



Faktenblatt 132

Biografische Übergänge und kritische Lebensereignisse im Alter

Informationen für Verantwortliche für Gesundheitsförderung in Kantonen und Gemeinden sowie für Projektleitende

Einleitung

Biografische Übergänge und kritische Lebensereignisse sind zugleich Herausforderungen und Chancen. Viele Menschen sind dann besonders offen für Verhaltensänderungen und Angebote zur Stärkung von Resilienz. Lebensereignisse und biografische Übergänge können aber auch stark vulnerabilisierend sein.

Der **Teil 1** dieses Faktenblatts klärt die Begriffe «Lebensübergänge» und «kritische Lebensereignisse» und geht auf Auslöser, Auswirkungen und Bewältigung ein. Prof. em. Dr. Pasqualina Perrig-Chiello, Entwicklungspsychologin mit Schwerpunkt mittleres und höheres Lebensalter, beschreibt **die hauptsächlichsten Herausforderungen** von Lebensübergängen des jungen Alters (65–80 Jahre), namentlich Pensionierung und späte Scheidung, sowie jene des hohen Alters (ab 80 Jahre), namentlich Beginn einer Betreuungs- oder Pflegebedürftigkeit, Eintritt in eine Pflegeinstitution sowie Verwitwung.

Im **Teil 2** des Faktenblatts fasst Gesundheitsförderung Schweiz Überlegungen zur Gesundheitsförderung im Rahmen der kantonalen Aktionsprogramme (KAP) und der Projektförderung KAP zusammen.

Inhaltsverzeichnis

Teil 1: Biografische Übergänge und kritische Lebensereignisse im Alter – Herausforderungen, Bewältigung, Public-Health-Relevanz	2
1.1 Lebensübergänge und kritische Lebensereignisse	2
1.2 Übergänge und kritische Lebensereignisse im dritten Lebensalter	3
1.3 Übergänge und kritische Lebensereignisse im vierten Lebensalter	4
1.4 Ausblick	7
Teil 2: Zusammenfassende Überlegungen zu Gesundheitsförderung in biografischen Übergängen und kritischen Lebensereignissen	8
2.1 Die vier Massnahmen-Ebenen der KAP	8
2.2 Chancengerechtigkeit und Partizipation	10
2.3 Berücksichtigung von Bedürfnissen und Bedarf	10
2.4 Relevante Projektpartner*innen	10
Literaturverzeichnis	11

Teil 1: Biografische Übergänge und kritische Lebensereignisse im Alter – Herausforderungen, Bewältigung, Public-Health-Relevanz

Fachbeitrag von Prof. em. Dr. Pasqualina Perrig-Chiello

Krisen und Übergänge gehören zum Leben. Sie können mit eigenen Ressourcen und Unterstützung meist gut gemeistert werden und haben das Potenzial, die Resilienz zu stärken. Sie bergen aber auch das Risiko einer **psychischen Vulnerabilisierung**. Diese Zeiten des Umbruchs sind je nach auslösenden Faktoren mehr oder weniger vorhersehbar und herausfordernd. So sind körperlich oder gesellschaftlich altersnormierte Übergänge wie die Menopause oder die Pensionierung gut vorausszusehen und dadurch auch besser bewältigbar. Dies im Gegensatz zu nicht altersnormierten, individuellen Übergängen wie Umzug, Scheidung, Verwitwung, schwere Erkrankungen, Unfälle, Migration oder Flucht, welche weniger antizipierbar und im Fall, dass sie negativ und nicht selbst initiiert wurden, umso stressvoller sind. Wir sprechen dann von kritischen Lebensereignissen.

1.1 Lebensübergänge und kritische Lebensereignisse

Lebensübergänge sind Perioden des Umbruchs, gekennzeichnet durch das Aufgeben von gewohnten Lebensumständen und Rollen sowie die Auseinandersetzung mit neu zu definierenden. Damit verbunden ist immer eine Neudefinition der Identität. Eine Person steht nach der Pensionierung oder nach einer Verwitwung im Leben anders da als vor dem Ereignis. Der Übergang zwischen einer Lebensphase mit vertrauten Rollen und gewohntem Alltag und einer neuen, noch ungewissen Phase kann verunsichern und destabilisierend sein für Wohlbefinden und Gesundheit. Je nach verfügbaren körperlichen, psychischen und sozialen Ressourcen können Übergänge im besseren Fall Herausforderungen mit neuen Chancen bedeuten, im schlechteren Fall jedoch zu chronischer Belastung führen. Stellt ein Übergang für die Betroffenen eine akute Extremerfahrung der psychophysischen Belastbarkeit dar, so sprechen wir von einem kritischen Lebensereignis (Perrig-Chiello, 2024). Zu den häufigsten und schwierigsten kritischen Lebensereignissen gehören der Verlust eines geliebten Menschen – sei

es durch Tod, Trennung oder Scheidung – sowie schwere Erkrankungen (Lindert et al., 2020). Die Auftretenswahrscheinlichkeit dieser Ereignisse steigt mit zunehmendem Alter und stellt ein erhebliches Vulnerabilitätsrisiko dar. Dies gilt insbesondere für das hohe Alter aufgrund der zunehmenden Einschränkungen auf gesundheitlicher Ebene (Einschränkungen des Seh- und Hörvermögens, der Mobilität) und der damit verbundenen vielfältigen negativen Auswirkungen (Lindert et al., 2020). Diese betreffen die körperliche und psychische Gesundheit, die Gestaltung des Alltags, die soziale Teilhabe, aber auch den Lebensstil, namentlich Ernährung und Bewegung, sowie ganz generell die Lebensqualität.

