februar 2019 ist ein Standardvertrag für freischaffende Instruktoren aufgesetzt, welche die Abgabe von Lizenzgebühren regeln.</p> <p>Pricing</p> <p>Bis Ende März 2019 ist das Pricing abgeschlossen.</p> <p>Budget</p> <p>Bis Ende Januar 2019 ist das Budget für MHFA 60+ erstellt</p>
7.	Instruktoren Ausbildung		

7.1 **Übergeordnetes Ziel
Instruktorenausbildung**

Alle Materialien, Unterlagen und Kriterien sind bis Ende August 2019 durch das Teilprojekt Instruktoren Ausbildung erarbeitet und könne praktisch angewendet werden.

Materialien, Unterlagen und Kriterien X

Sollwert: Alle relevanten Materialien, Unterlagen und Kriterien stehen für die praktische Anwendung bis Ende August 2019 zur Verfügung

Kriterien der Instruktoren Ausbildung

Um die Qualität der Instruktoren zu gewährleisten, werden diese mittels Auswahlverfahren ausgesucht. Die zukünftigen Instruktoren sollen:

- offen sein gegenüber Personen mit psychischen Erkrankungen
- motiviert sein, um mindestens vier MHFA 60+- Kurse pro Jahr durchzuführen
- Unterrichtserfahrung und gute Kommunikationsfähigkeiten mit sich bringen
- Wissen zu psychische Erkrankungen mit sich bringen oder die Bereitschaft sich dies anzueignen.
- Von Vorteil persönliche Erfahrungen im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen zu verfügen.

Unterlagen für die Instruktoren Ausbildung

Die Unterlagen für die Instruktoren Ausbildung werden durch die Projektgruppe IT bis im Dezember 2019 fertig gestellt.

Teachingnotes

Die Übersetzung sowie die inhaltlichen Anpassungen sind bis Ende August 2019 abgeschlossen.

Qualitätssicherung der Instruktoren

Die MHFA 60+ Instruktoren und Instruktoren führen den Standardkurs immer nach den vorgegebenen Qualitätskriterien des australischen Programms durch

Budget

Die Personalkosten wurden mit dem Lohnrechner des Bundesamts für Statistik errechnet. Der Ausgangslohn betrug CHF 7000.- im Monat, dies ergibt einen Stundenansatz von rund CHF 41.00 (Bundesamt für Statistik, 2016). Für das Teilprojektteam «Inhalt» wurden 900 Arbeitsstunden im Jahr 2019 vorgesehen. Der Arbeitsaufwand nimmt jährlich ab. Für die Projektleitung wurde ein Stundenansatz von rund CHF 71.00 (Bundesamt für Statistik, 2016) und einen gesamten Stundenaufwand von 800 Stunden im Jahr 2019 berechnet.

Die Evaluationskosten orientiert sich am Jahresbudget und betragen rund 10% der Gesamtkosten (Kolip u. a., 2012).

Die Druckkosten pro Handbuch belaufen sich auf rund CHF 24.00. Die Druckkosten senken sich bei höheren Auflagen auf rund CHF 22.00 (Buchwerft, 2018).

Der berechneten Stundenansatz anhand des Salariums beträgt rund CHF 31.00 (Bundesamt für Statistik, 2016). Der Aufwand ist im ersten Jahr am höchsten, da die ganzen Grafiken designet werden müssen.

Die Kosten der Namensrechte wurden anhand der Verordnung über Gebühren des Institutes für Geistiges Eigentums berechnet (Das Eidgenössische Institut für Geistiges Eigentum, 2019). Die Hinterlegungsgebühr beträgt CHF 550.00, für die Namensrechte wurden noch zusätzliche Gebühren berechnet.

Der Preis für die Erstellung einer individuellen Webseite orientiert sich an der Agentur am Wasser und beläuft sich auf CHF 8800.00 (Agentur am Wasser, o.J.). Jährlich kommen Unterhaltskosten dazu.

Der Preis für die Location richtet sich nach den Preisen des Kulturmarkts. Ein Schulungsraum kostet pro Tag CHF 200.00. Die Verpflegung wird vom Restaurant Kulturmarkt angeboten, ein Mittagmenü pro Person kostet zwischen CHF 17.00 und

24.00. Zusätzlich bietet das Restaurant nach Wunsch Kaffee, Gipfeli und Früchte an (Weber, 2018).

Das Kurshandbuch kostet rund CHF 25.00, der Preis orientiert sich am Handbuch des australischen Standardkurshandbuches (35 AUD) (Mental Health First Aid australia, o. J.). Jede Instrukturin, jeder Instruktor muss die Kurshandbücher für seinen Kurs über Pro Mente Sana beziehen. Zusätzlich fallen für die Instrukturin, den Instruktor Kosten für die Zertifizierung der Teilnehmenden in der Höhe von CHF 8.00 an. Pro Kursteilnehmenden nimmt die Pro Mente Sana CHF 33 ein. Die CHF 33 werden benötigt um die Kosten des Projektes zu decken. Es muss beachtet werden, dass aufgrund der Lizenzvorschriften 5% aller verkauften Handbücher an MHFA Australia gezahlt werden muss (Mental Health First Aid australia, o.J.).