Weitgehend unabhängig vom Herausforderungsgrad von Übergängen und kritischen Lebensereignissen lassen sich allerdings bei deren Bewältigung grosse individuelle Unterschiede identifizieren, welche auf individuelle, soziale und gesellschaftliche Faktoren zurückzuführen sind (Perrig-Chiello, 2024). Gesellschaftlich gesehen spielen die zunehmende Individualisierung sowie die Pluralisierung der Werte eine bedeutsame Rolle. Sie erlauben zwar viele Gestaltungsmöglichkeiten des Lebens, allerdings hat diese Freiheit ihren Preis. Lebensübergänge sind eine Privatangelegenheit geworden, was mit einem zunehmenden Druck auf die Selbstverantwortung verbunden ist und mit der Gefahr der Überforderung der Selbststeuerungskompetenz. Zudem stellen politische und wirtschaftliche Unsicherheiten sowie soziale Unverbindlichkeit das Vertrauen in die Gesellschaft, in Familie, Partner*innen oder Freund*innen auf eine harte Probe, was häufig mit einem Verlust an Selbstwirksamkeit assoziiert ist. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass das Wissen über biografische Übergänge und kritische Lebensereignisse sowie deren Bewältigungsmöglichkeiten ein wichtiges Anliegen der öffentlichen Gesundheitsförderung ist.

Für die Bewältigung von Lebensübergängen sind jedenfalls **soziale Netze wichtige Schutzfaktoren**, in erster Linie enge soziale Beziehungen (Partnerschaft, Familie, Freundschaften), aber auch Netzwerk-Beziehungen, namentlich Teil einer Gruppe zu

sein (Sportclubs, Vereine usw.). Letztlich sind aber **Persönlichkeitsmerkmale und Charakterstärken** für eine gute Bewältigung entscheidend. So erweist sich etwa die psychische Resilienz, namentlich die Fähigkeit, auf kritische Lebensereignisse flexibel zu reagieren und Schwierigkeiten effizient zu meistern, konsistent als ein bedeutsamer Faktor (Perrig-Chiello, 2015). Kennzeichnend für resiliente Menschen sind Charakterstärken wie Selbstverantwortlichkeit, Willenskraft, Proaktivität, soziale Kompetenz und Hoffnung. So übernehmen Menschen mit hoher Selbstverantwortlichkeit die Verantwortung für ihre Geschicke und ihre Befindlichkeit. Gleichzeitig aktivieren sie ihre sozialen Ressourcen und holen nötigenfalls Hilfe. Zu den individuellen Faktoren gehören zudem soziodemografische Merkmale wie Bildung, Geschlecht oder kultureller Hintergrund. Insbesondere **Bildung** ist ein bedeutsamer Prädiktor für Lebenserwartung, Gesundheit und Wohlbefinden. Hierbei zeigt sich, wie wichtig **Psychoedukation** als gesundheitsförderliche Massnahme ist. Denn sowohl Bildung als auch die Aneignung von Charakterstärken sind ein Leben lang nötig und möglich (Perrig-Chiello, 2024).

Kantonale Aktionsprogramme bieten einen guten Rahmen für gesundheitsfördernde Massnahmen im Kontext von kritischen Lebensereignissen und biografischen Übergängen. **Der Teil 2 dieses Faktenblatts zeigt auf, wo und wie angesetzt werden kann, und weist auf bestehende Grundlagen hin, die genutzt werden können.**

1.2 Übergänge und kritische Lebensereignisse im dritten Lebensalter

Pensionierung

Die zunehmende Individualisierung in unserer Gesellschaft und die damit einhergehende Heterogenität der Lebensentwürfe der Babyboom-Generation (1946–1964), die ins Alter kommt oder es schon erreicht hat, widerspiegelt sich auch bei der Gestaltung des Übergangs vom Berufsleben ins Rentenalter. Dieser zeichnet sich durch eine grosse Vielfalt aus, abhängig von persönlichen, beruflichen, betrieblichen und wirtschaftlichen Faktoren. So sind viele Betroffene weiterhin berufstätig, andere erfinden sich beruflich neu oder engagieren sich für das

Gemeinwohl, wiederum andere sehen die Pensionierung als Befreiung und setzen primär auf Freiheit und Musse (Perrig-Chiello & Höpflinger, 2009). Auch wenn im Altersgruppenvergleich die Lebenszufriedenheit zwischen 65 und 80 Jahren im Mittel am höchsten ist, kann das nicht darüber hinwegtäuschen, dass es eine grosse Streuung gibt. In der Tat ist die Pensionierung nicht nur mit neuen Freiheiten, sondern auch mit bedeutsamen Herausforderungen verbunden, die das Potenzial zur Vulnerabilisierung haben. So ist etwa **Altersarmut** eine Tatsache, die nicht wenige Menschen in der Schweiz nach der Pensionierung betrifft. 20% der Menschen im Pensionsalter sind arm oder armutsgefährdet, wobei **Frauen** bedeutsam mehr betroffen sind (18% leben unter der Armutsgrenze) (Gabriel & Kubat, 2022). Armutsbetroffenheit geht zumeist einher mit tiefer Bildung und einem erhöhten Risiko, an körperlichen und psychischen Einschränkungen zu leiden (Weber, 2020). Eine weitere Herausforderung, die alle frisch Pensionierten unabhängig von Bildung und Geschlecht betrifft und deren Tragweite als vulnerabilisierender Faktor auch von Fachleuten unterschätzt wird, sind **negative Altersstereotype**. Das Alter wird in unserer Gesellschaft als demografisches Problem gesehen, wobei oft und gerne von «Überalterung» gesprochen wird. Ältere Menschen wiederum werden in übergeneralisierender Weise als wenig flexibel und lernfähig wahrgenommen und entsprechend behandelt. Diese Form von Altersdiskriminierung grenzt Menschen aus, gefährdet die soziale Kohäsion und führt zum Verlust wichtiger Humanressourcen durch Invalidisierung älterer Menschen. Viele Betroffene beziehen nämlich die Altersstereotype auf sich, was nachweislich zu einer negativen Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit führt sowie zu verminderter Selbstwirksamkeit und zu einem Mangel an Perspektiven. Studien haben eindrücklich die negative Wirkung von Altersbildern auf Lebenserwartung, Gesundheit und kognitive Leistungsfähigkeit nachgewiesen (Mikton et al., 2021).

Grey Divorce – Scheidung im Alter

Die Pensionierung ist ein biografischer Übergang, der unweigerlich auch die Paarbeziehung neu aufmischt. Der Alltag muss neu gestaltet und eine gemeinsame Tages- und Zeitgestaltung definiert werden, wobei die neue Zweisamkeit zur Belastung werden kann. Da frisch Pensionierte sich in einem

Selbstfindungsprozess befinden, können bereits bestehende Beziehungsprobleme sich dadurch potenzieren. Verbunden mit der Aussicht auf noch viele Jahre in guter Gesundheit, ist eine partnerschaftliche Neuorientierung ohnehin eine Option für immer mehr Menschen in dieser Altersgruppe. Statistiken zeigen jedenfalls, dass Scheidungen bei Menschen, die seit 30 und mehr Jahren verheiratet sind, bedeutsam zugenommen haben (Rausa, 2020). Hinzu kommt, dass viele Frauen – nicht zuletzt aufgrund ihrer besseren Bildung und zunehmenden finanziellen Selbstständigkeit – nicht mehr in unbefriedigenden Ehen ausharren, was dazu führt, dass eheliche Trennungen und Scheidungen im Alter mehrheitlich von Frauen beantragt werden (Perrig-Chiello, 2017).

Trotz ihrer Häufigkeit gehören Scheidungen – ob selbstinitiiert oder nicht – zu den stressreichsten Lebensereignissen mit negativen Auswirkungen auf Gesundheitsverhalten, Gesundheit und Wohlbefinden der Betroffenen (Rausa, 2020; Ding et al., 2021). Geschiedene leiden signifikant häufiger an Angstzuständen, Depressionen und Einsamkeit, haben häufigere Krankenhausaufenthalte, einen höheren Substanzenkonsum, eine höhere Suizidrate sowie ein grösseres Mortalitätsrisiko als die Allgemeinbevölkerung (Sander et al., 2020). Dabei zeigt sich, dass insbesondere die Trennungsphase die vulnerabelste Zeit darstellt. Gemäss Ergebnissen einer Gallup-Umfrage bei 131 159 Menschen in den USA weisen getrennt Lebende im Vergleich zu Geschiedenen und Verheirateten die tiefsten Werte bezüglich psychischer und körperlicher Gesundheit auf (Witters & Sharpe, 2014).

Auch wenn Scheidungen kritische Lebensereignisse mit einschneidenden Auswirkungen sind, lassen sich bei der Bewältigung grosse individuelle Unterschiede beobachten. Eine der wenigen Langzeitstudien zu den Folgen einer späten Scheidung zeigt, dass eine Mehrheit der Betroffenen das Ereignis gut bewältigt (Perrig-Chiello, 2017). In dieser Studie mit einer Stichprobe von mehr als 1000 nach langjähriger Ehe Geschiedenen, hatte sich sechs Jahre nach dem Ereignis die grosse Mehrheit der Betroffenen psychisch, körperlich und sozial gut an die neue Lebenssituation adaptiert. Eine Minderheit (rund 20%) hingegen blieb chronisch belastet und wies bedeutsam tiefere Lebenszufriedenheit auf, vermehrt depressive Symptome, Hoffnungslosigkeit, Einsamkeitsgefühle sowie eine schlechtere subjektive Gesundheit. Zu den vulnerabilisierenden

Faktoren, welche die Stärke und Dauer der Anpassungsprobleme erhöhten, zählen problematische **Persönlichkeitsmerkmale** (Neurotizismus, starke Introversion, geringe Verträglichkeit), **Kompetenzdefizite in der Kommunikation, mangelnde soziale Unterstützung sowie finanzielle Probleme** (Perrig-Chiello, 2017).

Wie in anderen Studien zur Bewältigung kritischer Lebensereignisse zeigten sich auch hier bedeutsame **Geschlechtsunterschiede**. Frauen suchten weit häufiger **soziale und emotionale Unterstützung** bei Freund*innen und Professionellen als Männer. Männer hingegen berichteten mehrheitlich, die Sache vornehmlich mit sich selbst auszumachen und keine Hilfe zu brauchen. Dieses Nicht-Eingestehen von Verletztheit und Nicht-annehmen-Können von Hilfe kann tragische Folgen haben. Wie Übersichtsstudien zeigen, haben Männer im Fall einer Trennung und Scheidung ein signifikant höheres Suizidrisiko als Frauen, selbst bei Kontrolle von Alter und Bildung (Kposowa, 2000; Kölves et al., 2010).

Scheidungen im Alter, insbesondere auch die genannten Geschlechtsunterschiede, haben eine hohe Public-Health-Relevanz. Auf gesellschaftlicher Ebene ist es essenziell, das Thema der späten Scheidung zu thematisieren und zu enttabuisieren, für die negativen gesundheitlichen Folgen zu sensibilisieren und günstige Kontextbedingungen für Früherkennung, Beratung und Massnahmen wie etwa gegen Einsamkeit zu schaffen (z. B. Selbsthilfe, Freizeitangebote, Suizidprävention).

1.3 Übergänge und kritische Lebensereignisse im vierten Lebensalter

Auch wenn die Lebenserwartung in guter Gesundheit sich in den letzten Jahren signifikant verlängert hat, ist das hohe Alter nach wie vor eine Phase der erhöhten Hilfs-, Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit aufgrund von Multimorbidität, erhöhter Inzidenz demenzieller Erkrankungen sowie des Verlusts von geliebten Menschen, Partner*innen, Freund*innen und Bekannten.

Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit und Betreuung Angehöriger

Das hohe Alter geht mit einer zunehmenden Fragilisierung einher. Einschränkungen des Hör- und Sehvermögens sowie Mobilitätsprobleme können Alltagsaktivitäten oder die soziale Teilhabe erschweren.