Die Stadt Zürich empfiehlt bei einer Normzeilenlänge von 50-55 Anschlägen CHF 2.75 bis CHF 4.00 zu berechnen (Stadt Zürich, 2018). Für das Lektorat und Korrektorat wurde der Preis pro Stunde des Anbieters Supertexte berücksichtigt. Dieser beträgt pro Stunde CHF 120 (Supertext, o.J.).

Mit dieser Kalkulation vom Jahr 2019 bis 2022 insgesamt 25 Instruktorinnen und Instruktoren ausgebildet werden. In vier Jahren werden somit 3105 Ersthelfende MHFA 60+ zertifiziert. Die Budgetierung für die kommenden Jahre muss für die praktische Umsetzung revidiert werden.

Nr.	Kontoklassen/Konti	-	-	-	-
1	Personalkosten				
1.1	Inhalt-Team	-36'900	-12'300	-12'300	-12'300
1.2	Marketing-Team	-24'600	-20'008	-12'300	-12'300
1.3	Business-Team	-30'750	-15'000	-15'000	-15'000
1.4	Instruktoentraingings-Team	-26'650	-31'037	-31'037	-31'037
1.5	Projektleitung	-56'800	-49'700	-42'600	-42'600
1.6	Overhead	-17'570	-15'365	-11'968	-11'968
2	Evaluation				
2.1	Evaluation Wirkung	-10'000	-10'000	-5'000	-10'000
2.2	Evaluation Wirkung	-25'000	-10'000	-15'000	-10'000
3	Sachkosten				
3.1	Logistik	-2'000	-1'000	-1'000	-1'000
3.2	Druck Handbücher	-14'435	-1'000	-14'435	-1'000
3.3	Grafiken	-7'750	-1'550	-3'100	-1'550
4	Kommunikation extren				
4.1	Werbung MHFA60+	-45'000	-25'000	-15'000	-15'000
4.2	Webseite	-8'800	-3'000	-3'000	-3'000
4.3	Namensrechte & Domain	-1'200	0	0	0
5	Lizenzgebühren				
5.1	Abgaben an MHFA international (5% VK von Handbuch MHFA 60+)	-281	-618	-1'293	-1'687
6	Durchführung Instruktoentraingings Kurse				
6.1	Location	-5'000	-6'000	-7'000	-7'000
6.2	Verpflegung	-2'800	-3'360	-3'920	-3'920
6.3	Kurseinnahmen	200'000	240'000	280'000	280'000
7	Zusätzliche Kosten				
7.1	Ungeplantes	-1'000	-1'000	-1'000	-1'000
8	Kursmaterialien				
8.1	Instruktoentraingings	-1'500	-1'000	-1'500	-1'500
8.2	Kurs MHFA60+	-6'000	-5'000	-5'000	-5'000

9	MHFA 60+ Kurs				
9.1	Akkreditierung Instruktoren	4'500	9'900	20'700	27'000
9.2	Kurshandbuch & Zertifikate	7'425	16'335	34'155	44'550
10	Textüberarbeitung				
10.1	Übersetzung Englisch-Deutsch	-40'000	0	0	0
10.2	Lektorat	-8'000	0	0	0
10.3	Korrektor	-10'000	0	0	0
	Total	170'111	54'297	133'401	164'688

Projektorganisation

Projektstruktur

In einer Projektstruktur werden alle Anspruchs- und Zielgruppen, welche am Projekt beteiligt sind, aufgeführt. Die Zusammensetzung der Projektstruktur ist dynamisch, Anspruchs- und Zielgruppen können sich im Verlauf eines Projektes verändern. Als Hauptinstrument zur Darstellung einer Projektstruktur von «quint-essenz» dient der Strukturplan. Dieser wird nicht nur als Präsentationsinstrument verwendet, sondern auch als Orientierungshilfe für die Identifizierung von Rollen und Aufgaben sowie potenzieller Widerstände.

Um sich in einem Projekt auf die zentralen Aspekte zu fokussieren, dient der Strukturplan der Abgrenzung. Im Zentrum stehen das Projektteam und die Projektleitung, welche das Herzstück des Projektes bildet. Die Trägerorganisation für das Projekt «MHFA 60+» ist die Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana, welche die Lizenz für MHFA Schweiz besitzt (Pro Mente Sana, 2019). Zusätzlich stellt sie die grössten finanziellen und personellen Mittel zur Verfügung. Die Pro Senectute unterstützt das Projekt mit zusätzlichen finanziellen Mitteln.

Die Begleitgruppe dient nicht nur als Ergänzung des Fachwissens, sondern auch als Vernetzungsplattform. Die Teilnehmenden der Begleitgruppe sind wichtige Akteure aus Gesundheit, Wirtschaft, potenziellen Kundengruppen und des öffentlichen Dienstes. Die Wahl der Teilnehmenden fiel bewusst, da sie wichtige Akteure in der

Implementierung und Verbreitung des Projektes darstellen. Um die Akzeptanz bei den Fachpersonen für Laienhilfe zu stärken und vom fachlichen Know-how zu profitieren, befinden sich Psychologen und Psychiaterverbände in der Begleitgruppe. Dies kann die kritische Einstellung gegenüber der Laienhilfe verringern und Widerständen entgegenwirken. Grossunternehmen wie die Migros sind in der Begleitgruppe vertreten, um deren Bedürfnissen zu erfassen und um diese ins Projekt einfließen zu lassen. Als Sprachrohr der Zielgruppe 60+ sind Akteure wie die Alzheimerstiftung, das Schweizerische Rote Kreuz, der Schweizerische Seniorenrat und Gesundheitsinstitutionen vertreten. Die Steuergruppe setzt sich aus einer Fachperson im Bereich Psychiatrie, dem Geldgeber und der Projektleitung zusammen, da sie die wichtigsten Akteure im Projekt sind. Im Gegensatz zur Begleitgruppe, welche Wissen und Know-how in das Projekt einbringt, trifft die Steuergruppe die Entscheidungen. Das Ursprungsprojekt MHFA Australien ist das wichtigste Partnerprojekt. Um die Lizenz von MHFA Australien zu erwerben, sind Qualitätskriterien zur Gewährleistung der Evidenz einzuhalten (Mental Health First Aid australia, o.J.). Das Projekt MHFA 60+ wird von Naty Bovopulos von MHFA Australien begleitet, die bei Fragen als Ansprechpartnerin dient.

Um die Umsetzung des Projekts zu erleichtern, wird empfohlen, den Zugang über das Setting Arbeit und Lernen zu schaffen. Im Setting Arbeit sollen Arbeitnehmende ab 60 Jahren durch MHFA 60+ für das Thema psychische Gesundheit im Alter sensibilisiert werden. Im Setting Lernen sollen zukünftige Fachpersonen im Gesundheitswesen sensibilisiert werden. Am Kurs MHFA 60+ können alle erwachsenen Personen aus der Deutschschweiz teilnehmen. Der Kursinhalt ist spezifisch an die Bedürfnisse, Prävalenzen und Inzidenzen von Personen ab 60 Jahren angepasst (Kolip u. a., 2012).

Fachliche Kompetenzen und Qualifikationen der Hauptakteure

Der Projektleiter Roger Staub, Geschäftsleiter von Pro Mente Sana, verfügt aufgrund seiner erfolgreichen Zeit beim Bundesamt für Gesundheit und als Mitgründer der «Stopp Aids Kampagne» in der Schweiz über Methodenkenntnisse zu Interventionen. Thomas Ihde, Chefarzt der psychiatrischen Abteilungen der Regionen Frutigen, Meiringen und Interlaken, verfügt über ein ganzheitliches fachliches Wissen über alle Spektren der psychischen Gesundheit. Zugleich ist er der Stiftungspräsident der Schweizerischen Stiftung Pro Mente Sana. Der Geschäftsleiter der Pro Senectute Schweiz kennt die Bedürfnisse von Menschen ab 60 Jahren und besitzt ein breites Wissen über politische und rechtliche Themen.

Andreas Daurù, ehemaliger Psychiatriepflegefachmann, Teilprojektleiter «Inhalt», arbeitet seit über fünf Jahren im Psychosozialen Team der Pro Mente Sana. Er leitete bereits mehrere Projekte und ist in der Beratung aktiv. Er zeichnet sich durch Empathie, Geduld und eine hohe Sozialkompetenz aus. Die Verantwortliche für das Teilprojekt «Instruktoren-Training», Hilde Schäffler, verfügt über langjährige Erfahrung in der Forschung. Für das Teilprojekt «Marketing» ist Norina Schwendener verantwortlich, die eidgenössisch diplomierte Kommunikationsplanerin besitzt ein grosses Know-how in der Kampagnenplanung. Stefanie Stoll, Teilprojektleiterin «Business», verfügt über mehrjährige Erfahrung in Non-profit-Organisationen und Kompetenzen im Qualitätsmanagement.