Schritt für Schritt wächst so der Bedarf für verschiedene Formen der Unterstützung. Rund 40% der über 80-jährigen zu Hause lebenden Menschen in der Schweiz sind auf Betreuung angewiesen (santé-suisse, 2024). Die vermehrte Hilfs- und Pflegebedürftigkeit stellt viele Hochaltrige vor einen einschneidenden Rollenwechsel. Es geht um das Loslassen einer lang gelebten Rolle als autonomer Mensch und um das Suchen nach neuen Möglichkeiten der Lebensgestaltung bei zunehmender Hilfsbedürftigkeit. Diese Möglichkeiten sind aber von der Unterstützung anderer abhängig, was bedeutet, dass man auch lernen muss, Hilfe zu erbitten und zu akzeptieren. Abhängigkeit und Unabhängigkeit sind ambivalente, widersprüchliche Bedürfnisse. Einerseits ist man auf Hilfe angewiesen, andererseits aber zögerlich oder unwillig, diese anzunehmen, um seine Unabhängigkeit nicht zu verlieren. Die meisten Betroffenen haben denn auch den Wunsch, in dieser schwierigen Phase so lang wie möglich in der vertrauten Umgebung zu Hause bleiben zu können. Die Mehrheit aller älteren pflegebedürftigen Menschen in der Schweiz wird auch zu Hause betreut – im hohen Alter vor allem von den Partner*innen, welche zumeist selbst im höheren Alter sind und mit gesundheitlichen Herausforderungen zu kämpfen haben. Für diese ist es häufig ein unmerklicher, längerer Übergang in die Rolle der **betreuenden Angehörigen**, wobei die Selbstpflege sehr oft zu kurz kommt. Ihre Arbeit ist in der Regel nicht nur zeitintensiv (vor allem beim Vorliegen demenzieller Erkrankungen der betreuten Person), sondern auch belastend. Das chronische Eingebundensein, die oft damit einhergehende soziale Isolation, aber auch mangelnde Entlastungsmöglichkeiten sowie die fehlende Aussicht auf eine Besserung führen häufig zu psychischen und körperlichen Erschöpfungszuständen. Nicht umsonst werden betreuende Angehörige in der Fachliteratur auch «hidden patients», versteckte Patient*innen, genannt (Perrig-Chiello & Höpflinger, 2012).

Vor diesem Hintergrund wird klar, dass die Betreuung Angehöriger nicht nur eine private Angelegenheit ist, sondern auch eine gesellschaftliche Aufgabe. Entsprechend nötige Public-Health-Massnahmen wären hier:

- Erweiterung und Flexibilisierung ambulanter und teilstationärer Angebote und Information und Beratung,
- Sicherstellung einer koordinierten Arbeit aller in der Pflege eingebundenen Personen,

- niederschwellige Information für betreuende Angehörige zur Nutzung und Stärkung persönlicher Ressourcen (z. B. neue Kompetenzen erwerben), der sozialen Ressourcen und der zur Verfügung stehenden Entlastungs- und Hilfsangebote,
- Ermöglichung sozialer Teilhabe durch sorgende Gemeinden, soziale Ansprechpersonen, Treffpunkte, digitale Plattformen.



Grundlagen zu betreuenden Angehörigen von Gesundheitsförderung Schweiz:

- Themenseite [Betreuende Angehörige](#)
- Broschüre [Förderung der psychischen Gesundheit von betreuenden Angehörigen älterer Menschen](#)
- Evaluation: [Angebote zur Förderung der psychischen Gesundheit von betreuenden Angehörigen](#)
- Zielgruppen-Broschüre: [Ich unterstütze meine Angehörigen](#)

Eintritt in eine Pflegeinstitution

Wenn familiäre Hilfe und Pflege an ihre Grenzen kommen, wird der Eintritt in eine Pflegeinstitution unvermeidlich. Dieser ist für Betroffene wie für Angehörige ein einschneidender biografischer Übergang. Während Letztere häufig mit gemischten Gefühlen von Erleichterung und schlechtem Gewissen zu kämpfen haben, müssen die Betroffenen bisweilen auch in schmerzhafter Weise bisherige Rollen und Routinen aufgeben und neue einüben. Eine grosse Herausforderung ist der Verlust an Selbstbestimmung, ein zentrales Element von Freiheit und Würde. Selbstbestimmung muss von Grund auf neu definiert werden. Eine gute Adaptation an die neue Situation setzt eine Haltung selbstverantwortlichen Alterns und Altseins voraus, die das Altern bewusst als Aufgabe versteht. Auch wenn eine gute Anpassung an unabänderliche Gegebenheiten von den eigenen Einstellungen und Handlungen abhängt, ist eine unterstützende Umgebung nötig, die eine solche Entfaltung erst ermöglicht. Wie entscheidend diese ist, zeigt eine klassische gerontologische Studie (Rodin & Langer, 1977). In dieser Studie wurden die Neuzugänge eines Altersheims nach Zufall einer Experimentalgruppe und einer Kontrollgruppe zu-

geteilt, die in je unterschiedlichen Stockwerken Einzug hielten. In der Experimentalgruppe erhielten die Eintretenden kontrollrelevante Information, das heisst, sie wurden ermutigt, die neue Umgebung und ihr Leben möglichst selbstverantwortlich an die Hand zu nehmen (etwa bei Raum- und Zeitgestaltung, Möglichkeit der Einflussnahme). Im Gegensatz dazu wurden die Menschen in der Kontrollgruppe (im anderen Stockwerk) angehalten, sich bei allen Fragen und Problemen an das Heimpersonal zu wenden, welches sich dann kümmern würde. Während des weiteren Verlaufs der Studie verbesserten sich Wohlbefinden und Gesundheitszustand jener Bewohner*innen zunehmend, denen viel Eigenverantwortung übertragen wurde; dies im Gegensatz zu den Personen in der Kontrollgruppe, die immer unzufriedener und kränker wurden, ja, gar eine erhöhte Mortalität aufwiesen.



Organisationen, die Informationen, Beratungen und andere Dienstleistungen rund um einen Heimübertritt und das Leben im Heim anbieten:

- [Pro Senectute](#)
- [Alzheimer Schweiz](#)
- [CURAVIVA](#), Branchenverband für Alters- und Pflegeinstitutionen

Verwitwung

Verwitwung ist das häufigste kritische Lebensereignis im höheren Alter, ein Ereignis, das vor allem Frauen betrifft. Im Alter von 85 Jahren und mehr sind rund 70% aller Frauen verwitwet, bei den Männern sind es knapp ein Viertel (Perrig-Chiello, 2019). Der Tod eines Partners, einer Partnerin gehört zu den belastendsten Ereignissen im Leben eines Menschen. Er verlangt von den Betroffenen eine Neudefinition der eigenen Identität als alleinstehende Person sowie eine Neuorganisation des Alltags, und dies zu einem Zeitpunkt, wo sie zumeist gesundheitlich fragil sind. Als schwierigste Herausforderung wird von der Mehrheit die Einsamkeit genannt. Neueste Untersuchungen zeigen, dass 37% der über 85-Jährigen sich über Einsamkeit beklagen, wobei dies dem Anteil der Verwitweteten in der Stichprobe entsprach (Pro Senectute, 2024). Die Forschung zeigt, dass Einsamkeit mit erheb-

lichen negativen Auswirkungen auf Gesundheit, Wohlbefinden und Gesundheitsverhalten verbunden ist: Gesundheitsprobleme, depressive Verstimmungen, Hoffnungslosigkeit, Apathie, Schlafstörungen, Mangelernährung, erhöhter Medikamenten-, Tabak- und Alkoholkonsum (Ding et al., 2021). Die negativen Folgen können sich verstärken, wenn andere Belastungen wie eingeschränkte Mobilität und schlechter Gesundheitszustand bestehen.