Vernetzung

MHFA 60+ ist aufgrund der erworbenen Lizenz an Vorgaben von MHFA Australien gebunden (Mental Health First Aid australia, o.J.). Aufgrund dessen findet regelmässig ein Austausch mit Australien statt. Zudem können durch die Begleit- und Steuergruppe neue Synergien geschaffen werden, da verschiedene Akteure sowie die Zielgruppe vertreten sind. Alle Verantwortlichen der Teilprojekte verfügen über eigene Netzwerke, welche als wichtige Ressource für ihren Bereich dienen. Einen weiteren Vernetzungspunkt stellen bisherige Interventionen dar. Es wird empfohlen, MHFA 60+ ins Projekt «VIA» miteinfließen zu lassen. Das Handlungsfeld zwei

«Sensibilisierung, Aufklärung und Wissensvermittlung zu psychischer Gesundheit und Krankheit» wäre dafür bestens geeignet (Biedermann u. a., 2014). Um MHFA 60+ strukturell zu verankern, wird eine Zusammenarbeit mit AvantAge empfohlen. AvantAge ist eine Dienstleistung von Pro Senectute und bietet Seminar rund um das Thema Alter und Beruf an (Späte Freiheit, o. J.).

Projektsteuerung

Evaluationszweck, Evaluationsfragen und –Methoden

Aufgrund der beschränkten Wortzahl der Bachelorarbeit wird die Evaluation nicht ausführlich dargestellt. Es werden lediglich Vorschläge aufgezeigt, wie die Evaluation von MHFA 60+ durchgeführt werden könnte. Die Ziele sowie die Massnahmen und definierte Meilensteine sind Empfehlungen.

Die Evaluation von MHFA 60+ dient primär der Optimierung, Legitimierung sowie der Wissensgenerierung. MHFA Schweiz ist an Lizenzvorgaben gebunden. Zu diesen gehört eine kontrollierte, randomisierte Studie zur Überprüfung der Evidenz (Mental Health First Aid international, o.J.).

Es wird empfohlen, die Evaluationsstandards der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft, kurz Seval, zu berücksichtigen. Die Kriterien dienen als Basis für die Planung einer Evaluation. Die SEVAL-Kriterien können generell bei allen Evaluationsarten berücksichtigt werden. Die Kriterien sind in drei Gruppen unterteilt. Die erste Gruppe listet allgemeine Grundprinzipien auf, Gruppe zwei führt Aspekte bei der Planung und Durchführung auf und Gruppe drei bezieht sich auf Standards der Bewertung und Ergebnisvermittlung (Rüefli, Zweidler, & Koci, 2016). Es wird empfohlen, die Evaluation formativ und summativ durchzuführen. Dies bedeutet, dass Evaluationszeitpunkte vor, während (formativ) sowie nach den Massnahmen erhoben werden (summativ) (Kolip u. a., 2012).

Um das Projekt zu evaluieren, werden in der folgenden Tabelle verschiedene Erhebungsmethoden oberflächlich vorgeschlagen.

Evaluationsfragen

Evaluationsfrage	Methode	Zeitpunkt
Werden mit dem Programm die Outcome- Ziele zur Steigerung von Wissen und Gesundheitskompetenzen erreicht?	Elektronischer Fragebogen	<ul style="list-style-type: none"> • Prä-Post Messung des Kurses • Follow-up nach sieben Monaten
Wurde MHFA 60+ als Marke in der Öffentlichkeit etabliert?	Medienspiegel anhand von Google Alerts	<ul style="list-style-type: none"> • Fortlaufend
Wird das Thema psychische Gesundheit im Alter verstärkt in der Öffentlichkeit diskutiert?	Klickzahlen überprüfen	<ul style="list-style-type: none"> • Fortlaufend
Gibt es Einsparungsmöglichkeiten, die im nächsten Jahr beachtet werden können?	Budgetrevision	<ul style="list-style-type: none"> • Jahresabschluss • Budgetaufstellung der folgenden Jahre
Wurde die Anzahl Instruktoren und Instruktorennen erreicht?	Anzahl der Verträge der Instruktoren und Instruktorennen überprüfen	<ul style="list-style-type: none"> • Fortlaufend
Konnte das Wissen durch den Kurs 60+ verbessert werden?	Punktezahl des Wissenstests nach Kursbeendigung	<ul style="list-style-type: none"> • Fortlaufend

Dokumentation

Für die Dokumentation werden zwei unterschiedliche Systeme verwendet. Damit alle Mitarbeitenden der Teilprojekte Zugriff auf relevante Dokumente und Daten haben, wird intern ein Laufwerk erstellt. Darauf befinden sich Vorlagen zur Dokumentation von projektrelevanten Schritten sowie Sitzungsprotokolle. Jeder Mitarbeitende ist selbständig für die Führung des Projektjournals nach Vorlage verantwortlich. Die Projektleitung sowie die Steuergruppe verfügen über zusätzliche Dokumente, welche für die Projektmitarbeitenden nicht zugänglich sind, zum Beispiel vertrauliche Verträge zwischen der Trägerschaft und dem Geldgeber. Personen aus der Begleitgruppe haben durch das genutzte Projektmanagementtool quint-essenz jederzeit und überall Zugriff auf Informationen (Gesundheitsförderung Schweiz, o.J.).

Ergebnisse und Wirkungen

Verbreitung der Ergebnisse

Gemäss quint-essenz wird im folgenden Abschnitt die Zielerreichung, Valorisierung und die Nachhaltigkeit anhand der Evaluation beschrieben. Durch die randomisierte, kontrollierte Studie, welche aufgrund der Lizenzvorgabe von MHFA Australien durchgeführt werden muss, kann ein Teil der Zielerreichung überprüft werden (Mental Health First Aid international, o.J.). Die Evaluation des Projektes dient der ganzheitlichen Überprüfung. Es wird empfohlen, die Ergebnisse beider Erhebungen mittels einer Berichterlegung der Öffentlichkeit zugänglich zu machen. So kann die Transparenz gewahrt werden. Da MHFA 60+ auf mehreren Handlungsebenen ansetzt, kann die Nachhaltigkeit des Projektes gefördert werden (Kolip u. a., 2012).

Carisch Andrina und Leuenberger Lea Version: Erste Version / 03.01.2019

www.quint-essenz.ch

Bericht erstellt am: 24.04.2019

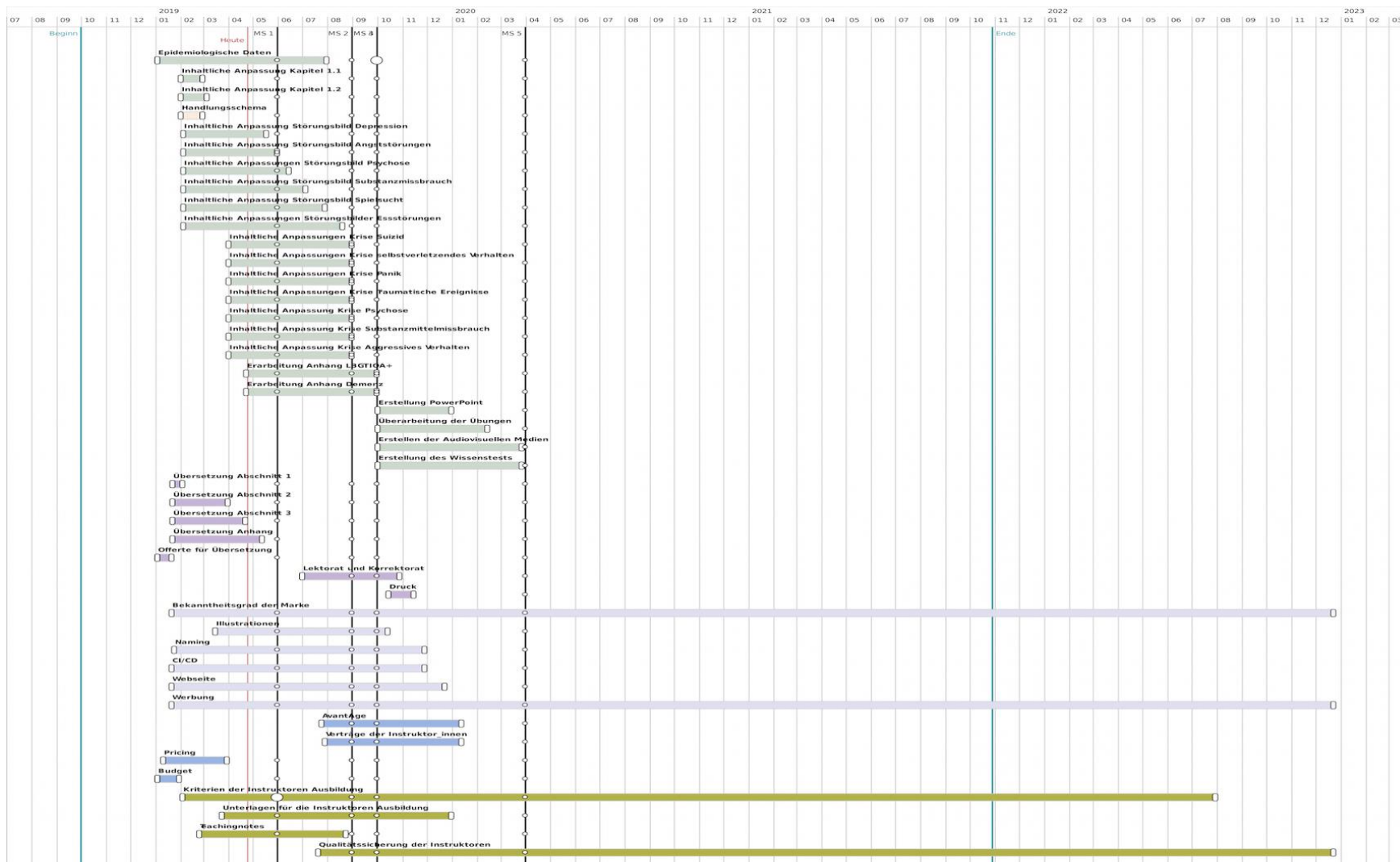


Abbildung 50. Zeitplan nach quint-essenz (Gesundheitsförderung Schweiz, 2008)

14. Verzeichnisse Anhang

14.1 Literaturverzeichnis Anhang

Agentur am Wasser. (o.J.). Was kostet eine Website | Agentur am Wasser Web | Fullservice Webagentur Zürich. Abgerufen am 5. April 2019, von agenturamwasser.ch website: <https://web.agenturamwasser.ch/infos-tips/was-kostet-eine-website/>

Andreas, S., Schulz, H., Volkert, J., Dehoust, M., Sehner, S., Suling, A., ... Härter, M. (2017). Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis_ICF65+ study. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 210(2), 125–131. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.180463>

Anthony F. Jorm. (2012). Mental Health Literacy: Empowering the Community to Take Action for Better Mental Health. *American Psychologist*, 67(3), 231–243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>

Antonovsky, A., & Franke, A. (1997). *Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit*. In *Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis: Bd. Band 36*. Tübingen: Dgvt.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.