Auch wenn die ersten sechs Monate nach dem Verlust generell als eine vulnerable Phase gelten, zeichnet sich der Trauerprozess durch grosse individuelle Unterschiede aus. In einer Schweizer Langzeitstudie wurde die psychosoziale Adaptation nach einer Verwitwung bei rund 600 kurz zuvor Betroffenen im Alter von über 70 Jahren untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass sich nach einer anfänglichen Vulnerabilisierung die meisten gut erholten und nur eine Minderheit von knapp 10% nach sechs Jahren unvermindert über grosse Einsamkeit, Hoffnungslosigkeit und depressive Symptome berichtete (Perrig-Chiello, 2019). Neben der erhaltenen sozialen Unterstützung erwiesen sich Persönlichkeitsmerkmale als wichtigste Determinante für eine gute Adaptation. Die Gruppe der gut Adaptierten zeichnete sich primär durch Persönlichkeitsmerkmale wie Extraversion, Gewissenhaftigkeit und Resilienz aus. Sie suchten vermehrt soziale Unterstützung auf und bemühten sich auch mehr um den Aufbau neuer Beziehungen. Gewissenhaftigkeit und Selbstdisziplin halfen ihnen, den neuen Alltag besser zu organisieren und einen gesunden Lebensstil aufrechtzuerhalten. Sie zeichneten sich also durch eine höhere psychische Resilienz aus, welche darin besteht, vorhandene persönliche wie soziale Ressourcen zu aktivieren und neue zu entdecken. Aktuelle Übersichtsstudien bestätigen, dass dies nur einer Minderheit nicht gelingt. Diese anhaltende komplexe Trauerreaktion wird als komplizierte Trauer bezeichnet, wobei die Prävalenzrate bei rund 10% liegt (Thiemann et al., 2023).

Eine komplexe und andauernde Trauerreaktion ist nachweislich mit dem Risiko des Nachsterbens und des Broken-heart-Syndroms (Takotsubo-Syndrom) verbunden. Kennzeichnend für das Broken-heart-Syndrom, das mehrheitlich Frauen betrifft, ist eine vermehrte Freisetzung von Stresshormonen aufgrund des starken emotionalen Stresses, was zu akuten Herzproblemen (ähnlich einem Herzinfarkt) führt und letztlich auch zu Entzündungen und Schäden am Herzmuskel (Díaz-Navarro, 2021). Nach-

sterben hingegen bezeichnet das Phänomen, dass im höheren Alter Ehepartner*innen oft nacheinander sterben. Der durch den Tod des Partners, der Partnerin entstandene Stress schwächt das Immunsystem und führt zu einer Erhöhung der Entzündungsmarker. Bleiben diese dauerhaft erhöht, steigt das Risiko für Herzinfarkt oder Schlaganfall, was bei bestehenden Vorerkrankungen zum Tode führen kann. Männer haben nachweislich im Jahr nach dem Verlust ein um 70% höheres Sterberisiko als nicht verwitwete Männer gleichen Alters, bei den verwitweten Frauen sind es 27% (Katsiferis et al., 2023). Ein erhöhtes Sterberisiko bei Männern ergibt sich aber auch aufgrund von Suizid. Forschungsergebnisse zeigen, dass eine Verwitwung insbesondere bei hochaltrigen Männern mit vermehrten Suizidabsichten und einem erhöhten Risiko für Suizid einhergeht (Grande et al., 2024). Leider wird Suizidalität im höheren Alter allzu oft auch von Fachkräften nicht kritisch hinterfragt und die Gründe dafür als vordergründig sachlich akzeptiert (Etzersdorfer, 2024).

Diese Geschlechtsdifferenzen widerspiegeln die unterschiedliche Trauerbewältigung von Frauen und Männern, wobei insbesondere zwei Faktoren ins Gewicht fallen. Zum einen fällt Männern der Umgang mit so vielen negativen Emotionen schwer. Sie haben offensichtlich nach wie vor weit mehr Mühe als Frauen, «Schwäche» zu zeigen und sich einzugestehen, dass sie Hilfe brauchen. Aufgrund ihres Geschlechtsrollenverständnisses versuchen sie zumeist, schnell wieder Kontrolle über ihre Gefühle zu bekommen und die Sache mit sich selbst auszumachen. Da dies nicht so leicht gelingt, ist der Griff zu Alkohol, Medikamenten und anderen Suchtmitteln für viele eine mögliche Lösung. Zum anderen haben Männer im Gegensatz zu Frauen über die gesamte Lebensspanne hinweg weniger tragende soziale Netze. Für viele war die Partnerin die einzige intime Vertrauensperson. Frauen hingegen haben neben dem Partner zumeist in Familie und Freundeskreis mehrere Vertrauensmenschen. Sie haben auch weniger Mühe, über Probleme und innere Nöte zu sprechen und Hilfe in Anspruch zu nehmen (Perrig-Chiello, 2024).

Präventive Massnahmen sollten sich daher insbesondere auf Betroffene konzentrieren, welche bereits ein erhöhtes Risiko aufweisen (sozial und finanziell Benachteiligte, aber auch Männer im hohen Alter), und besonders auf die vulnerable

Phase der ersten Monate nach dem Verlust. Da zudem Themen wie Einsamkeit oder Belastung aufgrund der Pflege von Angehörigen tabuisiert sind, braucht es Information und Sensibilisierung der Bevölkerung, aber auch der Grundversorger, der Freiwilligen sowie der Fachkräfte der Pflege, Psychologie und Sozialarbeit für die Thematik.