Benighaus, C., & Benighaus, L. (2012). Moderation, Gesprächsaufbau und Dynamik in Fokusgruppen. In M. Schulz, B. Mack, & O. Renn (Hrsg.), *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft: Von der Konzeption bis zur Auswertung* (S. 111–132). https://doi.org/10.1007/978-3-531-19397-7_6

Betscher-Ott, S. (2014). *Soziologie* (3. Aufl.). Köln: Bildungsv Verlag EINS.

Buchwerft. (2018). Online kalkulieren | Buchwerft - Buchdruck & Onlinedruckerei. Abgerufen am 5. April 2019, von <https://www.buchwerft.de/kalkulator/>

Bundesamt für Statistik, B. (2016). Salarium - Statistischer Lohnrechner 2016.

Abgerufen am 5. April 2019, von

<https://www.gate.bfs.admin.ch/salarium/public/index.html#/calculation?regionCode=4&nogald=88&skillLevelCode=22&mgmtLevelCode=3&weeklyHourValue=42&educationCode=3&ageCode=45&workYearsCode=3&companySizeCode=1&month13SalaryCode=1&specialFeesCode=0&hourSalaryCode=0>

Cooper, C., Regan, C., Tandy, A. R., Johnson, S., & Livingston, G. (2007). Acute mental health care for older people by crisis resolution teams in England.

International Journal of Geriatric Psychiatry, 22(3), 263–265.

<https://doi.org/10.1002/gps.1650>

Das Eidgenössische Institut für Geistiges Eigentum, I. (2019). SR 232.148

Verordnung des IGE vom 2. Dezember 2016 über Gebühren (GebV-IGE).

Abgerufen am 5. April 2019, von <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20163239/index.html>

Deuter, K., Procter, N., & Rogers, J. (2013). The emergency telephone conversation in the context of the older person in suicidal crisis: a qualitative study. *Crisis*,

34(4), 262–272. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000189>

Duden. (o. J.). Duden | Re-si-li-enz | Rechtschreibung, Bedeutung, Definition,

Herkunft. Abgerufen am 11. Dezember 2018, von

<https://www.duden.de/rechtschreibung/Resilienz>

Elke, G., Gurt, J., Möltner, H., & Externbrink, K. (2015). *Arbeitsschutz und*

betriebliche Gesundheitsförderung-vergleichende Analyse der Prädiktoren und Moderatoren guter Praxis. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Dortmund, Berlin, Dresden.

- Flying Instructor. (o.J.). Instruktorenkurs. Abgerufen am 5. April 2019, von Flying Instructor website: <https://www.flying-instructor.ch/ausbildung/instruktorenkurs>
- Geulen, D., & Hurrelmann, K. (1980). *Handbuch der Sozialisationsforschung*. Weinheim: Beltz.
- Gesundheitsförderung Schweiz. (2008). quint-essenz: Instrumente: Strukturplan. Abgerufen am 18. Februar 2019, von <https://www.quint-essenz.ch/de/tools/1001>
- Haas, S., Breyer, E., Knaller, C., & Weigl, M. (2013). Aufbereitung von Evidenz zu Gesundheitsförderung (Wissen 10 Teil 1 Handbuch) [Monograph]. Abgerufen am 3. Dezember 2018, von <https://jasmin.goeg.at/306/>
- Haas, S., Minder, J., & Harbauer, G. (2014). [Suicidality in the elderly - what the general practitioner can do]. *Praxis*, 103(18), 1061–1066. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a001775>
- Jorm, A. F., Kitchener, B. A., & Mugford, S. K. (2005). Experiences in applying skills learned in a Mental Health First Aid training course: a qualitative study of participants' stories. *BMC Psychiatry*, 5, 43. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-5-43>
- Kerkhof, A. J., Visser, A. P., Diekstra, R. F., & Hirschhorn, P. M. (1991). The prevention of suicide among older people in The Netherlands: interventions in community mental health care. *Crisis*, 12(2), 59–72.
- Kingsford, R., & Webber, M. (2010). Social deprivation and the outcomes of crisis resolution and home treatment for people with mental health problems: a historical cohort study. *Health & Social Care in the Community*, 18(5), 456–464. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00918.x>

- Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2004). Mental health first aid training in a workplace setting: a randomized controlled trial [ISRCTN13249129]. *BMC Psychiatry*, 4, 23. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-4-23>
- Kolip, P., Ackermann, G., Ruckstuhl, B., & Studer, H. (2012). *Gesundheitsförderung mit System: quint-essenz - Qualitätsentwicklung in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention*. In *Programmbereich Gesundheit*. Bern: Huber.
- Kormann, G. (2007). *Resilienz – Was Kinder stärkt und in ihrer Entwicklung unterstützt*. 20.
- Kramer, I., Sockoll, I., & Bödeker, W. (2009). Die Evidenzbasis für betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention — Eine Synopse des wissenschaftlichen Kenntnisstandes. *Fehlzeiten-Report 2008*, 65–76. https://doi.org/10.1007/978-3-540-69213-3_7
- Kruse, A. (2015). *Resilienz bis ins hohe Alter – was wir von Johann Sebastian Bach lernen können: Für alle Interessierten*. In *Essentials, Pädagogische Psychologie*. Abgerufen von [//www.springer.com/de/book/9783658083328](http://www.springer.com/de/book/9783658083328)
- Lemon, B. W., Bengtson, V. L., & Peterson, J. A. (1972). An Exploration of the Activity Theory of Aging: Activity Types and Life Satisfaction Among In-movers to a Retirement Community. *Journal of Gerontology*, 27(4), 511–523. <https://doi.org/10.1093/geronj/27.4.511>
- Martin, M., & Kliegel, M. (2008). *Psychologische Grundlagen der Gerontologie*. W. Kohlhammer Verlag.

McIntosh, J. L. (1995). Suicide prevention in the elderly (age 65-99). *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 25(1), 180–192.

Mental Health First Aid australia. (o.J.). *Licensing the Mental Health First Aid program outside of Australia*.

Mental Health First Aid australia. (2019). Instructor Course - 5-day SMHFA - 8th-12th Apr 2019 - Melbourne - Closed & Full | Mental Health First Aid. Abgerufen am 5. April 2019, von <https://mhfa.com.au/courses/instructor/44555>

Mental Health First Aid australia. (o. J.). Shop | Instructor | Mental Health First Aid. Abgerufen am 5. April 2019, von <https://mhfa.com.au/shop>

Morawska, A., Fletcher, R., Pope, S., Heathwood, E., Anderson, E., & McAuliffe, C. (2013). Evaluation of mental health first aid training in a diverse community setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(1), 85–92.
<https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00844.x>

Richardson, R., Dale, H. E., Wellby, G., McMillan, D., & Churchill, R. (2018). Mental Health First Aid as a tool for improving mental health and well-being. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD013127>

Rosenheck, R. A., Desai, R., Steinwachs, D., & Lehman, A. (2000). Benchmarking treatment of schizophrenia: a comparison of service delivery by the national government and by state and local providers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(4), 209–216.

- Ross, A. M., Kelly, C. M., & Jorm, A. F. (2014). Re-development of mental health first aid guidelines for suicidal ideation and behaviour: a Delphi study. *BMC Psychiatry, 14*, 241. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0241-8>
- Schweizerisches Rotes Kreuz. (o.J.). Kurse Notfälle bei Kleinkindern Steinhausen 6312, Notfälle bei Kleinkindern | redcross-edu.ch. Abgerufen am 5. April 2019, von <https://www.redcross-edu.ch/de/notfaelle-bei-kleinkindern/237547-notfaelle-bei-kleinkindern-steinhausen.html#kursedetail>
- Stadt Zürich. (2018). *Übersetzungsbüros und Übersetzungspreise* (S. 3). Stadtentwicklung Integrationsförderung.
- Supertext. (o.J.). Lektorat, Korrektorat und Redigieren – auch Express | Supertext. Abgerufen 5. April 2019, von <https://www.supertext.ch/de/lektorieren>
- Streater, A., Coleston-Shields, D. M., Yates, J., Stanyon, M., & Orrell, M. (2017). A scoping review of crisis teams managing dementia in older people. *Clinical Interventions in Aging, 12*, 1589–1603. <https://doi.org/10.2147/CIA.S142341>
- Svensson, B., & Hansson, L. (2017). Mental health first aid for the elderly: A pilot study of a training program adapted for helping elderly people. *Aging & Mental Health, 21*(6), 595–601. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1135873>
- Toot, S., Devine, M., & Orrell, M. (2011). The effectiveness of crisis resolution/home treatment teams for older people with mental health problems: a systematic review and scoping exercise. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 26*(12), 1221–1230. <https://doi.org/10.1002/gps.2686>
- Weber, A. (2018). Kulturmarkt. Abgerufen am 5. April 2019, von Kulturmarkt website: <https://www.kulturmarkt.ch/raeume/kursraeume/>

Weltgesundheitsorganisation, W. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*, 1986. 6.

Werbeloff, N., Chang, C.-K., Broadbent, M., Hayes, J. F., Stewart, R., & Osborn, D.

P. J. (2017). Admission to acute mental health services after contact with crisis resolution and home treatment teams: an investigation in two large mental health-care providers. *The Lancet. Psychiatry*, 4(1), 49–56.

[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30416-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30416-3)

14.2 Abbildungsverzeichnis Anhang

Abbildung 1. Fotoprotokoll in Anlehnung an GP. 38 «Methodenpraktikum»	153
Abbildung 2. Fotoprotokoll in Anlehnung an GP. 38 «Methodenpraktikum»	154
Abbildung 3. Fotoprotokoll in Anlehnung an GP. 38 «Methodenpraktikum»	155
Abbildung 4. Fotoprotokoll in Anlehnung an GP. 38 «Methodenpraktikum»	156
Abbildung 5. Fotoprotokoll in Anlehnung an GP. 38 «Methodenpraktikum»	157
Abbildung 6. Fotoprotokoll in Anlehnung an GP. 38 «Methodenpraktikum»	158
Abbildung 7. Fotoprotokoll in Anlehnung an GP. 38 «Methodenpraktikum»	159
Abbildung 8. Wirkungsmodell MHFA 60+ nach Kolip, Ackermann, Ruckstuhl, & Studer (2012).....	165
Abbildung 9. Strukturplan nach quint-essenz (Gesundheitsförderung Schweiz, 2008).....	166
Abbildung 10. Zeitplan nach quint-essenz (Gesundheitsförderung Schweiz, 2008)	223

14.3 Tabellenverzeichnis Anhang

Tabelle 1 Übersicht Suchbegriffe Deutsch.....	123
Tabelle 2 Übersicht Suchbegriffe Englisch	124
Tabelle 3 systematische Darstellung Literaturrecherche	125
Tabelle 4 Suchergebnisse	126
Fortsetzung Tabelle 5	127
Tabelle 6 Datenextraktionstabelle 1	128
Tabelle 7 Datenextraktionstabelle 2	129
Tabelle 8 Datenextraktionstabelle 3	130
Tabelle 9 Datenextraktionstabelle 4	131
Tabelle 10 Datenextraktionstabelle 5	132
Tabelle 11 Datenextraktionstabelle 6	133
Tabelle 12 Datenextraktionstabelle 7	134
Tabelle 13 Datenextraktionstabelle 8	135
Tabelle 14 Datenextraktionstabelle 9	136
Tabelle 15 Datenextraktionstabelle 10	137
Tabelle 16 Datenextraktionstabelle 11	138
Tabelle 17 Datenextraktionstabelle 12	139
Tabelle 18 Datenextraktionstabelle 13	140
Tabelle 19 Datenextraktionstabelle 14	141
Tabelle 20 Datenextraktionstabelle 15	142
Tabelle 21 Datenextraktionstabelle 16	143
Tabelle 22 Datenextraktionstabelle 17	144
Tabelle 23 Datenextraktionstabelle 18	145
Tabelle 24 Übersicht Meilensteine und Ziele	167
Tabelle 25 Indikator und Sollwert der Übersetzung.....	167
Tabelle 26 Massnahmentabelle Instruktoren Ausbildung.....	169
Tabelle 27 Massnahmentabelle Marketing	172
Tabelle 28 Massnahmentabelle Business	173
Tabelle 29 Pricing	176
Tabelle 30 Budget.....	179
Fortsetzung Tabelle 30	180
Tabelle 31 Funktionendiagramm.....	181