1.4 Ausblick

Wenn auch biografische Transitionen und kritische Lebensereignisse individueller, privater Natur sind, stehen sie in enger Interdependenz mit sozialen Realitäten und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Deshalb sollten Massnahmen auf individueller, sozialer als auch gesellschaftlicher Ebene ansetzen. Wichtige Ansatzpunkte sind jedenfalls das Erkennen und Ansprechen von tabuisierten und wenig bekannten Problemen durch Fachleute, wie etwa Einsamkeit von Risikogruppen in kritischen Lebensphasen, sowie die Schaffung günstiger Kontextbedingungen für Früherkennung und Beratung. Eine gezielte Früherkennung ist aber nur möglich, wenn niederschwellig über Prozesse und Hilfsmöglichkeiten informiert wird. Um auf struktureller Ebene soziale Teilhabe zu ermöglichen, braucht es altersfreundliche Gemeinden oder Quartiere, Besucherdienste und Begegnungsmöglichkeiten. Auch negative Altersstereotype müssen thematisiert und bekämpft werden. Bei der Zielgruppe der Betroffenen schliesslich geht es um Psychoedukation über resilienzfördernde Strategien, lebenslanges Lernen, digitale Bildung sowie Hilfe zur Selbsthilfe wie Online-Tools, Selbsthilfeprogramme, Erzähl- oder Trauercafés.

Resilientes Verhalten zeigt ein Mensch nicht nur trotz widriger Umstände, sondern primär wegen dieser. Ressourcen und Stärken werden nämlich zumeist erst bei extremen Stresserfahrungen richtig aktiviert. Die bewusste und positive Auseinandersetzung mit schwierigen Lebensübergängen und -krisen kann dazu führen, dass Menschen über eine intensivere Wertschätzung des Lebens berichten, persönliche Beziehungen intensivieren, neue Möglichkeiten der Lebensgestaltung entdecken sowie eine erhöhte Resilienz gegenüber Schicksalsschlägen erlangen. Hierfür gibt es keine Altersgrenze, aber ohne soziale und gesellschaftliche Unterstützung geht es in der Regel nicht.

Teil 2: Zusammenfassende Überlegungen zu Gesundheitsförderung in biografischen Übergängen und kritischen Lebensereignissen

Gesundheitsförderung Schweiz

Gesundheitsförderung leistet für die Bewältigung kritischer Lebensereignisse und Übergänge einen bedeutenden Beitrag. Übergänge sind Zeiten der Neuorientierung, in denen Menschen häufig offener für Veränderungen sind. Sie bieten die Chance, gesundheitsrelevante Verhaltensweisen wie Ernährungs- oder Bewegungsgewohnheiten und auch Strategien zur Stressbewältigung, Emotionsregulation, Kommunikation, Entscheidungsfindung usw. zu reflektieren und nachhaltig zu verändern. In der gezielten Ansprache spezifischer Zielgruppen vor, während und nach Ereignissen und Übergängen liegt ein grosses Potenzial für die Entwicklung von Massnahmen und Projekten. Die **kantonalen Aktionsprogramme (KAP) bieten hierfür einen geeigneten Rahmen** (vgl. 2.1).

Soziale Ungleichheiten und Belastungen durch Ereignisse und Übergänge verstärken sich gegenseitig. **Chancengerechten Zugängen** kommt damit eine besondere Bedeutung zu (vgl. 2.2).

Die durch kritische Lebensereignisse und Übergänge entstehenden Situationen sind sehr unterschiedlich, ebenso wie die Ressourcen, die Menschen zu deren Bewältigung zur Verfügung stehen. Massnahmen müssen dem **individuellen Belastungserleben** Rechnung tragen und gehen über gesundheitsförderliche Massnahmen im engen Sinn hinaus (vgl. 2.3).

Die **Zusammenarbeit mit geeigneten Partner*innen** ist entscheidend für die Planung, Umsetzung und Weiterentwicklung von Massnahmen sowie für die Entwicklung neuer Projekte (vgl. 2.4).

2.1 Die vier Massnahmen-Ebenen der KAP

Die vier KAP-Ebenen bieten zahlreiche Ansatzpunkte, um Menschen in Lebensübergängen und Krisen gezielt zu unterstützen.

Weitere Informationen

[Rahmenbedingungen KAP](#)



Öffentlichkeitsarbeit

In der Öffentlichkeitsarbeit steht die Sensibilisierung für Chancen und Herausforderungen im Alter im Zentrum. Zu den wichtigen Themen gehören:

- Differenzierte Altersbilder aufzeigen und fördern
- Enttabuisierung belastender Themen
- Aufklärung über gesundheitliche und psychosoziale Risiken in Lebenskrisen und biografischen Übergängen
- Sichtbarmachen von Unterstützungsangeboten und Normalisierung ihrer Inanspruchnahme
- Positive Narrative zu vielfältigen Lebensmodellen und Entwicklungsmöglichkeiten



Weitere Informationen

- Kantonale Aktionsprogramme: [Öffentlichkeitsarbeit](#)
- Checkliste [Kommunikationsmassnahmen im Rahmen der KAP-Ebene Öffentlichkeitsarbeit](#)
- «Gesund altern», Folge 3: [Altersbilder](#)



Intervention

Zur Bewältigung von Belastungen im Zusammenhang mit Lebensereignissen und biografischen Übergängen sowie zum Anstossen von Verhaltensänderungen sind Angebote und Massnahmen in folgenden Bereichen zentral:

- Stärkung der Selbstwirksamkeit
- Förderung von Lebenskompetenzen (insbesondere Kommunikationsfähigkeit, Selbstreflexion, Emotionsregulation, soziale Kompetenzen, Stressbewältigung und Entscheidungsfindung)
- Stärkung sozialer Ressourcen
- Wissensvermittlung und Psychoedukation

Für die Wissensvermittlung und Psychoedukation kommen beispielsweise Broschüren oder Kursangebote infrage. Eine zentrale Rolle spielen dabei Multiplikator*innen, die Betroffene frühzeitig erreichen, informieren, motivieren und unterstützend begleiten



können. Dazu zählen unter anderem Hausarztpraxen, Senior*innenorganisationen, Sozialdienste, Seelsorge, Pensioniertenvereine, Selbstorganisationen von Migrant*innen, Krankenkassen sowie – je nach Übergang – spezialisierte Fachorganisationen wie Parkinson Schweiz, Alzheimer Schweiz oder Rehakliniken, Anwaltskanzleien, Erwachsenenschutzbehörden, Bestattungsunternehmen und viele mehr. Multiplikator*innen müssen ihrerseits sensibilisiert und geschult werden, um Informationen weiterzugeben und – je nach Rolle und Kompetenz – auch vertiefte Unterstützung leisten zu können.



Vernetzung

Eine Vernetzung mit verschiedenen Fach- und Politikbereichen, unter Einbezug der Zielgruppe, ist essenziell, um gesundheitsförderliche Strukturen zu schaffen. Lebensbereiche verändern sich in Übergängen häufig gleichzeitig und beeinflussen sich wechselseitig. Daher sind koordinierte Netzwerke von Professionellen erforderlich, die psychosoziale, rechtliche, finanzielle und gesundheitliche Unterstützung bündeln und mit gesellschaftlich-sozialen Ressourcen verknüpfen (z. B. Generationenprojekte). Solche Netzwerke stärken die Krisenbewältigung und fördern langfristig Resilienz und Teilhabe.



Weitere Informationen

- [Orientierungsliste](#) (Projekte)
- Broschüre [Lebenskompetenzen und psychische Gesundheit im Alter](#)
- Arbeitspapier 49 [Förderung von Lebenskompetenzen bei älteren Menschen](#)
- Themenseite [Förderung von Selbstwirksamkeit](#)
- Themenseite [Soziale Unterstützung](#), insbesondere:
 - Broschüre [Soziale Ressourcen](#)
 - Broschüre [Wie erreichen wir Männer 65+?](#)
 - Projekt [«geben&annehmen»](#), mit Informationen zur Förderung der Annahme von Freiwilligenunterstützung
- Broschüre [Veranstaltungen und Kurse zur Gesundheitsförderung im Alter](#)
- [Selbstmanagement-Förderung](#) im Setting Gesundheitsversorgung
- Broschüre [Förderung der psychischen Gesundheit von betreuenden Angehörigen älterer Menschen](#)
- Evaluation: [Angebote zur Förderung der psychischen Gesundheit von betreuenden Angehörigen](#)



Weitere Informationen

- Kantonale Aktionsprogramme: [Vernetzung](#)
- [Gesundheitsförderung und Prävention in Gemeinden und Städten](#)



Policy

Alle Policy-Massnahmen, die zur Gesundheitsförderung beitragen, sind auch für die Bewältigung von Lebensereignissen und Übergängen relevant. Policy-Massnahmen können auch einen Rahmen für eine stabile Unterstützung in Übergängen schaffen, beispielsweise durch:

- Verankerung kritischer Lebensereignisse und biografischer Übergänge in Public-Health-Strategien (z. B. Altersleitbilder oder Konzepte für Gesundheitsförderung und Prävention über alle Lebensphasen hinweg)
- Ausbau von Beratungs- und Unterstützungsangeboten zu spezifischen Fragestellungen in Übergängen und Krisen
- Förderung eines chancengerechten Zugangs zu Bildungsangeboten
- Anerkennung und Absicherung von Angehörigenbetreuung



Weitere Informationen

Kantonale Aktionsprogramme: [Policy](#)

2.2 Chancengerechtigkeit und Partizipation

Kritische Lebensereignisse erhöhen die Vulnerabilität, insbesondere für Menschen in schwierigen sozialen Lagen. Ihre Bewältigungsmöglichkeiten sind häufig eingeschränkt. Entscheidend ist daher, dass ihre Erfahrungen, Bedürfnisse und Ressourcen bei der Planung und Umsetzung von Massnahmen konsequent im Mittelpunkt stehen. Chancengerechte und partizipative Zugänge sind dabei zentral.



Weitere Informationen

- Grundlagenbericht [Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz](#)
- [Kurzversion des Grundlagenberichts](#) zur Chancengleichheit
- Faktenblatt [Vulnerabilität in unterschiedlichen Lebensphasen](#), inkl. Lebensübergänge und kritische Lebensereignisse als Vulnerabilitätsfaktor
- «Gesund altern», Folge 1: [Partizipation](#)

2.3 Berücksichtigung von Bedürfnissen und Bedarf

Interventionen müssen auf individuelle Bedürfnisse und den jeweiligen individuellen Bedarf abgestimmt werden. Übergänge sind sehr unterschiedlich belastend, entsprechend differenziert sollte auch die Unterstützung erfolgen:

- **Niedriger Bedarf:** Fokus auf Ressourcenstärkung und Prävention, Verhaltensänderungen, Resilienz, Gruppenangebote und soziale Teilhabe
- **Mittlerer Bedarf:** Strukturierende Massnahmen wie Case Management, Resilienztrainings oder begleitende Angebote
- **Hoher Bedarf:** Bei starker psychischer Belastung oder Traumatisierung ist Krisenintervention, Einzelberatung oder therapeutische Unterstützung notwendig.

Eine **gute Vernetzung** zwischen Gesundheitsförderung und Versorgung erleichtert Übergänge und ermöglicht Früherkennung und Frühintervention.

2.4 Relevante Projektpartner*innen

Für die Planung, Umsetzung und Weiterentwicklung von Massnahmen sowie für die Entwicklung neuer Projekte ist die Zusammenarbeit mit relevanten Partner*innen entscheidend. Dazu gehören:

- Menschen mit Expertise aus Erfahrung (Betroffene, Nahestehende)
- Vertretungen von Expert*innen aus eigener Erfahrung (Selbsthilfeorganisationen, Vereine und Interessengruppen aus den Bereichen Migration und LGBTQ+, Senior*innenräte usw.)
- Fachexpertise (Bewegung, Ernährung, Psychologie, Ernährungsberatung, Ergotherapie, Altersberatung, Pflegeberatung usw.)
- Setting- und Zugangsexpertise (Pro Senectute, Spitex, Caritas, Ligen, Kirchen und Religionsgemeinschaften, Rotes Kreuz, Quartierarbeit, Sozialhilfe, Altersbeauftragte in Gemeinden, Apotheken sowie alternative Settings wie Lebensmittelläden, Coiffeur, Pedicure usw.)
- Strategische, politische und finanzielle Expertise (Fachstellen und Beauftragte in Gemeinden für Gesundheit, Soziales, Krankenkassen, Integration, Wohnen, Raumentwicklung, Mobilität usw.)



Weitere Informationen

Faktenblatt [Vulnerabilität in unterschiedlichen Lebensphasen](#)

Literaturverzeichnis

- Díaz-Navarro, R. (2021). Takotsubo syndrome: the broken-heart syndrome. *The British journal of cardiology*, 28(1), 11.
<https://doi.org/10.5837/bjc.2021.011>
- Ding, D., Gale, J., Bauman, A., Phongsavan, P. & Nguyen, B. (2021). Effects of divorce and widowhood on subsequent health behaviours and outcomes in a sample of middle-aged and older Australian adults. *Scientific reports*, 11(1), 15237.
<https://doi.org/10.1038/s41598-021-93210-y>
- Etzersdorfer, E. (2024). Suizidprävention im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 57(3), 186–191. <https://doi.org/10.1007/s00391-024-02303-6>
- Gabriel, R. & Kubat, S. (2022). *Pro Senectute Altersmonitor: Altersarmut in der Schweiz*. Pro Senectute Schweiz.
- Grande, E., Alicandro, G., Vichi, M., Pompili, M. & Frova, L. (2024). Suicide After Partner's Death in the Elderly Population. *The American journal of geriatric psychiatry*, 32(7), 825–831.
<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2024.01.031>
- Katsiferis, A., Bhatt, S., Mortensen, L. H., Mishra, S. & Westendorp, R. G. J. (2023). Sex differences in health care expenditures and mortality after spousal bereavement. *PLOS ONE* 18(3), e0282892.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282892>
- Kölves, K., Ide, N. & De Leo, D. (2010). Suicidal ideation and behaviour in the aftermath of marital separation: Gender differences. *Journal of Affective Disorders*, 120, Issues 1–3, 48–53.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.04.019>
- Kposowa, A. J. (2000). Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *Journal of epidemiology and community health*, 54(4), 254–261. <https://doi.org/10.1136/jech.54.4.254>
- Lindert, J., Lee, L. O., Weisskopf, M. G., McKee, M., Sehner, S. & Spiro, A. (2020). Threats to Belonging – Stressful Life Events and Mental Health Symptoms in Aging Men. A Longitudinal Cohort Study. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 575979.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.575979>
- Mikton, C., de la Fuente-Núñez, V., Officer, A. & Krug, E. (2021). Ageism: a social determinant of health that has come of age. *Lancet*, 397(10282), 1333–1334.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00524-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00524-9)
- Perrig-Chiello, P. (2015). Vulnerabilität und Wachstum über die Lebensspanne. In Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.), *Wege aus der Verletzlichkeit* (S. 21–49). Seismo Verlag.
- Perrig-Chiello, P. (2017). *Wenn die Liebe nicht mehr jung ist. Warum viele langjährige Beziehungen zerbrechen und viele andere nicht*. Hogrefe.
- Perrig-Chiello, P. (2019). Widowhood. In D. Gu & M. Dupre (Hrsg.), *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*. Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-319-69892-2_330-1
- Perrig-Chiello, P. (2024). *Own your Age. Stark und selbstbestimmt in der zweiten Lebenshälfte*. Beltz-Verlag.
- Perrig-Chiello, P. & Höpflinger, F. (2009). *Die Baby-boomer. Eine Generation revolutioniert das Alter*. NZZ-Verlag libro.
- Perrig-Chiello, P. & Höpflinger, F. (Hrsg.) (2012). *Pflegende Angehörige älterer Menschen*. Huber.
- Pro Senectute (2024). *Altersmonitor «Einsamkeit»*. Abgerufen am 12.01.2026 von <https://www.prosenectute.ch/de/medien/medienmitteilungen/archiv/2024/einsamkeit.html>
- Rausa, F. (2020). *Scheidungen*. BFS Aktuell, Demos 1/2020. Bundesamt für Statistik.
- Rodin, J. & Langer, E. J. (1977). Long-term effects of a control-relevant intervention with the institutionalized aged. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35(12), 897–902.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.35.12.897>
- Sander, S., Strizzi, J. M., Øverup, C. S., Cipric, A. & Hald, G. M. (2020). When Love Hurts – Mental and Physical Health Among Recently Divorced Danes. *Frontiers in psychology*, 11, 578083.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.578083>
- santésuisse (2024). *Pflegereport 2024*. Abgerufen am 12.01.2026 von https://www.santesuisse.ch/fileadmin/sas_content/Pflegereport_2024_01.pdf
- Thiemann, P., Street, A. N., Heath, S. E., Quince, T., Kuhn, I. & Barclay, S. (2023). Prolonged grief disorder prevalence in adults 65 years and over: a systematic review. *BMJ supportive & palliative care*, 13(e1), e30–e42.
<https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002845>
- Weber, D. (2020). *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz. Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen*. Grundlagenbericht. GFCH, BAG & GDK.
- Witters, D. & Sharpe, L. (2014). Women's Well-Being Suffers More When Marriage Ends. Abgerufen am 12.01.2026 von <https://news.gallup.com/poll/178553/women-suffers-marriage-ends.aspx>

Impressum

Herausgeberin

Gesundheitsförderung Schweiz

Projektleitung Gesundheitsförderung Schweiz

Sabine Dobler, Projektleiterin psychische Gesundheit im Alter

Autorinnen

- Teil 1: Prof. em. Dr. Pasqualina Perrig-Chiello
- Teil 2: Gesundheitsförderung Schweiz

Fotonachweis Titelbild

iStock

Reihe und Nummer

Gesundheitsförderung Schweiz, Faktenblatt 132

© Gesundheitsförderung Schweiz, März 2026

Auskünfte/Informationen

Gesundheitsförderung Schweiz

Wankdorfallee 5, CH-3014 Bern

Tel. +41 31 350 04 04

office.bern@promotionsante.ch

www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen