

# Förderung der psychischen Gesundheit im Alter

### **Bericht**

Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter»

Myriam Dellenbach Silvia Angst

### Unterstützt durch

die Kantone:
Aargau
Appenzell Ausserrhoden
Basel-Land
Bern
Graubünden
Nidwalden
Schaffhausen
Thurgau
Uri
Waadt
Zug

Universität Zürich Zentrum für Gerontologie Sumatrastrasse 30 CH-8006 Zürich www.zfg.uzh.ch

Dezember 2011

Im Auftrag und in Zusammenarbeit mit Migros Kulturprozent und Gesundheitsförderung Schweiz



# Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	
2 Was ist psychische Gesundheit?	
3 Wie verbreitet sind psychische Erkrankungen im Alter?	
4 Was wird unter Förderung der psychischen Gesundheit im Alter verstanden?	
5 Welche Voraussetzungen müssen für die Förderung der psychischen Gesundheit in Alter gegeben sein?	1 
6 Welche Determinanten bestimmen die psychische Gesundheit?	:
7 Was gefährdet die psychische Gesundheit im Alter? Psychische Belastungen	:
8 Was erhält die psychische Gesundheit im Alter? Schutzfaktoren/Ressourcen	_ :
9 Was begünstigt die Entwicklung psychischer Erkrankungen im Alter? Risikofaktoren	
10 Welche Personen weisen einen speziellen Bedarf an Förderung der psychischen Gesundheit auf?	:
11 Welche Strategien und Massnahmen der Förderung psychischer Gesundheit im Alter erweisen sich als wirksam?	
12 Welche internationalen Leitlinien und Empfehlungen bestehen zur Förderung der psychischen Gesundheit im Alter?	:
13 Welche Interventionen zur Förderung der psychischen Gesundheit im Alter eigner sich für spezielle Risikogruppen?	1 2
13.1 Subjektiv Vereinsamte	
13.2 Witwen und Witwer	
13.3 Finanziell Benachteiligte	
13.4 Pflegende Angehörige	
13.5 Zuhause lebende Pflegeabhängige	
13.6 Gebrechliche, fragile Personen	
13.7 Seh- und Hörbehinderte	_
13.8 Frisch Pensionierte	
13.9 Getrennte / Geschiedene	
14 Welche Erfahrungen bestehen in der Schweiz bei der Umsetzung von Angeboten zur Förderung der psychischen Gesundheit im Alter? Stolpersteine und Lösungsvorschläge	
15 Zusammenfassung	`
16 Gesamtliteraturverzeichnis	_ `
17 Verzeichnisse	_ :
17.1 Abbildungsverzeichnis	
17.2 Tabellenverzeichnis	_
18 Projektbeteiligte	

Anhang 1: Weblinks	53
Anhang 2: Psychische Erkrankungen im Alter	55
Depression	56
Angst- und Zwangserkrankungen	57
Delir	58
Schizophrenie und wahnhafte Störungen	59
Substanzenmissbrauch und -abhängigkeit	59
Somatoforme Störungen	61
Schlafstörungen	61
Anhang 3: Empfehlungen aus Kanada	63
Anhang 4: Detaillierte Beschreibungen von bewährten Interventionen in der Praxis	68
Circle of Friends (FIN)	69
aktiv55plus' - Gesundes und aktives Altern in Radevormwald (D)	73
Offene Gesprächsnachmittage für verwitwete Frauen in Zürich (CH)	76
SEBA – Gedächtnis- und Bewegungskurse (CH)	78
Anhang 5: Erkenntnisse aus der Fokusgruppe	 81

### 1 Einleitung

Das Interesse an der Förderung der Gesundheit im Alter hat in den letzten Jahren angesichts der demografischen Entwicklung an Bedeutung gewonnen. Die Einsicht, dass es bis ins hohe Alter möglich ist, die Gesundheit zu fördern und damit die selbständige Lebensführung und Lebensqualität zu erhalten, setzt sich langsam durch. Das Ziel von Gesundheitsförderung ist die Stärkung der Gesundheit durch eine Verbesserung des Gesundheitsverhaltens und der Lebensumstände. Nach dem ganzheitlichen Ansatz der WHO besteht die Gesundheit sowohl aus physischen, psychischen und sozialen Komponenten. Gegenstand dieses Berichtes ist die Förderung der psychischen Gesundheit im Alter. Er zeigt auf, welches die wichtigsten Determinanten und Einflussfaktoren sind und welche Strategien, Massnahmen und Interventionen sich als wirksam erweisen.

Dieser Bericht ist ein Anschlussprojekt und fügt sich in das interkantonale Programm 'Best Practice Gesundheitsförderung im Alter' (BPGFA) ein. Die Realisation erfolgte im Auftrag und in Zusammenarbeit mit dem Migros-Genossenschafts-Bund, Direktion Kultur und Soziales, und Gesundheitsförderung Schweiz. Die Adressaten sind politische Entscheidungsträger, Kommissionen von Geldgebern sowie übergeordnete Konzepterarbeitende. Der Bericht soll ihnen erlauben, Strategien und Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit im Alter nach dem neusten Stand des Wissens auszurichten.

Zu Beginn werden in kurzen Kapiteln aufgrund einer umfassenden Literaturanalyse grundlegende Informationen und Erkenntnisse zur Förderung der psychischen Gesundheit im Alter vorgestellt. Es wird aufgezeigt, was es bedeutet, psychisch gesund zu sein, welche psychischen Erkrankungen im Alter bestehen, was mit Förderung der psychischen Gesundheit gemeint ist, unter welchen Voraussetzungen eine Förderung auch im Alter möglich ist und welche Determinanten die psychische Gesundheit beeinflussen. Weiter werden die Belastungen, die Risiko- und Schutzfaktoren sowie besonders gefährdete Gruppen aufgezeigt. Darauf folgen erfolgreiche Strategien und Massnahmen der psychischen Gesundheit im Alter sowie in internationalen Programmen erarbeitete Leitlinien und Empfehlungen für die Umsetzung in die Praxis.

Anschliessend folgt die ausführliche Beschreibung verschiedener Risikogruppen, die für gesundheitsfördernde Massnahmen schwer erreichbar sind oder deren psychische Gesundheit aufgrund ihrer Lebenssituation besonders belastet ist. Zu den einzelnen Gruppen werden erfolgreiche meist internationale Interventionen kurz vorgestellt, die sich in der praktischen Umsetzung bewährt haben. Durch das Projektteam wurden vier Interventionen für die gefährdeten Personengruppen Einsame, Witwen und finanziell Benachteiligte ausgewählt, die ausführlicher beschrieben werden. Die aufgeführten Interventionen sollen als Anregung für eigene Projekte aufzeigen, mit welchen Strategien und Massnahmen verschiedene Risikogruppen erreicht und Erfolge erzielt werden können. Die Erfahrungen aus Projekten zur Förderung der Gesundheit im Alter zeigen, dass sich bei der konkreten Umsetzung von Interventionen in die Praxis verschiedene Probleme ergeben können. Im Rahmen einer Fokusgruppe wurden deshalb Stolpersteine und erfolgreiche Lösungsansätze mit Projektverantwortlichen aus der Schweiz zusammengetragen. Die Ergebnisse aus dieser Runde werden vorgestellt.

Abschliessend erfolgt eine Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse dieses Berichtes.

Die wissenschaftliche Literaturrecherche zum Thema psychische Gesundheit im Alter erfolgte mit methodisch gesicherten Erhebungstechniken in verschiedenen Datenbanken (PsyndexPlus, PsycInfo, Ageline und Medline) und Zeitschriften (International Journal of Geriatric Psychiatry und Aging & Mental Health). Als Stichworte wurde in verschiedenen Kombinationen psychische Gesundheit (mental health), Gesundheitsförderung (health promotion), Prävention (prevention), Intervention (intervention), mit der Einschränkung höheres Erwachsenenalter, Alter, (aged, elderly) eingegeben. Als weitere Begrenzung galt die Altersangabe über 60 Jahre. Mit den gleichen Stichworten wurde auch das Internet nach bestehenden, aktuellen Programmen und Projekten durchsucht. Auf diese Weise konnten das Erfahrungswissen und über die Pilotprojektphase hinaus bestehende Interventionen mitberücksichtigt werden. Als Grundlage für den Bericht dienen zudem auch internationale und europäische Projekte und Programme zum Thema "Mental Health' im Alter aus Kanada, England, Schottland und Interventionen aus speziellen Projektdatenbanken (siehe Anhang 1). Zusätzlich wurde eine Fokusgruppe mit Fachpersonen aus der praktischen Umsetzung von Projekten zur Gesundheitsförderung im Alter einberufen, um das Erfahrungswissen aus der Schweiz zu berücksichtigen.

Die Erstellung des Berichtes wurde durch eine Begleitgruppe bestehend aus verschiedenen Fachexperten (siehe Kapitel 18) gesteuert. In verschiedenen Sitzungen wurden jeweils die von uns erarbeiteten Fakten, Informationen und Erkenntnisse diskutiert, konkrete Anpassungen vorgeschlagen und der Rahmen für das weitere Vorgehen festgelegt.

### 2 Was ist psychische Gesundheit?

Die WHO (2001, zit. nach Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2005, S. 4) definiert die psychische Gesundheit als

"einen Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen".

Psychische Gesundheit bedeutet demgemäss ein erfolgreicher Ablauf psychischer Funktionen, resultierend in produktiven Aktivitäten, erfüllenden zwischenmenschlichen Beziehungen und der Fähigkeit, mit Veränderungen und Problemen umzugehen. Psychische Gesundheit ist somit das Resultat komplexer dynamischer Interaktionen zwischen biologischen psychologischen und sozialen Faktoren. Weitere Definitionen der psychischen Gesundheit beziehen sich auf spezifische Aspekte wie zum Beispiel die subjektive Einschätzung des Wohlbefindens, Optimismus und Meisterung des Lebens ("mastery"), auf Konzepte der Resilienz, die Fähigkeit, mit Widrigkeiten umzugehen, und die Fertigkeit, bedeutsame Beziehungen aufzubauen und zu erhalten (Lavikainen et al., 2000).

Psychisch gesund zu sein bedeutet, fähig sein, ein sinnerfülltes Leben zu führen (Baer & Cahn, 2009). Ein solches Leben schliesst auch Konflikte, Leiden und Krisen ein. Das Anforderungs-Ressourcen-Modell zeigt auf, wie dann der Gesundheitszustand durch das Zusammenwirken verschiedener Personen- und Umweltvariablen bestimmt wird (Becker, 2006, siehe Abbildung 1). Die psychische Gesundheit ist somit stets eine gelungene Balance zwischen den externen Anforderungen (objektive Belastungen aus der natürlichen und sozialen Umwelt) sowie internen Anforderungen (individuelle Beanspruchung aus der Selbstbeanspruchung) einerseits und den externen Ressourcen (Entlastung durch soziale Netze und Versorgungssysteme) sowie den internen Ressourcen (Gesundheit, Fähigkeiten, Wissen) anderseits.

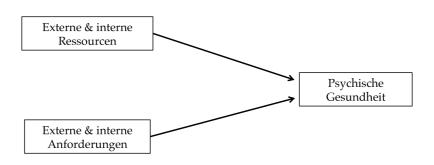


Abbildung 1. Anforderungs-Ressourcen-Modell (vereinfachte Darstellung nach Becker, 2006)

Psychische Gesundheit wird nicht einfach als das Gegenteil von psychischer Erkrankung, bzw. als die Abwesenheit von psychischen Erkrankungen verstanden. Psychische Erkrankungen umfassen Beschwerden, die Veränderungen im Denken, in Gefühlen oder Verhalten, assoziiert mit Stress oder gestörtem Funktionieren, zur Folge haben. Die am häufigsten vorkommende psychische Erkrankung im Alter ist die Depression, bei der ein möglicher Suizid die Folge sein kann. Daneben kommen andere psychische Erkrankungen im Alter wie

Angst- und Zwangsstörungen, Substanzmissbrauch, etc. in einem weitaus geringeren Ausmass vor (siehe auch Kapitel 3).

Während die körperliche Gesundheit mit zunehmendem Alter abnimmt und das Leiden verschiedener altersbedingter Erkrankungen wie zum Beispiel der Demenz zunimmt bleibt die psychische Gesundheit weitgehend stabil. Einerseits kommen psychische Erkrankungen wie zum Beispiel Depression im höheren Erwachsenenalter nicht häufiger vor als im mittleren Erwachsenenalter. Anderseits berichten ältere Menschen über eine bessere psychische Gesundheit als jüngere Personen, was auf eine hohe Anpassungsleistung an das Altern hindeutet. Diese relative Besserstellung älterer Menschen ist vor allem an der psychischen Ausgeglichenheit und dem psychischen Wohlbefinden erkennbar (Heeb et al., 2008; Schuler & Meyer, 2006).

Psychische Gesundheit gilt also als eine zentrale Ressource (McCulloch, 2009). Im höheren Erwachsenenalter ermöglicht sie:

- das Alter wertzuschätzen und mit physischen Erkrankungen, Trauer oder anderen Ereignissen, welche typisch für das Alter sind, umzugehen
- einen gesellschaftlichen Beitrag zu leisten (ökonomisch, sozial)
- ein 'gutes Altern' und 'gutes Sterben'
- eine Reduktion von Pflegekosten, wenn damit psychische Erkrankungen verhindert oder deren Ausmass reduziert werden kann
- eine Reduktion von physischen Erkrankungen

### 3 Wie verbreitet sind psychische Erkrankungen im Alter?

Für psychische Erkrankungen besteht aufgrund ihrer grossen Vielfalt und Verschiedenartigkeit keine einheitliche Definition. Im Diagnosemanual der Weltgesundheitsorganisation WHO (International Classification of Diseases ICD 10) wird zum Beispiel unterschieden zwischen organisch und durch Substanzen bedingte psychische Störungen, Schizophrenie, affektive bzw. depressive Störungen, Angststörungen, bis hin zu Intelligenzminderung und Entwicklungsstörungen. Allgemein kann eine psychische Erkrankung umschrieben werden als eine erhebliche Abweichung von der Norm im Erleben oder Verhalten, die die Bereiche des Denkens, Fühlens und Handelns betrifft. Damit verbunden ist auch immer das psychische Leiden des Betroffenen.

Alterung an sich ist nicht mit einer höheren Gesamtrate psychischer Erkrankungen verbunden (Benz et al., 2006; Schuler & Meyer, 2006). Trotzdem ist die Wahrscheinlichkeit bei älteren Menschen im Vergleich zu jüngeren Erwachsenen höher erstmals an einer schwerwiegenden psychischen Störung zu erkranken (76% versus 34%). Verantwortlich für die starke Zunahme der Inzidenz sind vor allem hirnorganische Erkrankungen, wobei die Inzidenz der funktionellen Störungen im Alter eher abnimmt (Benz et al., 2006). Nach internationalen Feldstudien über die Prävalenz psychischer Erkrankungen im Alter leiden etwa 25% der über 65-jährigen Menschen an einer krankheitswertigen psychischen Störung (Benz et al., 2006; Myers, 2006). In der Berliner Altersstudie (BASE) wurden rund 24% der über 70-Jährigen als eindeutig psychisch krank beurteilt (Wernicke et al., 2000). Demenzen sind die häufigsten psychiatrischen Erkrankungen im höheren Lebensalter gefolgt von depressiven Störungen (Benz et al., 2006; Myers, 2006; Riedel-Heller, 2004). Typische psychische Erkrankungen im Erwachsenenalter sind Depression, Angst- und Zwangs-erkrankungen, Delir, Schizophrenie und wahnhafte Störungen, Substanzenmissbrauch und –abhängigkeit sowie Somatoforme Störungen und Schlafstörungen.

Psychische Erkrankungen manifestieren sich oft in kombinierten Störungsmustern (z. B. Angststörung und Depression) und zudem auch häufig gemeinsam mit körperlichen Störungen (z. B. Angststörung und Erkrankung des Bewegungsapparats). Gemäss Schweizer Gesundheitsobservatorium resultieren psychische Probleme im höheren Alter am häufigsten aus einer Kombination psychischer und körperlicher Beschwerden (Schuler, Ruesch & Weiss, 2007).

Im Anhang 2 werden psychische Erkrankungen, die typisch sind für im höheren Erwachsenenalter, näher beschrieben. Ausgenommen davon wird in Absprache mit der Projektsteuergruppe die Demenz, deren Aufarbeitung den Rahmen der vorliegenden Studie sprengen würde.

# 4 Was wird unter Förderung der psychischen Gesundheit im Alter verstanden?

Der Gesundheitszustand einer Person lässt sich als deren Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (siehe Abbildung 2) beschreiben und ist das Resultat von Anpassungs- und Regulationsprozessen zwischen einem Individuum und seiner Umwelt.

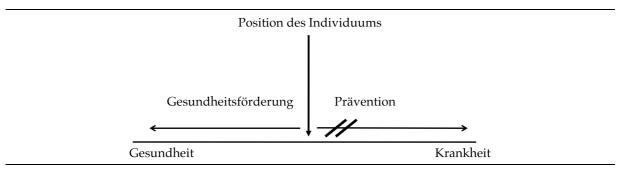


Abbildung 2. Individuum, Prävention und Gesundheitsförderung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (Blümel, 2011).

Auf dem gleichen Kontinuum lassen sich zugleich die Gesundheitsförderung und Prävention abbilden. Die Gesundheitsförderung konzentriert sich auf die Stärkung der Ressourcen einer Person. Sie hat das Ziel, die Gesundheit und das Wohlbefinden sowohl von Gesunden als auch von Kranken zu erhöhen. Die Gesundheitsförderung umfasst in einem erweiterten Sinn alle der Gesundheit dienlichen Massnahmen einer Gesellschaft und ihrer Mitglieder, wie zum Beispiel Verbesserung der Lebensbedingungen oder Stärkung der Kompetenzen (Hurrelmann, Klotz & Haisch, 2004) und hat zum Ziel, alle Personen auf dem Kontinuum mehr in die Richtung Gesundheit zu bringen. Die Prävention dagegen hat ihren Ausgangspunkt bei spezifizierten Erkrankungen oder Störungen und hat das Ziel, diese Risiken mit massgeschneiderten Massnahmen zu minimieren oder auszuschalten (z. B. Impfungen, Vorsorge).

Die Förderung der psychischen Gesundheit bildet die Hauptkomponente der allgemeinen Gesundheitsförderung. Durch die enge Verbindung psychischer und physischer Gesundheit beeinflusst die Förderung der psychischen Gesundheit auch den physischen Gesundheitszustand einer Person (Raphael et al., 2005). Eine gute psychische Gesundheit hilft überdies auch im Umgang mit physischen Beschwerden. Die Förderung der psychischen Gesundheit im Alter bezeichnet jegliche Aktivität oder Aktion, welche die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden von Individuen, Familien und Gesellschaften stärkt oder schützt und strukturelle Barrieren der Partizipation oder Chancen reduziert (Age Concern England, 2007). Psychisches Wohlbefinden, soziale Unterstützung und soziale Netwerke sind somit zugleich Schutzfaktoren der psychischen und physischen Gesundheit.

Strukturell lässt sich die Förderung von psychischer Gesundheit im Alter nicht von derjenigen in anderen Lebensabschnitten unterscheiden. Die Unterschiede für verschiedene Lebensalter liegen in der Umsetzung der gesundheitsfördernden Massnahmen (Umgang mit älteren Personen, Didaktik, etc). Eine erfolgreiche Förderung von psychischer Gesundheit im Alter erhöht die generelle Funktionalität einer Person während sie gleichzeitig das Eintreten von psychischen Erkrankungen, wie zum Beispiel Depression, verhindert.

# 5 Welche Voraussetzungen müssen für die Förderung der psychischen Gesundheit im Alter gegeben sein?

Eine wichtige Voraussetzung für die Gesundheitsförderung im Alter ist die Plastizität. Sehr oft wird der Begriff der Plastizität im Zusammenhang mit kognitiver Leistungsfähigkeit und im engeren Sinne mit lebenslangem Lernen verwendet. Untersuchungen zur Plastizität kognitiver Leistungsfähigkeit über die Lebensspanne belegen, dass es gesunden Erwachsenen jeden Alters gelingt, signifikante und bedeutsame Lernfortschritte zu erzielen (Schaie & Baltes, 1996). Grundsätzlich kann aber bei Plastizität von einem breiteren Verständnis ausgegangen werden, nämlich dem Potenzial, sich unterschiedlichen Situationen anpassen zu können, also die Modifizierbarkeit des Organismus durch die Umwelt (Lerner, 1985). Baltes, der den Begriff der Plastizität im höheren Erwachsenenalter prägte, versteht darunter die Veränderbarkeit von psychosozialen Aspekten bis ins hohe Alter. Er bezeichnet sie auch als die adaptive Flexibilität des Ichs und meint damit das Ausmaß, in dem Einzelne sich als veränderbar, entwicklungsfähig und entwicklungswillig erleben (Baltes, 2000). Plastizität bietet somit die Grundlage für die Annahme, dass Personen über die gesamte Lebensspanne die Optimierung der Passung zwischen sich und der Umwelt bzw. zwischen den persönlichen Ressourcen und den externen Anforderungen aktiv anstreben können.

Plastizität ist für die Förderung der psychischen Gesundheit im höheren Erwachsenenalter zentral – im Sinne der Möglichkeit, positive Veränderungen durch geeignete Massnahmen der Prävention, Intervention und Rehabilitation herbeizuführen und zu beeinflussen (Wahl & Heyl, 2004). So ist die Grundlage gegeben, insbesondere die internen Ressourcen zu erhalten und weiterzuentwickeln.

Aus der Forschung zeigt sich, dass die Plastizität zwar bei älteren Menschen im Durchschnitt geringer ist als bei jüngeren Menschen, doch ist sie so hoch, dass durch physisches und kognitives Training eine signifikante Steigerung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit und durch Rehabilitation eine signifikante Verbesserung der Selbstständigkeit, der verschiedenen sensomotorischen Funktionsabläufe sowie der kognitiven und alltagspraktischen Fertigkeiten erzielt werden kann (Meier-Baumgartner, Nerenheim-Duscha & Görres, 1992; Meusel, 2000; Oswald, Rupprecht & Gunzelmann, 1998; Stähelin, 2000).

### 6 Welche Determinanten bestimmen die psychische Gesundheit?

Psychische Gesundheit wird sowohl von den äusseren Verhältnissen als auch dem Verhalten einer Person beeinflusst. Der Grundgedanke der Förderung der psychischen Gesundheit besteht darin, Einfluss auf die Determinanten der psychischen Gesundheit zu nehmen und einen Gewinn für die psychische Gesundheit zu erzielen. Aus der Perspektive des Verhältnisansatzes werden die Determinanten der psychischen Gesundheit in die gleichen fünf übergeordneten Ebenen der allgemeinen Gesundheit systematisiert (siehe Abbildung 3).

Die fünf Ebenen setzen sich wie folgt zusammen:

- 1. Ebene: Genetische Dispositionen, Alter und Geschlecht
- 2. Ebene: Faktoren individueller Lebensweisen (Lebensstil, Gesundheitsverhalten)
- 3. Ebene: Soziale und kommunale Netzwerke (soziale Integration in unterschiedliche soziale Netzwerke wie Freundeskreis, Familie oder Gemeinwesen)
- 4. Ebene: Lebens- und Arbeitsbedingungen (z. B. Gesundheitsversorgung, Wohnverhält-
- 5. Ebene: Allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt (z. B. soziale Ungleichheiten)

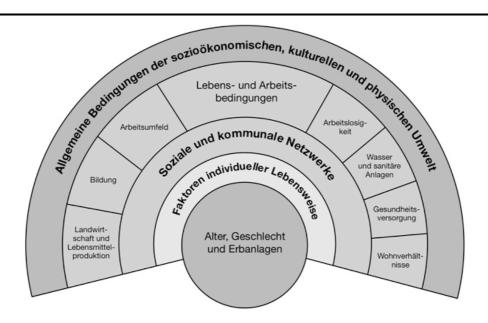


Abbildung 3. Verschiedene Ebenen der Determinanten der Gesundheit (Richter & Hurrelmann, 2011).

Die einzelnen Gruppen von Determinanten stehen in einer wechselseitigen Beziehung. Die übereinander liegenden Ebenen sollen verdeutlichen, dass sie sowohl einen direkten als auch einen indirekten – über die nächste Schicht vermittelten – Einfluss auf die psychische Gesundheit besitzen. Psychische Gesundheit wird so als Ergebnis eines Netzes verschiedener Einflüsse gesehen (BZgA: Leitbegriffe der Gesundheit).

Die erste Ebene, d.h. genetische Dispositionen, Geschlecht und Alter, stellen den Kern des Modells dar, sind jedoch unbeeinflussbare, feste Determinanten der psychischen Gesundheit. Die Faktoren der anderen Ebenen können hingegen – mit Strategien der Prävention und Ge-

sundheitsförderung – potentiell modifiziert werden, um so einen positiven Einfluss auf die psychische Gesundheit auszuüben.

Aus der Perspektive des Verhaltensansatzes sind ergänzend dazu mit zunehmendem Alter Determinanten zu berücksichtigen, die sich auf das vergangene Leben beziehen und somit einen entscheidenden Einfluss auf die individuelle psychische Gesundheit im Alter haben (McCulloch, 2009). Es sind dies: Lebensgeschichte und -ereignisse, vergangene soziale Umstände, Lebensstil über die Lebensspanne, frühes Lernen sowie erworbene Resilienz und Copingstrategien.

# 7 Was gefährdet die psychische Gesundheit im Alter? Psychische Belastungen

Auch wenn das Alter nicht automatisch mit Krankheit gleichzusetzen ist, so ist das höhere Lebensalter doch häufig mit einer zunehmenden Anzahl von Einschränkungen, Einbussen und Verlusten physischer, aber auch psychischer und sozialer Natur verbunden. Daraus ergibt sich eine erhöhte Vulnerabiliät für psychische Belastungen. Sowohl das Ausmass als auch die subjektive Wahrnehmung von psychischen Belastungen im Alltag sind wesentliche Bestandteile der psychischen Gesundheit. Je grösser die subjektiv empfundenen Belastungen sind, desto grösser ist auch die Wahrscheinlichkeit, dass die psychische Gesundheit beeinträchtigt wird.

Unter psychischen Belastungen im Alter werden die kritischen Lebensereignisse hervorgehoben. Ein kritisches Lebensereignis entspricht einer bedeutsamen Änderung im Lebenslauf, welches eine aussergewöhnliche Anpassungsreaktion der Person erfordert. Kritische Lebensereignisse können als bedrohlich eingeschätzt oder einfach nur als einschneidend wahrgenommen werden und sowohl negativ als auch positiv in der Grundstruktur ausgeprägt sein. Im Alter sind die kritischen Lebensereignisse geprägt von der Auseinandersetzung mit Verlusten (körperliche Verluste, soziale (Rollen-)Verluste):

- Eigene Erkrankung / Behinderung
- Verlust der Funktionalität, Autonomie, Selbständigkeit und Mobilität
- Pflege einer Person mit Erkrankung oder Behinderung
- Tod eines Familienangehörigen, spez. Ehepartner
- Scheidung oder Trennung
- Verlust des Netzwerks
- Pensionierung
- Umzug in eine / Leben in einer Alters- oder Pflegeeinrichtung

Speziell für das höhere Erwachsenenalter ist, dass sich kritische Lebensereignisse kumulieren und deshalb diese Lebensphase besonders vulnerabel für psychische Beeinträchtigungen ist. Um mit diesen Belastungen umgehen zu können, braucht es entsprechende Bewältigungsmechanismen. Entsprechend dem Anforderungs-Ressourcen-Modell (Becker, 2006) können die bestehenden Belastungen mit externen und internen Ressourcen bewältigt werden. Bei Nichtvorhandensein von entsprechenden Ressourcen wird die psychische Gesundheit beeinträchtigt, und die Entwicklung von psychischen Erkrankungen wird begünstigt. Bei Vorhandensein von entsprechenden internen und externen Ressourcen (Schutzfaktoren) verfügen die Personen über genügend Widerstandsfähigkeit und Schutz (Resilienz) vor der Entwicklung einer psychischen Erkrankung.

Mit Resilienz ist die psychische Widerstandsfähigkeit gemeint, das heisst die erfolgreiche Bewältigung stressreicher Lebensumstände oder kritischer Lebensereignisse (Staudinger & Greve, 2001). Wirksame Bewältigungsstrategien werden anhand verschiedener Modelle und Theorien aufgezeigt: entwicklungsregulative Prozesse der Selektion, Optimierung und Kompensation (SOK-Modell, Baltes, 1990), primäre und sekundäre Kontrollstrategien (Schulz & Heckhausen, 1999) sowie Prozesse der Assimilation und Akkomodation (Brand-

stätter & Renner, 1990). Die Wurzeln für die Entstehung von Resilienz liegen dabei in besonderen risikomildernden bzw. schützenden Faktoren innerhalb und außerhalb einer Person.

# 8 Was erhält die psychische Gesundheit im Alter? Schutzfaktoren/Ressourcen

Aus der salutogenetischen Perspektive können anhand von Schutzfaktoren oder vorhandenen Ressourcen einer Person die Entstehungs- und Erhaltungsbedingungen von psychischer Gesundheit verdeutlicht werden. Schutzfaktoren sind Faktoren, die die Auftretenswahrscheinlichkeit von Belastungen vermindern. Sie haben eine moderierende Wirkung auf Risikofaktoren und sind nicht einfach das Gegenteil davon. Schutzfaktoren wirken sich langfristig und stärkend auf die psychische und physische Gesundheit aus und sind somit ein wichtiger Bestandteil der Gesundheitsförderung (Lyssenko, Frankowiak & Bengel, 2011).

Ob psychische Belastungen bewältigt werden können oder ob mit Risiken umgegangen werden kann, hängt gemäss dem Anforderungs-Ressourcen-Modell (Abbildung 1, Seite 6) vom Vorhandensein entsprechender Ressourcen bzw. eben den Schutzfaktoren ab. So kann die gleiche Situation bei Vorhandensein bestimmter Ressourcen bewältigt werden; bei deren Fehlen oder Nichtbewältigung sind Stressreaktionen und negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit zu erwarten.

Allgemein kann unterschieden werden zwischen (1) individuellen, (2) strukturellen und (3) gesellschaftlichen Schutzfaktoren. Aus verschiedenen Studien wurden die folgenden Schutzfaktoren der psychischen Gesundheit im Alter ermittelt (Lyssenko et al., 2011; CAMH, 2010; Friedli et al., 2007; Jané-Llopis & Gabilondo, 2008; Seymour & Gale, 2004).

#### 1 Individuelle Schutzfaktoren

Persönlichkeitsmerkmale:

- positive Lebenseinstellung / Optimismus
- hohe Motivation
- Selbstbewusstsein, hoher Selbstwert
- Engagement

Bewältigungsstrategien und Kompetenzen:

- Kohärenzgefühl
- Kontrollüberzeugung und Selbstwirksamkeit
- Kommunikations- und Konfliktmanagement
- Empowerment
- Gesundheitskompetenz (3 Stufen der Health literacy)
- Spiritualität

#### Körperliche Faktoren:

- generelle physische und psychische Gesundheit und Fitness
- körperliche Aktivität
- ausgewogene Ernährung

#### Soziale Netzwerke:

- angemessene soziale und emotionale Unterstützung
- Freundschaften, soziale Aktivitäten
- in der Nähe von Bezugspersonen/sozialen Netzwerken wohnen
- einen Partner oder Bezugsperson haben und in guter Beziehung mit ihm/ihr leben

#### Lebenssituation:

- ökonomische Sicherheit
- Lebensgeschichte
- erfolgreiche Bewältigung von früheren Lebensereignissen
- sinnvolle Aktivitäten ausüben

#### 2 Strukturelle Schutzfaktoren

- Zugang zu lokalen Unterstützungs- und Servicedienstleistungen
- Zugang zu sozialen und kulturellen Netzwerken
- Zugang zu Beratungsstellen (z. B. mental health services)
- Zugang zu alternativen Möglichkeiten beim Umgang mit wichtigen Lebensereignissen (z.B. Kurse, Informationsveranstaltungen)
- Zugang zu sinnvollen Aktivitäten
- Zugang zu Bildungsangeboten
- Zugang zu neuen Technologien
- Möglichkeiten zur Freiwilligenarbeit

#### 3 Gesellschaftliche Schutzfaktoren

- Politische und wirtschaftlichen Stabilität und Sicherheit
- Sozialversicherungen (AHV, IV, EL, etc.)
- Partizipation
- Integration

# 9 Was begünstigt die Entwicklung psychischer Erkrankungen im Alter? Risikofaktoren

Aus der pathogenetischen Sichtweise lassen sich die Bedingungen beschreiben, welche die Wahrscheinlichkeit erhöhen, eine psychische Erkrankung zu entwickeln. Ein Risikofaktor gibt Auskunft über eine potenzielle, sich direkt oder indirekt und in der Regel erst mit zeitlicher Verzögerung manifestierende Gefährdung der Gesundheit. Einzelne Risiken haben dabei oft nur eine minimale Wirkung auf die Gesundheit, multiple Faktoren über einen gewissen Zeitraum hingegen einen kumulativen Effekt (Myers, 2006). Risikofaktoren sind nicht gleichzusetzen mit Ursachen oder Kausalitäten (Franzkowiak, 2011), können jedoch zu einer psychischen Erkrankung führen, wenn die entsprechenden Ressourcen nicht vorhanden sind (siehe Schutzfaktoren, Kapitel 8).

Allgemein kann unterschieden werden zwischen (1) individuellen, (2) strukturellen und (3) gesellschaftlichen Risikofaktoren. Zu den individuellen Risikofaktoren zählen auch die in Kapitel 7 aufgeführten Lebensereignisse, die sich speziell im Alter vermehrt kumulieren und dadurch zu einer sehr hohen Belastung führen können. Aus verschiedenen Studien wurden die folgenden Risikofaktoren der psychischen Gesundheit im Alter ermittelt (Lyssenko et al., 2011; CAMH, 2010; Friedli et al., 2007; Jané-Llopis & Gabilondo, 2008; Seymour & Gale, 2004).

Nicht oder nur sehr schwer veränderbare Risikofaktoren sind Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, genetische Anlage sowie Persönlichkeitsmerkmale.

#### 1 Individuelle Risikofaktoren

Emotionale Zustände und Persönlichkeitsmerkmale:

- Traurigkeit
- Angstzustände
- Ärger
- Depressivität
- geringes Selbstbewusstsein
- Stress
- Pessimismus
- Energielosigkeit
- subjektiv erlebte Einsamkeit
- negative Lebenseinstellung zum Alter(n)

#### Medizinische/körperliche Faktoren:

- bestehende oder neu auftretende k\u00f6rperliche Krankheiten oder Behinderungen
- körperliche Funktionsverluste (Gehör, Sehkraft, Immobilität)
- frühere psychische Erkrankung
- hoher Medikamentenkonsum / Medikamentenmissbrauch
- schlechte Ernährung
- Schlafstörungen
- hoher Alkoholkonsum
- körperliche Inaktivität

beginnende Demenz / demenzielle Erkrankung

#### Soziales Netzwerk:

- mangelnde soziale Unterstützung durch Familie
- mangelndes oder ungenügendes soziales Netzwerk
- belastende Beziehungen
- Isolation

#### Lebenssituation, kritische Lebensereignisse:

- tiefer sozio-ökonomischer Status
- Partnerverlust (Tod oder Scheidung)
- Rollenverlust (z. B. durch Pensionierung, Verwitwung)
- Netzwerkverlust (Tod von Angehörigen, Freunden, Bekannten)
- Pflege und Betreuung von Angehörigen
- Gewalt und Misshandlung

#### Weitere Faktoren:

- Alter
- Geschlecht
- Migrationshintergrund
- genetische Anlage

#### 2 Strukturelle Risikofaktoren

- ungenügende Infrastruktur / Versorgungsdienste / Möglichkeiten für Aktivitäten
- ungenügende Wohnbedingungen
- Leben in einer Institution
- Umweltbarrieren
- erschwerter Zugang zu Dienstleistungen
- sprachliche Barrieren

#### 3 Gesellschaftliche Risikofaktoren

- Altersdiskriminierung
- Stigmatisierung

# 10 Welche Personen weisen einen speziellen Bedarf an Förderung der psychischen Gesundheit auf?

Strategien und Massnahmen der Förderung von psychischer Gesundheit richten sich grundsätzlich an die Gesamtbevölkerung und schliessen somit alle Personen ein. Sie richten sich prinzipiell auf alle Lebensbereiche und haben damit sowohl individuelle Lebensweisen als auch strukturelle Bedingungen im Blick. Als gefährdete Personengruppen der psychischen Gesundheit können diejenigen Gruppen bezeichnet werden, die durch Massnahmen der Gesundheitsförderung schwer erreichbar sind oder durch Ereignisse oder ihre Lebenssituation besonders belastet sind. Für die meisten dieser gefährdeten Personengruppen ist die soziale Isolation ein zentraler Schlüsselfaktor.

Generell schwer erreichbare Gruppen der Gesundheitsförderung im Alter sind (Soom Ammann & Salis Gross, 2010):

- Personen mit tiefem sozio-ökonomischem Status (tiefes Einkommen und Bildung)
- Personen mit Migrationshintergrund
- Personen mit eingeschränkter Mobilität / Sensorik
- Bewohner/innen von Institutionen
- Pflegende Angehörige
- Gender (je nach Determinante Frau oder Mann)

Spezifisch für die psychische Gesundheit im Alter wurden mit der Projektsteuergruppe zusätzlich Personengruppen bestimmt, welche aufgrund von Ereignissen oder durch ihre Lebenssituation mit erhöhter Wahrscheinlichkeit von sozialer Isolation betroffen sind:

- subjektiv Vereinsamte
- Witwen / Witwer
- frisch Pensionierte
- Getrennte / Geschiedene

Für jede dieser Gruppen müssen spezielle Zugangswege und Angebote geschaffen werden. Der Zugang zu diesen gefährdeten Personengruppen kann über verschiedene Multiplikatoren und Multiplikatorinnen (z. B. Ärzte, Gemeinden, Spitex, Pro Senectute, Apotheken, Freiwillige, Besuchsdienste) erfolgen. Diese benötigen dafür eine entsprechende Information und Ausbildung.

# 11 Welche Strategien und Massnahmen der Förderung psychischer Gesundheit im Alter erweisen sich als wirksam?

Verschiedene Länder haben bereits ähnliche Strategien und Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit im Alter entwickelt (CAMH, 2010, Jané-Llopis & Gabilondo, 2008, ProMenPol, 2009). Die Strategien können wie folgt zusammengefasst werden:

- Verfügbarkeit von Möglichkeiten für sinnvolle Aktivitäten
- Förderung eines gesunden Lebensstils
- Verfügbarkeit von Möglichkeiten für körperliche Aktivitäten und Training
- Stärkung positiver Beziehungen
- Verbesserung kommunaler Partizipation
- Verfügbarkeit von Möglichkeiten für sicheres und unabhängiges Leben
- Verfügbarkeit von angemessenen Gesundheits- und Sozialdiensten
- Bekämpfung von Altersdiskriminierung

In der Gesundheitsförderung werden verschiedene Strategien der Gesundheitskommunikation erfolgreich angewendet, die es möglich machen, mit unterschiedlichen Methoden möglichst viele verschiedene Personenkreise zu erreichen und dadurch das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung insgesamt nachhaltig zu beeinflussen (Hurrelmann, 2006). Ältere Menschen sind eine sehr heterogene Gruppe. Die Förderung der psychischen Gesundheit muss deshalb auf der Basis dieser Strategien sehr breit gefächerte Angebote beinhalten, um den unterschiedlichen Interessen und Lebensstilen gerecht zu werden.

Die Förderung der psychischen Gesundheit soll möglichst auf allen der im Kapitel 6 erläuterten verschiedenen Ebenen erfolgen und sowohl auf das Verhalten als auch auf die Verhältnisse ausgerichtet sein. Daraus abgeleitet können die Strategien und Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit beim Individuum, beim Gemeinwesen sowie bei der Reduktion von strukturellen Barrieren ansetzen. In England wurden diese Strategien und Massnahmen wie folgt ausformuliert (Age Concern England, 2007):

- Stärkung des Individuums
  - Stärkung emotionaler Resilienz durch Interventionen, welche den Selbstwert, Bewältigungsstrategien und Kompetenzen fördern.
- Stärkung des Gemeinwesens
  - Verstärkung der sozialen Einbindung und Partizipation, Verbesserung der Nachbarschaft, Entwicklung von Interventionen, welche die psychische Gesundheit von Personen jeglichen Alters unterstützen wie Selbsthilfenetzwerke, Sicherheitsmassnahmen oder Reduktion von sozialer Isolation.
- Reduktion von strukturellen Barrieren
  - Soziale Ungleichheiten verhindern mit Initiativen, welche die Altersdiskriminierung und andere Diskriminierungen reduzieren, den Zugang zu Bildung, Dienst- und Unterstützungsleistungen ermöglichen und den Einbezug von vulnerablen Personengruppen erleichtern.

Folgende konkrete Massnahmen haben sich in wissenschaftlichen Studien zur Förderung der psychischen Gesundheit als wirksam erwiesen (Friedli et al., 2007; Jané-Lopis & Gabilondo, 2008; Lee, 2006; Lehtinen, 2008):

- Vermittlung von Bewältigungsstrategien und Kompetenzen
- Anreize zu physischen Aktivitäten
- Anreize zu spirituellen und kreativen Aktivitäten
- Möglichkeiten zur sozialen Integration
- Zugang zu sozialer Unterstützung und sozialen Netzwerken

Zu diesen Massnahmen sind konkrete Umsetzungsbeispiele und deren Evaluation vorhanden (siehe Kapitel 13).

Von besonderem Interesse ist, wie die verschiedenen Ressourcen unter Einwirkung von gesundheitsförderunden Massnahmen interagieren. So wird in den Leitbegriffen der Gesundheitsförderung (Elkeles & Broesskamp-Stone, 2011) diskutiert, dass Gesundheitsförderungsprogramme, die auf Veränderung einer Vielzahl interagierender (sozialer, ökonomischer, ökologischer) Einflussfaktoren bzw. Determinanten der Gesundheit inklusive des Gesundheitshandelns abzielen, kaum in einfachen linearen Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen zu beschreiben bzw. aufgrund ihrer multifaktoriellen Komplexität schwer in solche zu zerlegen sind. Gemäss den Autoren sei noch viel Forschung nötig, um die hierfür wirkenden Prozesse ausreichend differenziert zu verstehen und dementsprechende Evaluationsmethoden entwickeln zu können.

Im Hinblick auf ein Wirkungsmodell gesundheitsfördernder Massnahmen ist überdies zu bedenken, dass laut Spencer und Mitarbeiterinnen (2008) nicht nur positive Veränderungen der Gesundheit, sondern bereits Veränderungen der Determinanten bzw. Ressourcen für Gesundheit (z. B. Verhalten, Verhältnisse) und sogar Veränderungen der Einflussfaktoren auf Determinanten (z. B. Politikentscheidungen) wichtige Ergebnisse der Gesundheitsförderung sind.

# 12 Welche internationalen Leitlinien und Empfehlungen bestehen zur Förderung der psychischen Gesundheit im Alter?

Von verschiedenen Organisationen wie der WHO und der Europäische Union sowie von Ländern wie Kanada, England und Schottland sind Programme und Leitlinien oder Empfehlungen zur Förderung der psychischen Gesundheit im Alter für die Praxis erarbeitet worden. Hinsichtlich der empfohlenen Strategien und Massnahmen besteht Konsens (siehe Kapitel 11). Stellvertretend wird an dieser Stelle auf das europäische Projekt 'healthPROelderly' und das kanadische Programm 'Older adults 55+' hingewiesen. Beide Programme beruhen auf aktuellen evidenzbasierten Ansätzen. Im Rahmen von healthPROelderly sind Leitlinien zur Förderung der Gesundheit im Alter entstanden. In diesen Leitlinien werden die für eine erfolgreiche Umsetzung von gesundheitsfördernden Strategien und Massnahmen entscheidenden Aspekte (Zielgruppe, Empowerment, Setting, Zugänglichkeit, Evaluation, etc.) ausführlich beschrieben, Empfehlungen zur Umsetzung abgegeben und mit Interventionen aus der Praxis ergänzt. Entsprechende Links zu den erwähnten Programmen und Leitlinien finden sich im Anhang 1.

Spezifisch auf die Förderung der psychischen Gesundheit im Alter ausgerichtet sind die Empfehlungen und Instrumente des kanadischen Programms 55+. Die Empfehlungen daraus sind das Resultat einer umfassenden Analyse und langjährigen, internationalen Zusammenarbeit verschiedener Fachexperten. Neben den allgemeinen Aspekten, die es bei Angeboten zur Gesundheitsförderung im Alter zu beachten gibt, befassen sich fünf der insgesamt elf Empfehlungen aus diesem Programm explizit mit der Förderung der psychischen Gesundheit im Alter:

- Konzentration auf Schutz- und Risikofaktoren der psychischen Gesundheit im Alter sowie auf die Determinanten der Gesundheit
- Unterstützung von Fachpersonen und Freiwilligen beim Aufbau von unterstützenden und vertrauensvollen Beziehungen zu älteren Menschen
- Schwerpunkt setzen auf Empowerment Resilienz
- Aufbau umfangreicher Unterstützungssysteme
- Anwendung verschiedener Strategien und Massnahmen

Eine übersetzte Version dieser fünf Empfehlungen befindet sich im Anhang 3.

Die Leitlinien und Empfehlungen sollen Entscheidungsträger und mit der Entwicklung und Umsetzung von gesundheitsfördernden Projekten betrauten Personen als Unterstützung und Orientierung dienen. Dabei handelt es sich um allgemein gehaltene Leitlinien und Empfehlungen, die in einem spezifischen Anwendungsfeld detailliert ausgearbeitet werden müssen. Die Empfehlungen müssen in der Praxis für ausgewählte Zielgruppen und Massnahmen konkretisiert sowie individuell angepasst und umgesetzt werden. Es ist zu beachten, dass es nicht immer möglich ist, alle Empfehlungen im gleichen Ausmass in einem Programm umzusetzen, da in der Praxis die vorhandenen Ressourcen, Vorgaben und Verhältnisse berücksichtigt werden müssen. Dennoch sollten bei der Konzeption eines Programms alle Empfehlungen gründlich reflektiert werden. Für die Entwicklung einzelner Angebote dienen die Empfehlungen als Anregung und zur Auswahl bestimmter Aspekte.

Für Ergänzungen zur Situation in der Schweiz wird an dieser Stelle auf die weiteren Projektberichte des Programms 'Best Practice Gesundheitsförderung im Alter' (BPGFA)verwiesen, in denen Empfehlungen zu spezifischen Themen der Gesundheitsförderung im Alter bereits erarbeitet wurden (Dellenbach & Angst, 2011, Gschwind, Wolf, Bridenbaugh & Kressig, 2011, Seematter, Bize & Mettler, 2011, Soom Amman, E. & Salis Gross, C., 2011, Zoller, Badertscher & Rossi, 2011).

## 13 Welche Interventionen zur Förderung der psychischen Gesundheit im Alter eignen sich für spezielle Risikogruppen?

Im Folgenden werden die Situation und die damit verbundenen Probleme für die psychische Gesundheit der nachstehenden Risikogruppen beschrieben:

- Subjektiv Vereinsamte
- Verwitwete
- Finanziell Benachteiligte
- Pflegende Angehörige
- Zuhause lebende Pflegeabhängige
- Gebrechliche, fragile Personen
- Seh- und Hörbehinderte
- Frisch Pensionierte
- Getrennte/Geschiedene

Ältere Menschen mit chronischen Erkrankungen oder mit einer neuen Diagnose einer schweren Erkrankung werden im Rahmen dieses Projektes explizit nicht berücksichtigt. Diese Personengruppen sind im Rahmen des Disease Managements erreichbar, und entsprechende Interventionen zur Förderung der psychischen Gesundheit sind dort zu integrieren. Eine wichtige Funktion beim Zugang zu allen Gruppen kommt dem Hausarzt oder der Hausärztin zu. Diese Zugangsmöglichkeit wird im Teilprojekt Hausärzte von 'Best Practice Gesundheitsförderung im Alter' (Zoller, Badertscher, & Rossi, 2011) besprochen und wird deshalb nicht bei jeder Risikogruppe explizit erwähnt.

Die psychische Gesundheit dieser Risikogruppen ist aufgrund unterschiedlicher Bedingungen und Ereignissen hauptsächlich durch die daraus resultierende soziale Isolation und Einsamkeit gefährdet.

Zu den einzelnen Gruppen werden beispielhafte Interventionen aufgeführt, die sich in der praktischen Umsetzung bewährt haben, evaluiert worden sind und von internationalen Konsenspapieren zur Förderung der psychischen Gesundheit anerkannt sind (CAMH, 2010; Kuhlmann & Koch 2009; Jané-Llopis & Gabilondo, 2008) oder in entsprechenden Datenbanken aufgeführt werden (ProMenPol, healthPROelderly). Diese internationalen Interventionen werden exemplarisch mit Angeboten aus der Schweiz ergänzt, auf die wir durch Hinweise von Fachpersonen und im Rahmen von verschiedenen Recherchen zu diesem Bericht gestossen sind. Für die ersten drei Risikogruppen wurden, auf Wunsch des Projektteams, vier Interventionen ausgewählt, die im Anhang 4 ausführlicher beschrieben werden als die übrigen.

Die aufgeführten Interventionen sollen beispielhaft und als Anregung für eigene Projekte aufzeigen, welche Strategien und Massnahmen bei den verschiedenen Risikogruppen erfolgreich angewendet worden sind. Wie in Kapitel 11 bereits besprochen, haben sich international insgesamt die folgenden Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit von einsamen älteren Menschen als wirksam erwiesen:

- Vermittlung von Bewältigungsstrategien und Kompetenzen
- Anreize zu physischen Aktivitäten
- Anreize zu spirituellen und kreativen Aktivitäten
- Möglichkeiten zur sozialen Integration
- Zugang zu sozialer Unterstützung und sozialen Netzwerken

Die bei den einzelnen Risikogruppen aufgeführten Interventionen berücksichtigen eine oder mehrere dieser Massnahmen.

Die Schwierigkeit bei der Umsetzung von Projekten zur Förderung der psychischen Gesundheit liegt oft darin, die anvisierte Risikogruppe auch tatsächlich zu erreichen. Die Recherche zu den in der Praxis bewährten Interventionen zeigt, dass sich der Zugang auch in Vorzeigebeispielen oft als sehr schwierig erweist und die Erreichbarkeit sehr bescheiden ausfällt (ca. 10%).

Aus dem Zeitverlauf von verschiedenen Projekten wird deutlich, dass mit Pilotprojekten oft ein erster wichtiger Stein gelegt wird, der zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit beiträgt und den Zugang zur Thematik erleichtert. Die Folge von Pilotprojekten zur Förderung der psychischen Gesundheit im Alter sind oft eine bessere Vernetzung und Koordination von Fachkreisen und Angeboten sowie ein weiterer Ausbau der aufgebauten Strukturen und Aktivitäten.

#### 13.1 Subjektiv Vereinsamte

Ältere Personen sind anfällig dafür, plötzlich alleine zu sein und sich einsam zu fühlen. Die Pensionierung, der Tod des Lebensgefährten oder körperliche Einschränkungen sind oft verbunden mit dem Verlust von sozialen Beziehungen und dem Rückzug aus gesellschaftlichen Aktivitäten. Soziale Isolation, definiert als das Fehlen guter sozialer Beziehungen, wird durch die Anzahl sozialer Kontakte einer Person ermittelt (Routasalo et al., 2006). Es besteht ein Zusammenhang zwischen Einsamkeit und eingeschränktem funktionalem Status, schlechter Gesundheit, Verwitwung und dem Alleinleben (Routasalo & Pitkälä, 2003). Gute soziale Beziehungen sind ein zentrales Element sozialer Integration, bestimmen das Wohlbefinden und unterstützen die psychische Gesundheit. Doch obwohl soziale Netzwerke im Alter brüchig werden, muss dies nicht unbedingt zu Vereinsamung führen. Vereinsamung und soziale Isolation sind nicht deckungsgleich. Nicht alle sozial isolierten Personen fühlen sich einsam und auch in einer Paarbeziehung lebende Personen können sich einsam fühlen. Zu beachten ist, dass soziale Isolation und Vereinsamung im hohen Lebensalter auch das Resultat eines gewollten Rückzugsprozesses sein können. Als subjektiv vereinsamt gelten deshalb nur diejenigen Menschen, die sich selber so einschätzen und darunter leiden (Höpflinger, 2009).

Die Wahrscheinlichkeit alleine zu leben steigt mit zunehmendem Alter an und betrifft vor allem die Frauen. Leben in der Altersgruppe der 65 bis 69-Jährigen in der Schweiz noch 64% der Frauen in einer Paarbeziehung, sind es in der Altersgruppe der 80 bis 84-Jährigen nur noch 32%, und in der Altersgruppe der 85 bis 89-Jährigen gerade noch 18%. Anders die Situation bei den Männern. In der Altersgruppe der 65 bis 69-Jährigen leben noch 83% in einer Paarbeziehung, in der Altersgruppe der 80 bis 84-Jährigen 71% und bei den 85 bis 89-Jährigen noch 62% (Höpflinger & Hugentobler, 2005). Trotz dieser hohen Anzahl allein lebender Menschen im Alter gaben bei der Gesundheitsbefragung 2007 weniger als 5% der 65

bis 79-jährigen Befragten an, sich häufig einsam zu fühlen, manchmal einsam fühlen sich hingegen mehr als 20%. Bei den 80-jährigen und älteren zuhause lebenden Personen fühlen sich 7-8% häufig und 25% manchmal einsam (Höpflinger, 2009).

#### Mögliche Folgen

Erhöhtes Krankheitsrisiko, somatische Beschwerden, Abnahme der kognitiven Leistungsfähigkeit, Autonomie-Verlust, Sucht, Depression, mangelnde Hygiene (Routasalo & Pitkälä, 2003).

#### Zugangsmöglichkeiten

Befragung ,Wer fühlt sich einsam?', Nachbarschaft, Spitex, Zeitungsannonce zu Angebot.

#### Interventionen

Circle of friends (FIN)	Verbesserung der Lebensqualität einsamer Personen durch Möglichkeit zur Teilnahme an verschiedenen Aktivitäten gemäss ihren Interessen. (Routasalo, Tilvis, Kautiainen & Pitkala, 2009; Savikko, Routasalo, Tilvis & Pitkala, 2010). → Siehe detaillierter Projektbeschrieb, Anhang 4.
Stimulating Friendship in Later Life (NL)	Das Programm vermittelt Frauen Informationen zur Bedeutung von Freundschaft und sozialer Netzwerke, gibt Anregung eigene Ziele bezüglich Freundschaften zu setzen und vermittelt Strategien, wie diese erreicht werden können. (CAMH, 2010; Stevens, 2001)
Walking the Way to Health Initiative (UK)	Freiwillige motivieren einsame Personen, Spaziergänge zu unternehmen und begleiten sie. (Jané-Llopis & Gabilondo, 2008, S. 12; www.wfh.naturalengland.org.uk)
Ageing Well (UK)	Freiwillige 50+ werden zu Gesundheitsmentoren ausgebildet, nehmen Kontakt mit einsamen älteren Personen auf und vermitteln den Bedürfnissen entsprechende Kontakte zu lokalen Gesundheitsservices und bestehenden Aktivitäten. (Jané-Llopis & Gabilondo, 2008, S. 17; Lambert et al., 2007)

#### 13.2 Witwen und Witwer

Der Partner oder die Partnerin sind im Alter sehr oft die wichtigste Bezugs- und Ansprechperson sowohl in kognitiver als auch in emotionaler und instrumenteller Hinsicht. Der Tod des Lebenspartners bedeutet deshalb eine grosse psychische Belastung und erfordert neben der Trauerarbeit eine Neuorientierung und Umgestaltung des Lebensalltags. Die emotionalen Reaktionen auf den Partnerverlust sind von persönlichen Ressourcen (Bildung, Einkommen, gute körperliche Gesundheit, soziale Unterstützung), von Kontext- (Art und Dauer der Erkrankung des Partners vor dem Tod) und Persönlichkeitsfaktoren (unsicheres Bindungsverhalten, Tendenz zur Rumination) abhängig, die in die Untersuchung der Entstehung von psychischen Störungen einbezogen werden müssen (Schmitt & Re, 2004). Ebenso beeinflusst die Qualität der Partnerschaft die Reaktion auf die Verwitwung.

In der Schweiz liegt das durchschnittliche Alter bei Verwitwung bei rund 70 Jahren (69,4 bei den Frauen und 72,6 bei den Männern; die Angaben beziehen sich auf die Anzahl der Witwen und Witwer anlässlich der Volkszählung 2000). Verwitwung ist im höheren Lebensalter

ein 'Frauenschicksal'. Grund dafür sind die höhere Lebenserwartung der Frauen und das geschlechtsspezifische Heiratsverhalten (Männer heiraten häufig eine jüngere Frau). Dazu kommt, dass Männer sich im höheren Alter häufiger wiederverheiraten als Frauen (Höpflinger, 2009). Da Verheiratete länger leben als Unverheiratete, gibt es im hohen Alter entsprechend nur wenige unverheiratete Männer aber viele einst verheiratete, nun verwitwete Frauen. In der Stadt Zürich beispielsweise ist das Verwitwungsrisiko der Frauen drei Mal so hoch wie jenes der Männer (Statistik Stadt Zürich, 2009). Anhand Tabelle 1 zur Entwicklung der Partnerbeziehung im höheren Erwachsenenalter kann der ansteigende Prozentsatz von Personen, die ihren Partner im Alter verlieren, abgelesen werden.

Tabelle 1. Partnerbeziehung nach Alter und Geschlecht, 2010\* (Höpflinger & Hugentobler, 2005)

Anteil der in Paarbeziehung lebenden:		
Altersgruppe	Männer	Frauen
65-69	83%	64%
70-74	83%	56%
75-79	80%	43%
80-84	71%	32%
85-89	62%	18%
90+	48%	10%

<sup>\*</sup> basierend auf einer kohortenspezifischen Umrechnung der Partnerschaftsbeziehungen

#### Mögliche Folgen

Geringeres subjektives Wohlbefinden, Vereinsamung, Medikamentenmissbrauch (eher Frauen), Depressionen, Suizidalität (eher Männer), Alkoholmissbrauch (eher Männer), Verwahrlosung (eher Männer), finanzielle Einbussen (eher Frauen).

### Zugangsmöglichkeiten

Gemeinden, Kirchen, Seniorenvereine, Bestatter, Pensionskassen.

,aktiv55plus' – Gesundes und aktives Altern in Rade- vormwald (D)	Aufsuchende Aktivierung von kürzlich verwitweten älteren Menschen. Entsprechend den individuellen Bedürfnissen wird der Zugang zu bestehenden Aktivitäten und zur Teilnahme an Gruppengesprächen vermittelt. → Siehe detaillierter Projektbeschrieb, Anhang 4
Offene Gesprächsnachmittage für verwitwete Frauen in Zürich Höngg (CH)	Themen- und Gesprächsnachmittage sowie Sonntagsausflüge für verwitwete Frauen. → Siehe detaillierter Projektbeschrieb, Anhang 4

#### 13.3 Finanziell Benachteiligte

Die im Alter zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel beeinflussen eine aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben massgeblich. Ältere Menschen mit geringem nachberuflichen Einkommen haben einen erschwerten Zugang zu sinnvollen Aktivitäten, leiden häufiger unter körperlichen Beschwerden und haben eine tiefere Lebenserwartung als ältere Menschen mit hohem nachberuflichen Einkommen (Clemens et al., 2005). Besonders betroffen von dieser Situation sind Hochaltrige, Pflegebedürftige, Frauen, Migranten und Alleinstehende.

Ältere Menschen, die trotz AHV und Pensionskasse die minimalen Lebenskosten nicht decken können, haben Anspruch auf Ergänzungsleistungen (EL) und bei langfristigem Hilfebedarf auf Hilflosenentschädigung (HL). Insgesamt bezogen 2007 12% der Altersrentner oder 155'617 eine Ergänzungsleistung (EL). Bei den neu ins Rentenalter Eintretenden beziehen 7% EL, bei den 90-Jährigen 25%. Grund für diese starke Zunahme ist der Generationeneffekt in der Altersvorsorge und der Heimeintritt. Gemäss den Berechnungen des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV) ist jeder zweite Heimbewohner auf EL angewiesen. Besonders betroffen sind Hochaltrige und Frauen. Eine Mehrheit der EL-Bezüger ist alleinstehend. In der nationalen Armutsstudie von 1997 (Leu et al.) wird geschätzt, dass ein Drittel der Bezugsberechtigten keinen Anspruch auf EL erhebt. Die Gründe dafür sind verschieden. Die EL-Quote blieb während der letzten 15 Jahre stabil. (Pilgram, & Seifert, 2009, S. 39ff; BSV 2008).

Mögliche Folgen

Depression, Suizidalität, Suchtgefahr, Rückzug aus sozialen Aktivitäten.

Zugangsmöglichkeiten

Beratungsstellen, Sozialarbeit, Gemeinden.

Kölner Seniorennetzwerk (D)	Das Kölner Seniorennetzwerk richtet sich an sozio-ökonomisch benachteiligte ältere Menschen sowie ältere Migrantinnen und Migranten über 50 Jahren. In Kooperation mit gemeinnützigen Organisationen und politischen Initiativen wurden neue Richtlinien und Aktivitäten für ein innovatives und zukunftsorientiertes Konzept für die Gesundheit und soziale Pflege für ältere Menschen entwickelt: "Plan für ein seniorenfreundliches Köln 2001/2002". Um speziell benachteiligte ältere Menschen zu erreichen, wurde das Konzept in 12 Bezirken von Köln implementiert. Das Projekt basiert auf zwei Hauptideen: 1.) Vorbeugung ist besser als Heilung und 2.) Menschen brauchen soziale Netzwerke, um kompetent und gesund zu altern. (www.seniorennetzwerke-koeln.de; Kuhlmann & Koch, 2009, S.43)
Gesund älter werden im Stadtteil (D)	Ältere, sozial benachteiligte Menschen, die bisher nicht durch Angebote der Gesundheits- und Bewegungsförderung erreicht wurden, sollen in ihrem Lebensumfeld (Stadtteil) sensibilisiert und zu gesundheitsförderlicher Lebensweise aktiviert werden. (BKK, 2009)

Aktiv ins Alter (A)	Das Programm richtet sich an sozio-ökonomisch benachteiligte ältere Menschen und ältere Migrantinnen und Migranten. Bereits bestehende Maßnahmen und Strategien der Gesundheitsförderung sollen damit in Wien optimiert werden. Mit Hilfe gezielter Befragung der Zielgruppen werden Barrieren und Hindernisse aufgedeckt, die einer Verwirklichung von individuellen Bedürfnissen im Wege stehen. Im Sinne des Empowerment werden die Bürger dabei unterstützt, selbst aktiv zu werden. (Reinprecht, Donat, & Kienzl-Plochberger, 2005)
Big!Move (NL)	Dieses Programm richtet sich an sozio-ökonomisch benachteiligte ältere Menschen sowie ältere Migrantinnen und Migranten. Das Gesundheitszentrum Venserpolder Amsterdam hat eine Abteilung für Gesundheitsförderung eingerichtet und in diesem Kontext das Projekt Big! Move entwickelt. Big!Move ermöglicht eine Verbindung zwischen dem Gesundheitswesen und der individuellen Teilnahme an lokalen Aktivitäten in der Nachbarschaft. Big!Move konzentriert sich auf gesunde Verhaltensweisen. Während des Kurses werden die Teilnehmenden dazu animiert, an lokalen Veranstaltungen teilzunehmen und solche Aktivitäten selbst zu organisieren. Die Teilnehmenden können bei Tanzveranstaltungen in den lokalen Gemeindezentren mitmachen oder bei Schwimmkursen, Walking- oder Fahrradkursen. Es gibt auch Kurse für ältere Menschen, die in den Altenwohnheimen stattfinden.  (http://www.healthproelderly.com/database/plists/singleview/167; Kuhlmann & Koch, 2009)
Bromley-by-Bow Centre (UK)	Sozio-ökonomisch benachteiligte, gebrechliche und bildungsferne ältere Menschen sowie ältere Migrantinnen und Migranten über 50 Jahre sind Zielgruppen dieser Zentren in London. Im Rahmen des gemeinschaftlichen Fürsorge-Projektes werden verschiedene Gruppen, wie ältere oder behinderte Menschen zusammengeführt. Die Aufgabe der Organisation besteht darin, Vertrauen, Zusammenarbeit und Beziehungen zwischen den Mitgliedern einer benachteiligten Gemeinschaft aufzubauen. (http://www.bbbc.org.uk/; Froggett, Chamberlayne, Wengraf, & Buckner, 2005)
Western Health Action Zone (Ireland/UK)	Zielgruppe dieses Projekts sind sozio-ökonomisch benachteiligte ältere Menschen über 60 Jahre. Die Western Health Action Zone ist eine einrichtungsübergreifende Initiative, die darauf zielt, die Gesundheit und das Wohlbefinden älterer Menschen und Familien, die von Armut betroffen sind, zu verbessern. Abbau von Armut und sozialer Segregation sollen durch eine verbesserte Zusammenarbeit der in einem bestimmten Gebiet tätigen Organisationen erreicht werden. (http://www.westernhaz.org/; Kuhlmann & Koch, 2009. S. 43)

SEBA-Gedächtnis- und Bewegungskurse (CH)	Durch die Kombination von Gedächtnis- und Bewegungsübungen werden Koordination, Kraft, Gedächtnis und Konzentration gleichzei-
	tig trainiert. Ausserdem erweitern die Kurse den Horizont und bringen neue Kontakte. → Siehe detaillierter Projektbeschrieb, Anhang
	4 (www.wohnenab60.ch/seba)

#### 13.4 Pflegende Angehörige

Die Betreuung und Pflege eines kranken Angehörigen kann sich zeitlich sehr intensiv und emotional sehr belastend auswirken und zur sozialen Isolation führen. Mehrheitlich sind es Frauen, die ihren Partner pflegen. Im hohen Alter steigt aber auch der Anteil Männer, die ihre Partnerin pflegen. Die Pflege zu Hause unterliegt einem sozialen Milieuunterschied: Personen mit tiefer Bildung wohnen häufiger mit Pflegebedürftigen zusammen als Personen mit hoher Bildung. (Höpflinger et al., 2011)

Den Erwartungen entsprechend nimmt der Anteil an pflegenden Angehörigen mit dem Alter zu. In der Altersgruppe der 65 bis 74-Jährigen sind es 5,1%, in der Altersgruppe der 75-84-Jährigen bereits 9,8% und in der Altersgruppe 85+ sind es dann 21,5%, die eine pflegebedürftige Person zuhause betreuen. Der durchschnittliche Zeitaufwand für die Pflege steigt von 14.5 auf 22.8 Stunden pro Woche entlang der oben aufgeführten Altersgruppen. Die psychische Gesundheit von pflegenden Angehörigen ist geringer als bei der Referenzbevölkerung. In der SwissAgeCare-Studie (Perrig-Chiello et al., 2010) berichten 60% der befragten pflegenden Angehörigen, die zusätzlich Unterstützung von der Spitex erhalten, in der letzten Woche niedergeschlagen und 80% angespannt und nervös gewesen zu sein. Chronischer Stress ist häufig bei intensiver Pflege anzutreffen und entsprechend werden signifikant mehr Schlaf- und Beruhigungsmittel und Antidepressiva als in der Referenzbevölkerung konsumiert. Eine hohe psychische Belastung ist mit geringen individuellen Ressourcen (ineffiziente Copingstrategien, geringe Hilfsbereitschaft, negative Einschätzung der Kindheit) verbunden. (Höpflinger et al., 2011)

Mögliche Folgen

Soziale Isolation, Stress, Burnout, Identitätskrise, Gewalt an Pflegebedürftigen, Medikamentenkonsum.

Zugangsmöglichkeiten

Spitex, Alzheimervereinigung, Memory Kliniken.

Caregivers out of Isolation (CAN)	Das Projekt bietet direkte Unterstützung für pflegende Angehörige entsprechend ihren selbst genannten Bedürfnissen. Die Un-
	terstützung setzt sich aus Gruppentreffen, Workshops, Aktivitä-
	ten und Diskussionen für pflegende Angehörige zusammen. Der
	Fokus liegt auf Empowerment und Erhöhung der Selbstwirk-
	samkeit. Das Projekt eignet sich v.a. für ländliche Gemeinden,
	wo sonstige Unterstützung und der Zugang dazu eingeschränkt
	sind. (CAMH, 2010, S. 51, Holland, 2006)

Hand in Hand, Spitex Köniz (CH)	Seit Juni 2011 erhalten pflegende Angehörige mehr Unterstützung von der Spitex in Form von Anspruch auf eine zusätzliche interne und externe Beratung sowie Freizeit-Gutscheine. Pflegende Angehörige, die eine entsprechende Ausbildung haben, werden von der Spitex Köniz angestellt und erhalten für die Pflege ihrer Angehörigen einen Lohn. (www.spitexregionkoeniz.ch)
Beratungsstellen (CH)	Z. B. Beratungsstellen der Pro Senectute, der Alzheimervereinigung, Gerontologische Beratungsstelle der Stadt Zürich, Beratungsstelle Leben im Alter des Zentrums für Gerontologie, Spitex, Anlauftelefon für pflegende und betreuende Angehörige des SRK Bern ('Infodraht'), Unabhängige Beratungsstelle für das Alter (UBA), etc.

#### 13.5 Zuhause lebende Pflegeabhängige

Als betreuungs- oder pflegeabhängig gelten diejenigen Personen, die bei den instrumentellen oder den basalen Alltagsaktivitäten auf Unterstützung angewiesen sind. Zu den instrumentellen Alltagsaktivitäten gehören Einkäufe machen, Hausarbeit verrichten, Essen zubereiten sowie administrative Aufgaben erledigen. Personen, die bei diesen Aktivitäten Hilfe benötigen, gelten als betreuungsabhängig. Personen, welche die basalen Alltagsaktivitäten wie Essen, ins Bettgehen, An- oder Ausziehen, zur Toilette gehen, Baden oder Duschen nicht mehr selbständige verrichten können, gelten als pflegeabhängig. Funktionale Einschränkungen der basalen Alltagsaktivitäten sowie der instrumentellen Aktivitäten sind mit einer erhöhten psychischen Belastung assoziiert. Die Effekte können wechselseitig sein. Funktionelle Einschränkungen können psychisch belastend erlebt werden und umgekehrt können depressive Stimmungen die funktionale Selbständigkeit negativ beeinflussen. Bei der Pflegeund Hilfebedürftigkeit zeigt sich ein deutlicher Bildungseffekt: Ältere Menschen mit geringer Bildung sind häufiger pflege- und hilfebedürftig als ältere Menschen mit hohem Bildungsniveau. (Höpflinger et al., 2011)

#### Betreuungsabhängige

Der Hilfebedarf bei den instrumentellen Aktivitäten (wie Einkaufen, Hausarbeit, Essen zubereiten, administrative Aufgaben erledigen) ist hoch. Die Einschätzung der Hilfebedürftigkeit basiert auf der Beantwortung der Fragen zu den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL). Danach sind 20,5% der 65+Jährigen und 61.3% der 85+Jährigen zu hause lebenden Personen mittelmässig bis stark hilfebedürftig. (Höpflinger et al., 2011; BFS, 2009)

#### Pflegeabhängige

Eine Minderheit der zuhause lebenden alten Menschen ist bei alltäglichen Aktivitäten (Essen, ins Bett gehen, an- oder ausziehen, zur Toilette gehen, baden oder duschen) auf regelmässige Hilfe angewiesen. Die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit einer Person basiert auf der Beantwortung der Fragen zu den basalen Alltagsaktivitäten (ADL). Danach sind 4% der 65+Jährigen und 17.6% der 85+Jährigen zuhause lebenden Personen mittelmässig bis stark pflegebedürftig. (Höpflinger et al., 2011; BFS, 2009)

Mögliche Folgen Soziale Isolation, Vereinsamung, Opfer von Gewalt.

Zugangsmöglichkeiten Spitex, Besuchsdienste, Angehörige.

#### Interventionen

va bene –besser leben zu- hause (CH)	Freiwillige werden für den Besuchsdienst mit gerontologischem Fachwissen ausgerüstet für eine niederschwellige Beratung und können bei Bedarf auf die Unterstützung von Fachpersonen zurückgreifen. Ein neues Projekt der Evangref. Landeskirche Kt. Zürich, das evaluiert werden soll. (www.zh.ref.ch/handlungsfelder /ds/alter/projekte)
Besuchsdienste (CH)	z. B. der Kirchen, Pro Senectute, etc.
Beratungsstellen (CH)	z.B. Unabhängige Beratungsstelle im Alter UBA (bei Gewalt)

#### 13.6 Gebrechliche, fragile Personen

Gebrechlichkeit oder Frailty ist keine Krankheit, sondern die natürliche Folge des Alterungsprozesses. Für die Betroffenen äussert sich Gebrechlichkeit mit einem Verlust von Muskelkraft, einer nachlassenden Gehgeschwindigkeit und verminderten körperlichen Aktivitäten. Damit verbunden sind häufig ein sozialer Rückzug, die Entwicklung von Depression und eine allgemeine Verminderung der Leistungsreserve mit zunehmender Vulnerabilität gegenüber Erkrankungen und deren psychosozialen Folgen. (Nikolaus, 2008; De Lepeleire et al., 2009). Einschränkungen der körperlichen Mobilität erschweren oder verhindern das Verrichten alltäglicher Bedürfnisse wie das Einkaufen, den Arztbesuch, das Aufsuchen der Apotheke oder selbständiges Haushalten. Vor allem ab 80 Jahren nehmen Einschränkungen des Gehvermögens zu und sind oft verbunden mit anderen körperlichen Einschränkungen. (Höpflinger et al., 2011)

In der höchsten Altersgruppe 85+ sind 13% der zuhause lebenden Männer und 22% der zuhause lebenden Frauen klar gehbehindert. Im Zeitvergleich 1992/93-2007 ist der Anteil der gehbehinderten zuhause lebenden Frauen (85+) massiv angestiegen von 16% auf 22%. Dies zeigt, dass heute mehr Frauen mit einer Gehbehinderung in der Lage sind zuhause zu leben. Der Anteil an behinderungsfreiem Wohnraum und betreuten Wohnformen hat in dieser Zeit zugenommen (Höpflinger et al., 2011).

Mögliche Folgen Soziale Isolation, Vereinsamung, Depression.

Zugangsmöglichkeiten Spitex, Hausarzt, Mahlzeitendienst.

Aktionsbündnis 'Gesund leben und älter werden in Eving' (D)	Als Zielgruppen dieses Projekts gelten ältere sozial benachteiligte Personen, ältere Menschen mit Migrationshintergrund und ältere Menschen mit Mobilitätseinschränkungen im Dortmunder Stadtbezirk Eving. Durch die Vermittlung von Lebenskompetenzen in Kombination mit partizipativen Verfahren (Ideenwerkstätten, Werkstattgespräche, selbstorganisierte Interessengruppen) tragen die Zielgruppen zur aktiven Gestaltung der Verhältnisse im Stadtbezirk bei (Setting-Ansatz). Zudem werden bürgerschaftlich Engagierte gewonnen und geschult, um sie als Multiplikatoren/innen bei niedrigschwelligen Angeboten oder bei der Organisation von Maßnahmen einzubinden.
	(http://www.ffg.tu-dortmund.de/cms/Medienpool/Projektdateien/110708Praxishandbuch_Aelter_werden_in_Eving_v01.pdf)
,fit für 100' Bewegungs- und Gesundheitsförderung für Hochaltrige (D)	Es handelt sich dabei um ein Seniorensportprojekt, das speziell auf die Gruppe der Menschen des vierten Lebensalters (80+) ausgerichtet ist. Kraft-, Balance, Sturzprophylaxe-, Mobilitäts-, Gehirn-, Alltagstraining (http://www.ff100.de/, Jané-Llopis & Gabilondo, 2008, S. 12)
Anders Altern in Radenthein (A)	Das Projekt richtet sich an eingeschränkt mobile Personen über 50 Jahren und Personen, die in direktem Kontakt mit dieser Zielgruppe sind. Es umfasst die Erarbeitung und Erprobung eines nachhaltigen Modells der regionalen und gesundheitsbezogenen Angebotsentwicklung. (Burgstaller, Bauer, & Krenn, 2006)  (http://www.fgoe.org/projektfoerderung/gefoerderteprojekte/FgoeProject_132834)
Bromley-by-Bow Centre (UK)	Siehe unter Finanziell Benachteiligte, Seite 29.
The Senior Companion Program (USA)	Freiwillige Senioren werden angeleitet, einsame, kranke oder behinderte ältere Menschen zu begleiten. (Rabiner et al., 2004)
Präventive Hausbesuche (CH)	z. B. Zwäg ins Alter (www.zwaeginsalter.ch), Fachstelle für präventive Beratung Spitex Zürich, etc.
Besuchsdienste (CH)	z. B. der Kirchen, Pro Senectute, etc.

#### 13.7 Seh- und Hörbehinderte

Seh- und Hörbehinderungen können das Leben von älteren Menschen erschweren und eine selbständige Lebensweise behindern. Bei einer Sehbehinderung steigt vor allem der Bedarf an Unterstützung bei der Haushaltsführung und bei der Pflege von Aussenkontakten. Bei Schwerhörigkeit besteht die Gefahr, kommunikativer Missverständnisse und der Gebrauch einer 'sekundären Baby-Sprache' durch Betreuungspersonen. Sowohl bei einer Seh- als auch Hörbehinderung gelten als mögliche Risiken soziale Isolation und Vereinsamung (Perrig-Chiello et al., 2010; Höpflinger et al., 2011; BFS, 2009).

#### Sehbehinderung

7% der 65-jährigen zuhause lebenden Menschen sind leicht sehbehindert und 2% leiden an starken Sehbehinderungen, 1% kann kein Buch oder Zeitung mehr lesen. Über 80 Jahren nimmt der Anteil an sehbehinderten zuhause lebenden Menschen zu. Bei den 80 bis 84-Jährigen sind gut 8% stark sehbehindert und bei den über 84-Jährigen sind es 10%. (Perrig-Chiello et al., 2010; Höpflinger et al., 2011; BFS, 2009)

#### Hörbehinderung

Während 7% der 65-69-Jährigen, allenfalls auch mit Hörgerät, leichte bis starke Schwierigkeiten vermelden, einem gewöhnlichen Gespräch mit zwei weiteren Personen zu folgen, sind dies schon 18% der 80 bis 84-Jährigen und gar 31% der 85-jährigen und älteren Menschen. Merkbare Höreinbussen treten bei Männern leicht häufiger bzw. früher auf als bei Frauen. So erwähnen etwa 18% der 75 bis 79-jährigen Männer leichte bis starke Hörprobleme, im Vergleich zu 10% bei den gleichaltrigen Frauen. Mehr als ein Fünftel (23%) der Spitex-Kunden sind leicht bis stark schwerhörig, was eine spezielle Schulung von Pflegefachpersonen erfordert, da die Kommunikation adäquat angepasst werden muss (Perrig-Chiello et al., 2010; Höpflinger et al., 2011; BFS, 2009).

Mögliche Folgen

Misstrauen, sozialer Rückzug, Paranoia.

Zugangsmöglichkeiten

Hörgerätevertretungen, HNO Spezialisten, Optiker, Augenärzte.

#### Interventionen

Zur Förderung der Gesundheit von älteren Menschen mit Hör- und Sehbehinderung gehört eine gute Versorgung und regelmässige Kontrolle der entsprechenden Hilfsmittel sowie eine entsprechende Gestaltung und Ausstattung der Umwelt. Spezielle Intervention zur Förderung der psychischen Gesundheit für Seh- und Hörbehinderte sind nicht bekannt. Hör- und Sehbehinderungen bei älteren Menschen werden im Rahmen von Chronic Disease Management berücksichtigt. (Wahl, Heyl & Langer, 2008)

Zwei Studien befassen sich mit den Problemen von hörbehinderten älteren Menschen, dem Einsatz von Hilfsmitteln und der Auswirkung auf die Lebensqualität (Tesch-Römer, 1997; Mulrow et al., 1990).

Bei der Entwicklung und Durchführung von generellen Angeboten zur Förderung der psychischen Gesundheit sollten die speziellen Bedürfnisse von seh- und hörbehinderten älteren Menschen so weit möglich berücksichtigt werden (siehe Empfehlungen "Best Practice Gesundheitsförderung im Alter" (BPGFA): Beratung, Veranstaltungen und Kurse, Dellenbach & Angst, 2010)

#### 13.8 Frisch Pensionierte

Die Pensionierung erfolgt heutzutage sehr flexibel. Fast die Hälfte der Männer lassen sich frühzeitig pensionieren. Dies trifft hauptsächlich auf Arbeitnehmende mit Vorgesetztenfunktionen zu sowie auf Personen, die von Krankheit/Unfall/Invalidität betroffen sind. Frauen lassen sich oft aus familiären Gründen (Pensionierung des Ehemannes, pflegebedürftige Eltern) früher pensionieren. Selbständig Erwerbende arbeiten häufig auch nach 65 weiter. Den meisten Männern und Frauen gelingt es, sich in die neue Lebensphase einzuleben. Begünstigende Faktoren sind eine genügende wirtschaftliche Absicherung, gute soziale Beziehungen, keine starken gesundheitlichen Einschränkungen oder Beschwerden sowie eine befriedigende Tagesstruktur mit sinnvoll erachteten Tätigkeiten und Aktivitäten. Beim Übergang zur Pensionierung ergeben sich nach Höpflinger (2011) drei Problembereiche, die zu einer psychischen Belastung führen können: (1) Die Freiheit, das Leben selber zu gestalten, kann zur Bürde werden. (2) Vor der Pensionierung werden viele Pläne gemacht, die nicht umgesetzt werden, da festgestellt wird, dass die Welt nicht auf "aktive" Senioren wartet. (3) Eine übergangslose nachberufliche Hektik kann die Anpassung an die neuen Herausforderungen verhindern.

Gemäss Angaben des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV, 2011) sind in den Jahren 2007 bis 2010 zwischen 123'300 und 131'100 Personen in der Schweiz jährlich pensioniert worden. Im Jahr 2010 bezogen 123'300 Personen neu eine Altersrente. Mehr als ein Drittel (36%) dieser Personen lebten im Ausland (Gastarbeiter, Auslandschweizer, etc.).

#### Mögliche Folgen

Rollenverlust, Sinnkrise, soziale Isolation, Vereinsamung.

#### Zugangsmöglichkeiten

Betriebe, Berufsverbände, Pensionierungs-Vorbereitungskurse, Gewerkschaften, Case Manager

,aktiv55plus' – Gesundes und aktives Altern in Rade- vormwald (D)	Siehe unter Witwen und Witwer, Seite 28.
In anticipation of the golden years (NL)	Das Programm richtet sich an Personen zwischen 50 und 75 Jahren, welche das Ziel haben, proaktive Kompetenzen zu verbessern und sich für das Alter und die Pensionierung vorbereiten möchten. Ein Train-the-Trainer-Modell wurde dafür entwickelt. (Bode, DeRidder, Kuijer, & Bensing, 2007)
Pensionierungs- vorbereitungskurse (CH)	Einbindung des Themas «Förderung der psychischen Gesundheit im Alter» in die Vorbereitungskurse zur Pensionierung (siehe z. B. Checkliste für Menschen in der Phase vor und zwei Jahre nach der Pensionierung; Höpflinger, 2011, S. 24/25).

#### 13.9 Getrennte / Geschiedene

Obwohl die Häufigkeit von Ehescheidungen auch nach langjähriger Ehe in den letzen Jahren deutlich zugenommen hat, ist eher wenig über die Ursachen, Bewältigungsmechanismen und Auswirkungen dieser Scheidungen bekannt. Als Folge einer Scheidung nach langjähriger Ehe können starke emotionale Belastungen sowie ein vorübergehender Verlust von Wohlbefinden, Gesundheit, Selbstbewusstsein und die Notwendigkeit der Umstrukturierung der bisherigen Identität als verheiratete Person auftreten. Wesentliche Aspekte, die zu einer Bewältigung dieses Ereignisses beitragen, sind der sozioökonomische Status, die Länge der Vorbereitung auf die Scheidung, eine externale Begründung des Scheiterns der Ehe, sowie die soziale Unterstützung durch Familie, Freunde und Bekannte. Ähnlich wie bei der Verwitwung gehen Männer schneller wieder eine neue Partnerschaft ein, was auf die intensiver erlebte Einsamkeit und die geringeren Kompetenzen im Umgang mit Alleinsein zurückgeführt werden kann (Schmitt, 2010).

Im Jahr 2004 haben sich in der Schweiz 567 Männer und 282 Frauen und im Jahr 2009 858 Männer und 436 Frauen in der Altersgruppe 65+ scheiden lassen. Dies entspricht einer Zunahme von gut 50% bei beiden Geschlechtern innerhalb von fünf Jahren (eigene Berechnungen aufgrund Datentabellen BFS).

Mögliche Folgen

Sinnkrise, soziale Isolation, Vereinsamung

Zugangsmöglichkeiten

Gemeinden, Gerichte, Anwälte, Mediatoren, Scheidungsberatungsstellen

Beratungsstellen (CH)	Beratungsstellen für Geschiedene.
Defataligostellell (C11)	betatangsstenen far deseniedene.

# 14 Welche Erfahrungen bestehen in der Schweiz bei der Umsetzung von Angeboten zur Förderung der psychischen Gesundheit im Alter? Stolpersteine und Lösungsvorschläge

#### Fokusgruppen

Aus den bisherigen Angaben zu Interventionen ist kaum ersichtlich, welche Schwierigkeiten sich in einem Projekt zur Förderung der psychischen Gesundheit im Alter ergeben können und welche Lösungen im Umgang damit sich bereits bewährt haben. Um in der Praxis mögliche Stolpersteine bei der Planung, Umsetzung und Durchführung von Projekten zur Förderung der psychischen Gesundheit einschätzen zu können und entsprechende Lösungsvorschläge aufzuzeigen, wurde eine Fokusgruppe entsprechend der Methode von Dürrenberger & Behringer, 1999 eingerichtet. Ziel war es, ohne Vorgaben oder Einschränkungen Stolpersteine zu sammeln und gemeinsam Lösungsansätze zu generieren, die im Anschluss als konkrete Empfehlungen dienen sollen.

Die Fokusgruppe setzte sich aus sieben Teilnehmenden (siehe Anhang 5) zusammen. Als Kriterium für die Teilnahme galt die eigene Erfahrung mit der Durchführung von Projekten und Angeboten zur Förderung der psychischen Gesundheit im Alter. Die Auswahl der Teilnehmenden erfolgte aufgrund von Empfehlungen der begleitenden Projektgruppe. Verschiedene Institutionen aus verschiedenen Kantonen waren vertreten. So nahmen die Pro Senectute Luzern mit dem Projekt "Wenn das Altwerden schwer fällt", die Pro Senectute Bern mit dem Projekt "Zwäg ins Alter", die Stiftung Alterswohnung der Stadt Zürich (SAW) mit dem Projekt "SEBA", die Pädagogische Hochschule Zürich mit dem Projekt des Migros-Kulturprozents "Tavolata", die Spitex Zürich mit dem Projekt "Präventiver Hausbesuch", die Fachstelle für Sozialarbeit Bern, die Gesundheitsdirektion vom Kanton Baselland sowie die Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie SGAP teil. Von der Fachhochschule für Soziale Arbeit, Basel, erfolgte nachträglich eine schriftliche Rückmeldung zu den Ergebnissen.

#### Ablauf und Fragestellungen

Moderiert wurde die Fokusgruppe von den beiden Autorinnen dieses Berichts. Die Fokusgruppe dauerte zwei Stunden und traf sich einmalig. Nach einer kurzen Begrüssung und Einleitung zum Ziel und Zweck der Fokusgruppe folgte eine kurze Vorstellung der Teilnehmenden über ihre Person, Institution und dem konkreten Projekt zum Thema. Anschliessend wurden die Stolpersteine, die bei der Planung, Umsetzung und Durchführung beim konkreten Angebot zur Förderung der psychischen Gesundheit im Alter bekannt sind gesammelt. Nach dem Ordnen, Diskutieren und Ergänzen dieser Beiträge wurde nach Lösungsvorschlägen zu den genannten Stolpersteinen gefragt und diese im Plenum diskutiert.

#### Erkenntnisse

Im Anhang 5 werden die von der Fokusgruppe genannten Stolpersteine und die dazu gehörigen Lösungsansätze tabellarisch gegenübergestellt. Die Stolpersteine verteilen sich auf alle möglichen Phasen in einem Projekt. Einige der genannten Stolpersteine sind bereits Gegenstand von bekannten Leitlinien, wie sie zum Beispiel bei healthPROelderly aufgeführt sind. Während in diesen Leitlinien die Stolpersteine zwar aufgenommen sind, werden oft nur sehr allgemeine Empfehlungen angeboten, wie diese zu bewältigen sind. Für den Schweizer Kontext konnten in der Fokusgruppe sehr interessante, innovative und sehr konkrete und spezifische Lösungsvorschläge (z. B. Erfahrungsaustausch, Schnupperkurse, Triage, Spielregeln

aufstellen) aufgezeigt und diskutiert werden. Die Teilnehmenden haben die Möglichkeit dieses Austausches sehr geschätzt und als hilfreich und anregend für ihre weitere Arbeit beurteilt. Die Förderung eines regelmässigen stattfindenden Erfahrungsaustausches könnte deshalb erfolgreiche Interventionen und Lösungsansätze für spezifische Probleme und deren Verbreitung hervorbringen.

#### 15 Zusammenfassung

Psychisch gesund zu sein bedeutet, den alltäglichen Anforderungen und Belastungen gewachsen zu sein, ein sinnerfülltes Leben zu führen und etwas zur Gemeinschaft beizutragen. Somit gilt die psychische Gesundheit im Alter als eine zentrale Ressource (McCulloch, 2009), welche dem älteren Menschen Wohlbefinden und eine hohe Lebensqualität sowie ein selbstständiges Leben ermöglicht.

Durch die Anforderungen des täglichen Lebens muss die psychische Gesundheit immer wieder neu ausbalanciert werden. In der Lebensphase Alter wird die psychische Gesundheit durch verschiedene kritische Ereignisse wie physische und psychische Erkrankungen, Verlust von Bezugspersonen, Verwitwung, Verlust der Mobilität, die sich dazu noch kumulieren können, stark beansprucht. Diese Ereignisse erfordern eine hohe individuelle Anpassungsleistung, damit die psychische Gesundheit erhalten bleibt.

Psychische Gesundheit kann deshalb nicht einfach als das Gegenteil von psychischer Erkrankung, bzw. als die Abwesenheit von psychischen Erkrankungen verstanden werden. Allgemein kann eine psychische Erkrankung umschrieben werden als eine erhebliche Abweichung von der Norm im Erleben oder im Verhalten. Nach internationalen Feldstudien über die Prävalenz psychischer Erkrankungen im Alter sind etwa 25% der über 65-jährigen Menschen davon betroffen. Die im Alter am häufigsten vorkommenden psychischen Erkrankungen sind Demenz, Depressionen, Angst- und Zwangserkrankungen, Delir, Schizophrenie und wahnhafte Störungen, Substanzenmissbrauch und –abhängigkeit sowie somatoforme Störungen und Schlafstörungen.

Der Fokus der Förderung der psychischen Gesundheit im Alter liegt nun darauf, gesundheitsfördernde Strategien und Massnahmen anzuwenden, die in erster Linie die psychische Gesundheit stärken und sekundär somit möglichst die Entwicklung psychischer Erkrankungen verhindern. Den grössten Erfolg erreichen Strategien und Massnahmen, die sowohl das Gesundheitsverhalten als auch die Lebensumstände von Personen beeinflussen, da die psychische Gesundheit sowohl vom individuellen Verhalten einer Person als auch von den äusseren Verhältnissen beeinflusst wird.

Nachweisliche wirksame Strategien zur Förderung der psychischen Gesundheit im Alter sind:

- Verfügbarkeit von Möglichkeiten für sinnvolle Aktivitäten
- Förderung eines gesunden Lebensstils
- Verfügbarkeit von Möglichkeiten für körperliche Aktivitäten und Training
- Stärkung positiver Beziehungen
- Verbesserung kommunaler Partizipation
- Verfügbarkeit von Möglichkeiten für sicheres und unabhängiges Leben
- Verfügbarkeit von angemessenen Gesundheits- und Sozialdiensten
- Bekämpfung von Altersdiskriminierung

Folgende konkrete Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit weisen eine gute Evidenz auf:

- Vermittlung von Bewältigungsstrategien und Kompetenzen
- Anreize zu physischen Aktivitäten
- Anreize zu spirituellen und kreativen Aktivitäten
- Möglichkeiten zur sozialen Integration
- Zugang zu sozialer Unterstützung und sozialen Netzwerken

Strategien und Massnahmen zur Förderung von psychischer Gesundheit richten sich grundsätzlich an die Gesamtbevölkerung und schliessen somit alle Personen ein. Für bestimmte Personen braucht es aber zusätzliche Bemühungen, da sie für die Gesundheitsförderung generell schwer zu erreichen und/oder durch altersbedingte kritische Ereignisse und Situationen besonders belastet sind.

In Absprache mit der Projektsteuergruppe wurden die nachfolgenden Zielgruppen als von besonderem Interesse bezeichnet:

- Subjektiv Vereinsamte
- Verwitwete
- Finanziell Benachteiligte
- Pflegende Angehörige
- Zuhause lebende Pflegeabhängige
- Gebrechliche, fragile Personen
- Seh- und Hörbehinderte
- Frisch Pensionierte
- Getrennte/Geschiedene

Diesen Personengruppen gemein ist, dass sie in die soziale Isolation geraten können. Ein zentraler Ansatz zur Förderung der psychischen Gesundheit im Alter ist es deshalb, verschiedene Anreize und Möglichkeiten zur sozialen Integration zu schaffen.

Von den am Projekt beteiligten Fachleuten wurden folgende Projektansätze für die Zielgruppen Subjektiv Vereinsamte, Verwitwete und finanziell Benachteiligte als besonders erfolgsversprechend angesehen:

- Circle of Friends
- ,aktiv55plus' Gesundes und aktives Altern in Radevormwald
- Offene Gesprächsnachmittage für verwitwete Frauen in Zürich
- SEBA Gedächtnis- und Bewegungskurse

Zur Förderung der Gesundheit im Alter generell und zur Förderung der psychischen Gesundheit im Alter speziell sind in nationalen und internationalen Programmen evidenzbasierte Leitlinien und Empfehlungen erarbeitet worden. Diese basieren auf dem Wissen über den Aufbau und die Erhaltung guter Gesundheit im Alter. Zusätzlich stehen Datenbanken mit unterschiedlichen praxiserprobten Interventionsbeispielen zur Verfügung, die gute Anregungen für eigene Angebote liefern. Zusammen mit den Ausführungen in diesem Bericht stehen damit politischen Entscheidungsträgern, Kommissionen von Geldgebern und übergeordneten Konzepterarbeitenden verschiedene Instrumente für den schweizerischen Kon-

text zur Verfügung. Diese können als Grundlagen für die Planung und Umsetzung von Strategien und Massnahmen von wirkungsvollen Interventionen in die Praxis beigezogen werden.

Die am Projekt beteiligten Fachleute empfehlen die genannten Strategien, Massnahmen und Projektansätze anzupassen 'weiterzuentwickeln und wenn erfolgreich breit umzusetzen.

#### 16 Gesamtliteraturverzeichnis

- Age Concern. (2007). *Improving Services and Support for Older People with Mental Health Problems*. London: Age Concern.
- Baer, N. & Cahn, T. (2009). Psychische Gesundheitsprobleme. In: Meyer K. et al. (Hrsg), Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Bern: Hans Huber.
- Baillie, A. J. & Mattick, R. P. (1996). Benzodiazepine dependence questionnaire: Development, reliability and validity. *British Journal of Psychiatry*, 169, 276-281.
- Baltes, M. M. & Lang, F. R. (1997). Everyday functioning and successful aging: The impact of resources. *Psychology and Aging*, 12, 433–443.
- Baltes, P. B. (2000). Der unfertige Mensch. Der Spiegel, 46, 176.
- Baltes, P. B., Lindenberger, U. & Staudinger, U. (1990). Life-span theory in developmental psychology. In: R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of child psychology* (pp. 1029–1043). New York: Wiley.
- Becker, P. (2006). Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung. Göttingen: Hogrefe.
- Beekman, A. T. F., Copeland, J. R. M. & Prince, M. J. (1999). Review of community prevalence of depression in later life. *British Journal of Psychiatry*, *174*, 307–311.
- Benz, P., Gut, E., Hock, Ch., Minder, J., Noser, O. & Radman, I. (2006). Bericht der Arbeitsgruppe "Gerontopsychiatrie" zur alterspsychiatrischen Versorgung im Kanton Zürich Im Auftrag des Vorstandes des Zürcher Vereins Psychiatrischer Chefärzte (ZVPC).
- BKK Bundesverband (Hrsg.) (2009). *Handlungshilfe. Gesund älter werden im Stadtteil* [Online]. Verfügbar unter http://www.bkk-nordwest.de/pressecenter/publikationen/download/gesund\_aelter\_werden.pdf [07.06.2011].
- Blazer, D. G., Hays, J. C. & Salive, M. C. (1996). Factors associated with paranoid symptoms in a community sample of older adults. *The Gerontologist*, *36*, 70–75.
- Blümel, S. (2011). Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell in der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Verlag für Gesundheitsförderung: Werbach-Gamburg.
- Bode, C., De Ridder, D. T. D. & Bensing, J. M. (2006). Preparing for aging: Development, feasibility, and preliminary results of an educational program for midlife and older based on proactive coping theory. *Patient Education and Counseling*, *61*, 272-278.
- Bode, C., De Ridder, D. T. D., Kuijer, R. G. & Bensing, J. M. (2007). In anticipation of the golden years: Effects of an intervention promoting proactive coping competencies in middle and late adulthood. *The Gerontologist*, 47, 42-51.
- Brandtstädter, J. (2002). Entwicklung Intentionalität Handeln. Stuttgart: Kohlhammer.
- Brenes, G. A., Guralnik, J. M., Williamson, J. D., Fried, L. P., Simpson, C., Simonsick, E. M. et al. (2005). The influence of anxiety on the progression of disability. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 15–22.
- Bundesamt für Statistik BFS. (2010a). Ständige Wohnbevölkerung nach Alter. Neuchâtel: BFS.

- Bundesamt für Statistik BFS. (2010b). *Ständige Wohnbevölkerung nach Zivilstand*. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik BFS. (2009). *Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB* 2007. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Sozialversicherung BSV. (2011). AHV Statistik 2010. Bern: BSV.
- Bundesamt für Sozialversicherung BSV. (2008). *Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 2007*. Tabellenteil. Bern: BSV.
- Bundesvereinigung Prävention & Gesundheitsförderung. (2008). *Empfehlungen der BVPG e.V. Präventionsziele für die zweite Lebenshälfte* [Online]. Verfügbar unter http://www.bvpraevention.de/bvpg/images//Positionen/praevzielegesamt\_BVPG.pdf [10.9.2011].
- Burgstaller, B., Bauer, M. & Krenn, I. (2006). *Anders Altern in Radenthein Gesundheitsförderung im Alter*. Projektendbericht [Online]. Verfügbar unter http://www.fgoe.org/projektfoerderung/gefoerderte-projekte/FgoeProject\_132834 [21.12.11].
- CAMH. (2010). *Best practice guidelines for mental health promotion programs: Older adults 55+.* Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.
- Caracci, G., Miller, N. (1991). Epidemiology and diagnosis of alcoholism in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *6*, 511-515.
- Cattan, M., White, M., Bond, J. & Learmonth, A. (2005). Preventing social isolation and lone-liness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing and Society*, 25, 41-67.
- Christenson, R. & Blazer, D. (1984). Epidemiology of persecutory ideation in an elderly population in the community. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1088-1189.
- Ciechanowski, P., Wagner, E., Schmaling, K., Schwartz, S., Williams, B., Diehr, P., Kulzer, J., Gray, S., Collier, C. & Logerfo, J. (2004). Community-Integrated Home-Based Depression Treatment in Older Adults. A Randomized Controlled Trail. *Journal of the American Medical Association*, 291(13), 1569-77.
- Clemens, W., Höpflinger, F. & Winkler, R. (2005). *Arbeit in späteren Lebensphasen Sackgassen, Perspektiven und Visionen*. Bern: Haupt Verlag.
- Copeland, J. R. M., Dewey, M. E., Scott, A. et al (1998). Schizophrenia and delusional disorder in older age: community prevalence, incidence, comorbidity and outcome. *Schizophrenia Bulletin*, 24 (1), 153–161.
- De Lepeleire, J., Iliffe, S., Mann, E. & Degryse J. M. (2009). Frailty: an emerging concept for general practice. *British Journal of General Practice, May,* e177-e182.
- Dellenbach, M. & Angst, S. (2011). *Beratung, Veranstaltungen und Kurse*. Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter». [Online]. Verfügbar unter
  - http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Gesundheitsfoerderung\_und\_Praeventio n/Programme\_Projekte/best\_practice\_seniors/module.php?micro=module.php [22.12.2011].

- Dürrenberger, G. & Behringer, J. (1999). *Die Fokusgruppe in Theorie und Anwendung*. Stuttgart: Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg.
- Forsell, Y. & Henderson, A. S. (1998). Epidemiology of paranoid symptoms in an elderly population. *British Journal of Psychiatry*, 172, 429-432.
- Franzkowiak, P. (2011). Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Verlag für Gesundheitsförderung: Werbach-Gamburg.
- Freund, A. M. & Baltes, P. B. (2002). Life-management strategies of selection, optimization and compensation: Measurement by self-report and construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 642–662.
- Friedli, L., Oliver, C., Tidyman, M, & Ward, G. (2007). *Mental health improvement: evidence based message to promote mental wellbeig.* Edinburgh: NHS Health Scotland.
- Froggett, L., Chamberlayne, P., Wengraf, T. & Buckner, S. (2005). *Bromley-by-Bow Centre research and evaluation project: Integrated practice Focus on older people*. London: Bromley-by-Bow Centre.
- Glaeske, G. (2000). Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), Jahrbuch Sucht 2001 (S. 63-79). Neuland: Geesthacht.
- Gschwind, Y., Wolf, I., Bridenbaugh, S. & Kressig, R. (2011). *Sturzprävention*. Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter». [Online]. Verfügbar unter
  - http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Gesundheitsfoerderung\_und\_Praeventio n/Programme\_Projekte/best\_practice\_seniors/module.php?micro=module.php [22.12.2011].
- Gygax, D. (2004). Eine Evaluation der Effekte von Empowerment betagter Personen auf deren soziales Netzwerk, die soziale Unterstützung und Einsamkeit, wie auch der Zufriedenheit der Teilnehmer mit dem Trainingsangebot. Unveröffentlichte Forschungsarbeit am Psychologischen Institut der Universität Zürich.
- Heeb, J.-L., Ambroz, F., Bopp, M., Egli, K., Höpflinger, F., Martin, M., Roth, M., Schelling, H. R., Stähli, R. & Ugolini, B. (2008). *Gesundheit im Alter. Ein Bericht aus dem Kanton Zürich.* Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- Helmchen, H., Baltes, M. M., Geiselmann, B., Kanowski, S., Linden, M., Reischies, F. M., Wagner, M. & Wilms, H. U. (2010). Psychische Erkrankungen im Alter. In: Mayer, K. U. & Baltes, P. B. (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie*. (3. erweit. Aufl.) (S. 209-243). Berlin: Akademie
- Helmchen, H., Kanowski, S. & Lauter, H. (2006). Ethik in der Altersmedizin. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hessel, A., Geyer, M., Gunzelmann, T., Schumacher, J. & Brähler, E. (2003). Somatoforme Beschwerden bei über 60-Jährigen in Deutschland. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 36, 287–296.

- Hikl, R. & Bill, P. (2005). "aktiv55plus" Abschlussbericht: Anregung für die Gesundheitsförderung älterer Menschen in der Kleinstadt. (10/2011) [Online]. Verfügbar unter http://www.aktiv-55plus.de/uploads/Abschlussbericht.pdf [3.11.2011].
- Hill, A., Rumpf H-J., Hapke, U., Driessen, M. & John, U. (1998). Prevalence of alcohol dependence and abuse in general practice. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 22, 935-940.
- Hohagen, F., Käppler, C., Schramm, E., Rink, K., Weyerer, S., Riemann, D. & Berger, M. (1994). Prevalence of insomnia in elderly general practice attenders and the current treatment modalities. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90,102–108.
- Holland, E. (2006). *How We Grew: Regional Caregiver Networks in Newfoundland and Labrador*. St. John's: Seniors Resource Centre of Newfoundland and Labrador. [Online]. Verfügbar unter www.seniorsresource.ca/careguide.pdf [21.12.2011].
- Hosman, C. & Jané-Llopis, E. (2005). The Evidence of Effective Interventions for Mental Health Promotion. In: Herrman, H., Saxena, S. & Moodie, R. (Eds.), *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice* (pp. 169-188). Geneva: World Health Organization.
- Höpflinger, F. (2011). Wandel des dritten Lebensalters 'Junge Alte' im Aufbruch [online]. Verfügbar unter www.hoepflinger.com [14.9.2011].
- Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L. & Zumbrunn, A. (2011). *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz*. Bern: Hans Huber.
- Höpflinger, F. (2009). *Soziale Beziehungen im Alter Entwicklungen und Problemfelder* [online]. Verfügbar unter www.hoepflinger.com [14.09.2011].
- Höpflinger, F. & Hugentobler, V. (2005) Familiale, ambulante und stationäre Pflege im Alter. Perspektiven für die Schweiz. Bern: Hans Huber.
- Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (2004). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Hans Huber.
- Inouye, S. K. (2006). Delirium in Older Persons. Current Concepts. *New England Journal of Medicine*, 354, 1157-1165.
- Jané-Llopis, E. & Gabilondo, A. (Eds). (2008). *Mental Health in Older People*. Consensus paper. Luxembourg: European Communities.
- Käppler C., Riemann, D., Weyerer, S., Berger, M & Hohagen, F. (1994). Schlafstörungen im höheren Lebensalter Prävalenz und Behandlung in der Allgemeinpraxis. In: Kemper, J. & Zulley, J. (Hrsg.): *Gestörter Schlaf im Alter* (S. 46-75). München: MMV.
- Keleher, H. Armstrong, R. (2005). *Evidence-based mental health promotion resource*. Report for the Department of Human Services and VicHealth. Melbourne.
- Kommission der europäischen Gemeinschaften (2005). Grünbuch. Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union. Brüssel: Kommission der europäischen Gemeinschaften.
- Kruse, A. (2007). Prävention und Gesundheitsförderung im Alter. In: Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 81-91). Bern: Hans Huber.

- Kuhlmann, A. & Koch, K. (2009). *Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune*. Bundesministerium für Gesundheit. Dortmund.
- Lambert, S., Granville, G., Lewis, J., Merrell, J. & Taylor, C. (2007). 'As soon as I get my trainers on I feel like dancing': An evaluation of Ageing Well in England and Wales. WAG / Age Concern.
- Lang, F. R., Rieckmann, N. & Baltes, M. M. (2002). Adapting to aging losses: Do resources facilitate strategies of selection, compensation, and optimization in everyday functioning? *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B, 501–509.
- Lavikainen, J., Lahtinen, E. & Lehtinen, V. (2000). *Public Health Approach on Mental Health in Europe*. National Research and Development Centre for Welfare and Health, (STAKES) Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki.
- Lerner, R. M. (1984). On the Nature of Human Plasticity. Cambridge: University Press.
- Leu, R., Burri, S. & Priester, T. (1997). Lebensqualität und Armut in der Schweiz. Bern: Haupt.
- Linden, M., Kurtz, G., Baltes, M. M., Geiselmann, B., Lang, F. R., Reischies, F. M. & Helmchen, H. (1998). Depression bei Hochbetagten Ergebnisse der Berliner Altersstudie. *Nervenarzt*, 69, 27–37.
- Lieb, R., Becker, E. & Altamura, C. (2005). The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 445–452.
- Lyssenko, L., Franzkowiak, P. & Bengel, J. (2011). Resilienz und Schutzfaktoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*. Verlag für Gesundheitsförderung: Werbach-Gamburg.
- Martina, C. M. S. & Stevens, N. L. (2006). Breaking the cacle of loneliness: Psychological effects of a friendship enrichment program for older women. *Aging and Mental Health*, 10, 467-475.
- McCulloch, A. (2009). Old age and mental health in the context of the life span: What are the key issues in the 21st century. In: Williamson, T. (Ed.), *Older people's mental health today: A handbook* (pp. 9–18). Brighton: OLM-Pavilion/Mental Health Foundation.
- Meier-Baumgartner, H. P., Nerenheim-Duscha, I. & Görres, S. (1992). Die Effektivität von Rehabilitation bei älteren Menschen unter besonderer Berücksichtigung psychosozialer Komponenten bei ambulanter, teilstationärer und stationärer Betreuung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Meusel, H. (2000). Grundlagen der Bewegungstherapie in der geriatrischen Rehabilitation. Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie, 33, 35–44.
- Mulrow, C., Aguilar, C., Endicott, J. E. Velez, R. et al. (1990). Association between hearing impairment and the quality of life of elderly individuals. *Journal of the American Geriatric Society*, 38(1), 45–50.
- Myers, J. E. (2006). Gerontology: Mental health and aging. In: Weikel, W. J. & Palmo, A. J. (Eds.), *Foundations of mental health counseling* (3rd ed.), Springfield: Charles C. Thomas.
- Nikolaus, T. (2008). Basiswissen Medizin des Alterns und des alten Menschen. Heidelberg, Springer.

- Obsan (2007). Genereller Gesundheitszustand und Wohlbefinden Einschlaf- oder Durchschlafstörungen [Online]. Verfügbar unter http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/04/01/ind26.indicator.149051.260101 .html?open=149001,149002,149003 [11.10.2011].
- Oswald, W. D., Rupprecht, R. & Gunzelmann, T. (1998). Effekte eines einjährigen Gedächtnis-, Kompetenz- und psychomotorischen Trainings auf Leistungsfähigkeit im höheren Lebensalter. In: Kruse, A. (Hrsg.), *Psychosoziale Gerontologie*, Band 2: Intervention (S. 94–107). Göttingen: Hogrefe.
- Oswald, W. D., Hagen, B., Rupprecht, R. & Gunzelmann, T. (2002). Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbständigkeit im höheren Lebensalter (SIMA) Teil XVII:100 Zusammenfassende Darstellung der langfristigen Trainingseffekte. Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie, 15, 13-31.
- Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F. & Schnegg, B. (2010). *Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz. Schlussbericht. SwissAgeCare-2010*. Forschungsprojekt im Auftrag von Spitex-Schweiz.
- Petzold, H. (2004). *Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden schulenübergreifender Psychotherapie.* Paderborn: Junfermann.
- Pilgram, A. & Seifert, K. (2009). *Leben mit wenig Spielraum, Altersarmut in der Schweiz*. Pro Senectute Schweiz, Zürich.
- Pollett, H. (2007). *Mental Health Promotion: A Literature Review*. Prepared for the Mental Health Promotion Working Group of the Provincial Wellness Advisory Council (Seniors: p 6-7). Canadian Mental Health Association.
- ProMenPol, (2009). *A Manual for Promoting Mental Health and Wellbeing: Older Peoples Residences* [Online]. Verfügbar unter http://www.mentalhealthpromotion.net/?i=promenpol.en.promenpol-tool-kit [22.12.2011].
- Pushkar, D. & Arbuckle, T. (2002). Positive Mental Health in Aging: Challenges and Resources. *Writings in Gerontology* (18): Mental Health and Ageing, 7–16.
- Rabiner, D. J., Scheffler, S., Koetse, E., Palermo, J., Ponzi, E., Burt, S. & Hampton, L. (2004). The Impact of the Senior Companion Program on Quality of Life Outcomes for Frail Older Adults and Their Families. *Home Health Care Services Quarterly*, 224, 1-26.
- Reinprecht, C., Donat, L. & Kienzl-Plochberger, K. (2005). *Aktiv ins Alter! Forschungsbericht. Ergebnisse der Begleitforschung. WHO-Projekt "Investition in die Gesundheit älterer Menschen"*. Wien: Institut für Soziologie der Universität Wien.
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (2011). Determinanten der Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*. Verlag für Gesundheitsförderung: Werbach-Gamburg.
- Riedel-Heller, S. G. (2004). Das Spektrum psychischer Störungen im Alter eine Bevölkerungsperspektive. *Psychiatrische Praxis*, *31*, 327–329.
- Ritchie, K., Artero, S., Beluche, I., Ancelin, M. L., Mann, A., Dupuy, A. M., Malafosse, A. & Boulenger, J. P. (2004). Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population: the Esprit Study. *British Journal of Psychiatry*, 184, 147-152.

- Robins, L. N. & Regier, D. A. (1991). *Psychiatric disorders in America. The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: The Free Press.
- Rothermund, K. & Brandtstädter, J. (2003). Coping with deficits and losses in later life: from compensatory action to accommodation. *Psychology of Aging*, *18*, 896–905.
- Routasalo, P. & Pitkälä K. H. (2003). Loneliness among older people. *Reviews in Clinical Gerontology*, 13, 303–311.
- Routasalo, P., Savikko, N., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E. & Pitkälä, K. H. (2006). Social contacts and their relationship to loneliness among aged people a population-base study. *Gerontology*, 52, 181–187.
- Savikko N., Routasalo P., Tilvis R. & Pitkälä K. (2010). Psychosocial group rehabilitation for lonely older people: favourable processes and mediating factors of the intervention leading to alleviated loneliness. *International Journal of Older People Nursing*, 5, 16-24.
- Schaie, K. W. & Baltes, P. B. (1996). *Intellectual development in adulthood: The Seattle Longitudinal Study*. Cambridge: University Press.
- Schäufele, M., Weyerer, S. & Zimber, A. (1999). Prävalenz und Alkoholmissbrauch und abhängigkeit bei älteren Heimbewohnern: Eine Studie in Mannheimer Alten- und Altenpflegeheimen. In: Havemann-Reinecke, U., Weyerer, S. & Fleischmann, H. (Hrsg.), (1998). *Alkohol und Medikamente, Missbrauch und Abhängigkeit im Alter* (S. 148-155). Freiburg: Lambertus.
- Schaub, R. T. & Linden, M. (2000). Anxiety and anxiety disorders in the old and very old: Results from the Berlin aging study (BASE). *Comprehensive Psychiatry*, 41, 48–54.
- Schmitt, M. (2010). *Die Ehebeziehung im mittleren Erwachsenenalter* [Online]. Verfügbar unter www.familienhandbuch.de/partnerschaft/grundlagen-fur-die-partnerschaft/die-ehebeziehung-im-mittleren-erwachsenenalter [14.10.2011].
- Schmitt, M. & Re, S. (2004). Partnerschaften im höheren Erwachsenenalter. In: Kruse, A. & Martin, M. (Hrsg.), *Enzyklopädie der Gerontologie* (S. 373-386). Bern: Huber.
- Schuler, D. & Meyer, P. C. (2006). Psychische Gesundheit / Krankheit: die Versorgungslage in der Schweiz. *Managed Care*, 1/8, 6–8.
- Schuler, D., Rüesch, P. & Weiss, C. (2007). *Die psychische Gesundheit in der Schweiz Monito- ring. Arbeitsdokument* 24. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Seematter, L., Bize, R. & Mettler, D. (2011). Bewegungsförderung. Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter». [Online]. Verfügbar unter http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Gesundheitsfoerderung\_und\_Praevention/Programme\_Projekte/best\_practice\_seniors/module.php?micro=module.php [22.12.2011].
- Seymour, L. & Gale, E. (2004). *Literature & Policy Review for the Joint Inquiry into Mental Health and Wellbeing in Later Life.* London: Age Concern England/Mental Health Foundation.
- Sheikh, J. I., Swales, P. J., Carlson, E. B. & Lindley, S. E. (2004). Aging and Panic Disorder: Phenomenology, Comorbidity, and Risk factors. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 102-109.

- Soom Ammann, E. & Salis Gross, C. (2011). Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen. Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter». [Online]. Verfügbar unter http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Gesundheitsfoerderung\_und\_Praevention/Programme\_Projekte/best\_practice\_seniors/module.php?micro=module.php [22.12.2011].
- Spencer, B., Broesskamp-Stone, U., Ruckstuhl, B. et al. (2008). Modelling the results of health promotion activities in Switzerland: Development of the Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention. *Health Promotion International*, 1(23),
- 86–97 Statistik Stadt Zürich (2009). Die soziale Einbettung älterer Menschen. Stadt Zürich.
- Stähelin, H. B. (2000). Kognitive Voraussetzungen der Rehabilitation. Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie, 33, 24–27.
- Staudinger, U. M. & Greve, W. (2001). Resilienz im Alter. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.). *Personale, gesundheitliche und Umweltressourcen im Alter. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung* (S. 94-144). Opladen: Leske & Buddrich.
- Steinmann, R. M. (2005). Psychische Gesundheit Stress. Wissenschaftliche Grundlagen für eine nationale Strategie zur Stressprävention und Förderung psychischer Gesundheit in der Schweiz. Bern/Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Stevens, N. L. (2001). Combating loneliness: A friendship enrichment program for older women. *Ageing and Society*, *21*, 183–202.
- Stewart, M., Craig, D., MacPherson, K. & Alexander, S. (2001). Promoting Positive Affect and Diminishing Loneliness of Widowed Seniors. *Public Health Nursing*, 18, 54–63.
- Tesch-Romer, C. (1997). Psychological effects of hearing aid use in older adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 52, 3, 127–38.
- Wahl, H. W., Diehl, M., Kruse, A., Lang, F. R. & Martin, M. (2008). Psychologische Alternsforschung: Beiträge und Perspektiven. *Psychologische Rundschau*, *59*(1), 2–23.
- Wahl, H. W., Schilling, O. & Becker, S. (2007). Age-related macular degeneration and change in psychological control: Role of time since diagnosis and functional ability. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 62B(2), 90–97.
- Wahl, H. W., Heyl, V. & Langer, N. (2008). Lebensqualität bei Seheinschränkung im Alter: Das Beispiel altersabhängige Makuladegeneration. *Ophthalmologe*. [Online]. Verfügbar unter DOI 10.1007/s00347-008-1724-0. [6.12.2011].
- Wernicke, T. F., Linden, M., Gilberg, R. & Helmchen, H. (2000). Ranges of psychiatric morbidity in the old and very old results from the Berlin Aging Study (BASE). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 250, 111–119.
- Wettstein, A. et al. (2001). Geriatrie. Checklisten der aktuellen Medizin. Stuttgart: Thieme.
- Weyerer, S. & Bickel, H. (2007). *Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Weyerer, S. & Dilling, H. (1991). Psychiatric and physical illness, sociodemographic characteristics, and the use of psychotropic drugs in the community: Results from the Upper Bavarian Field Study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 44, 303–311.

- Weyerer, S., Schäufele, M. &Zimber, A. (1998). Epidemiologie des Psychopharmakagebrauchs im höheren Alter. In: Havemann-Reinecke, U., Weyerer, S. & Fleischmann, H. (Hrsg.), (1998). *Alkohol und Medikamente, Missbrauch und Abhängigkeit im Alter* (S. 38-49). Freiburg: Lambertus.
- WHO (2001). World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: WHO.
- WHO (2004). Prevention of Mental Disorders, effective interventions and policy options. Geneva: WHO.
- WHO (2004). *Promoting Mental Health: Concepts Emerging Evidence Practice.* Geneva: WHO.
- WHO (2005). *Mental Health Action Plan for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions.* Helsinki: WHO.
- WHO (2005). Gesundes Altern. Aufsuchende Aktivierung älterer Menschen. Kopenhagen: Regionalbüro für Europa.
- Zoller, M., Badertscher, N. & Rossi, P. (2011). *Partizipation der Hausärztinnen und Hausärzte*. Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter». [Online]. Verfügbar unter http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Gesundheitsfoerderung\_und\_Praevention/Programme\_Projekte/best\_practice\_seniors/module.php?micro=module.php [22.12.2011].
- Zwimpfer, A. (2004). Selbständig bleiben im Alter (SEBA). Evaluation einer Intervention in Zürcher Alterssiedlungen. Lizentiatsarbeit der Philosophischen Fakultät der Universität Zürich.

### 17 Verzeichnisse

#### 17.1 Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1.</b> Anforderungs-Ressourcen-Modell (vereinfachte Darstellung nach	
Becker, 2006)	6
Abbildung 2. Individuum, Prävention und Gesundheitsförderung auf dem	
Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (Blümel, 2011).	9
<b>Abbildung 3.</b> Verschiedene Ebenen der Determinanten der Gesundheit (Richter der Hurrelmann, 2011).	
	11
17.2 Tabellenverzeichnis	
<b>Tabelle 1.</b> Partnerbeziehung nach Alter und Geschlecht, 2010* (Höpflinger & Hugentobler, 2005)	27

#### 18 Projektbeteiligte

Projektteam Zentrum für Gerontologie:

- Dr. Myriam Dellenbach, Zentrum für Gerontologie, Universität Zürich, Projektleiterin
- Silvia Angst, Zentrum für Gerontologie, Universität Zürich, Projektmitarbeiterin
- Hans Rudolf Schelling, Zentrum f

  ür Gerontologie, Gesch

  äftsf

  ührer

Projektteam ,Best Practice Gesundheitsförderung im Alter' (BPGFA):

- Andreas Biedermann, Public Health Services, im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz
- Heidi Schmocker, Abteilungsleiterin Gesundheitsförderung bei Pro Senectute Kanton Bern
- Dr. Robert Sempach, Projektleiter Gesundheit, Direktion Kultur und Soziales, Migros-Genossenschafts-Bund
- Dr. Ralph Steinmann, Senior Manager, Gesundheitsförderung Schweiz
- Prof. Dr. med. Gabriela Stoppe, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie, klinische Geriatrie, Leiterin des Bereiches Allgemeine Psychiatrie stationär an den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel
- PD Dr. Albert Wettstein, Alt Stadtarzt Zürich

#### Fokusgruppe:

- Anita Gerig, Stiftung Alterswohnungen der Stadt Zürich (SAW), Stabmitarbeiterin der Direktion und in dieser Funktion auch für das Projekt SEBA zuständig
- Esther Kirchhoff, Pädagogische Hochschule Zürich, Projektkoordinatorin Tavolata, Projekt Migros-Kulturprozent
- Johanna Kohn, Hochschule für Soziale Arbeit, mit dem Schwerpunkt ,Förderung psychischer Gesundheit betagter Migranten in Institutionen der Altenhilfe'
- Jürg Lauber, Leiter Kommunikation und Vertreter der Geschäftsleitung von Pro Senectute Kanton Luzern, Projekt ,Wenn das Altwerden schwer fällt'
- Gabriele Marty, Gesundheitsdirektion Basel Land, Abteilung Alter und Gesundheit, Gesundheitsförderung im Alter, ehemals Projektteam, Best Practice Gesundheitsförderung im Alter' (BPGFA)
- Maria Messmer Capaul, Spitex Zürich, Leiterin der Fachstelle präventive Beratung im Alter der Stadt Zürich
- Dr. Jacqueline Minder, Chefärztin und Bereichsleiterin Alterspsychiatrie (Integrierte Psychiatrie Winterthur ipw), Vorstand Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie SGAP
- René Setz, Fachstelle für Sozialarbeit FASA, Bern, Männerprojekte
- Heidi Schmocker, siehe Projektteam ,Best Practice Gesundheitsförderung im Alter' (BPGFA), Projekt Kt. Bern ,Zwäg ins Alter'

#### Fachliche Beratung:

Dr. Caroline Moor, Zentrum für Gerontologie

## Anhang 1: Weblinks

Die nachfolgenden Weblinks verweisen auf Leitlinien und Empfehlungen zur Förderung der psychischen Gesundheit im Alter, die im Rahmen von nationalen und europäischen Projekten und Programmen entwickelt worden sind. Darunter befinden sich auch nützliche Instrumente wie Checklisten und Beurteilungsbögen. (Die aufgeführten Weblinks sind aktuell per 15.12.2011).

#### Kanada

http://knowledgex.camh.net/policy\_health/mhpromotion/mhp\_older\_adults/Pages/default.aspx

- Best practice guidelines for mental health promotion programs: Older adults 55+. (2010). Centre for Addiction and Mental Health (CAMH).
- Directives sur les meilleures pratiques à appliquer pour les programmes de promotion de la santé mentale : personnes de 55 ans+. (2010). Centre for Addiction and Mental Health (CAMH).

#### **England**

http://lx.iriss.org.uk/sites/default/files/resources/26-Promoting%20Mental%20Health%20and%20Well-being%20in%20Later%20Life%20-%20Inquiry%20Report.pdf

Promoting Mental Health and Well-being in Later Life. A first report from the UK Inquiry into Mental Health and Well-being in Later Life. (2006). Age Concern and Mental Health Foundation. London.

#### Schottland

http://www.healthscotland.com/topics/stages/healthy-ageing/mental-health-later-life.aspx

http://www.healthscotland.com/uploads/documents/WellbeingBook.pdf

- Mental Health and Well-being in Later Life: Older People's Perceptions. (2004). Health Scotland. Edinburgh.
- Mental Health and Well-being in Later Life: Report of regional seminar programme. (2004). Health Scotland. Edinburgh.

#### ProMenPol Projekt (EU)

http://www.mentalhealthpromotion.net/?i=promenpol

- A Manual for Promotion Mental Health and Wellbeing: Older People Residences. 2009. ProMenPol.
- Projektdatenbank: http://www.mentalhealthpromotion.net/?i=promenpol.de.germantoolkit

#### healthPROelderly Projekt (EU)

http://www.healthproelderly.com/pdf/HPE\_Broschuere\_Leitlinien.pdf

- Evidenzbasierte Leitlinien für die Gesundheitsförderung älterer Menschen. Januar 2010. healthPROelderly.
- Projektdatenbank: http://www.healthproelderly.com/database/

## Anhang 2: Psychische Erkrankungen im Alter

#### Depression

Eine Depression setzt sich aus der Verminderung von Interesse und Freudfähigkeit zusammen. Darüber hinaus wird sie mit Veränderungen der Psychomotorik, der Kognition des Schlafes, des Appetits und des sexuellen Verlangens, ein allgemeines körperliches Unwohlsein und eine leichte Erschöpfbarkeit in Verbindung gebracht. Eine Depression tritt häufig zusammen mit anderen psychischen und körperlichen Erkrankungen auf und hat einen negativen Einfluss auf die funktionale Gesundheit (WHO, 2005). Die ICD-10 Kriterien unterscheiden zwischen leichten, mittelgradigen und schweren depressiven Episoden.

Eine Depression kann durch biologische (genetische Prädisposition, neurobiologische Dysfunktion), psychologische (kognitive oder sozialbehaviorale Dysfunktionen, Persönlichkeitsfaktoren) oder psychosoziale Faktoren (belastende Lebensereignisse, aversive und nonsupportive Umweltbedingungen) ausgelöst werden.

Die Besonderheit bei der Diagnose einer depressiven Erkrankung im Alter ist die oftmals schwierige Abgrenzung zwischen einer Depression und einzelnen körperlichen Erkrankungen, wie zum Beispiel einer Demenzerkrankung oder einer Parkinson-Krankheit (organische Depression). Körperliche Erkrankungen können sowohl als Ursache als auch als Folge der Depression diskutiert werden. Das Vorherrschen von körperlichen Beschwerden und das häufige Fehlen der emotionalen depressiven Symptomatik erschweren darüber hinaus die Diagnostik einer depressiven Erkrankung bei älteren Menschen zusätzlich.

Vergleicht man jüngere, mittlere und ältere Altersgruppen, zeigt sich, dass die Prävalenz von Depressionen bei älteren Menschen nicht höher ist als bei jüngeren (Weyerer & Bickel, 2007). Bei der Prävalenz von Depression ist jedoch zwischen den Schweregraden zu unterscheiden. Schwere Depressionen nehmen im Alter eher ab, während leichtere Formen und die depressiven Symptome ohne Krankheitswert leicht zuzunehmen scheinen (Weyerer & Bickel, 2007). Während die Prävalenz für alle depressiven Störungen zwischen 9.1% (Linden et al., 1998) und 13.5% (Beekman, Copeland, & Prince, 1999, Copeland et al., 1999) liegen, sind schwere depressive Störungen im Alter eher selten (1.8% bzw. 4.8%). Neuere Zahlen aus Deutschland (Bundesvereinigung Prävention & Gesundheitsförderung, 2008) belegen, dass in 1–5 % eine schwere, in 8–16 % eine mittelgradige bis schwere Depression vorliegt.

Die Prävalenz von leichteren Depressionen 9.8% (Beekman et al., 1999) und nach klinischer Einschätzung krankheitswertigen depressiven Störungen sind dagegen höher 13.5–26.9%, (Beekman et al., 1999, Linden et al., 1998). Auch in der Schweiz nimmt gemäss einer Studie von Obsan im höheren Alter der Anteil Personen mit schwachen depressiven Symptomen zu: Bei den 55- bis 64-Jährigen sind 16% davon betroffen, in der höchsten Altersgruppe (75+ Jahre) sind es 31% (Burla et al., 2010; Schuler et al., 2007). So berichten Studien, die auf Symptomskalen basieren, im Allgemeinen über höhere Prävalenzen als Studien, die diagnostische Kriterien der modernen Klassifikationssysteme zugrunde legen (Riedel-Heller, 2004). Schließt man in die Analyse auch die leichten und subdiagnostisch verlaufenden Depressionen ein, so streut der Anteil depressiv erkrankter Menschen in den verschiedenen Studien zwischen 10% und 25%. Etwa 10% der über 65-Jährigen leiden an einer manifesten depressiven Störung, bei weiteren 16% besteht eine "unterschwellige" (subsymptomatische) depressive Störung (Helmchen, Kanowski & Lauter, 2006). Bei Hinzutreten weiterer Belastungen können sich unterschwellige depressive Störungen zu ausgeprägten depressiven Störungen entwickeln.

Im höheren Erwachsenenalter ist eine signifikant erhöhte Depressionsprävalenz bei Personen mit Multimorbidität (36,8%) anzutreffen. Verheiratete Studienteilnehmer zeigen seltener eine depressive Erkrankung (14,9%). Die Depressionsprävalenz ist bei Frauen mit 10,3% etwa doppelt so hoch wie bei Männern (5,6%) (Linden et al., 1998).

Es wird davon ausgegangen dass etwa die Hälfte der depressiven Erkrankungen nicht erkannt, nicht behandelt oder unterbehandelt wird (WHO 2005). In Bezug auf die Behandlung depressiver Störungen fand sich in 44% eine unzureichende Therapie. 6% der depressiven Studienteilnehmer wurden mit Antidepressiva behandelt, während 40% nur Benzodiazepine verschrieben bekamen.

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass die Prävalenz der depressiven Erkrankungen im Alter eher abnimmt, während leichtere Formen der Depressionen ohne eindeutigen Krankheitswert eher zunehmen. Aus allen Studien geht hervor, dass Depressionen bei älteren Menschen zu selten erkannt und behandelt werden, und dass die Behandlung bei diagnostizierter Krankheit häufig inadäquat ist. Dies führt zu Chronifizierungen, zu rezidierenden Verläufen und ungünstigen Prognosen, ebenfalls steigen dadurch die Sterblichkeit an natürlichen Ursachen wie auch das Suizidrisiko bei älteren Menschen stark an.

#### Risikofaktoren:

Geschlecht (Frau), kürzliche Verwitwung, Verlust von Verwandten und Freunden, soziale Isolation, Einbussen der Vitalität, Beendigung gewohnter Abläufe, Überbelastung (z. B. durch Betreuung von Angehörigen), Schlafstörung, Beeinträchtigung in den Alltagsfunktionen, chronische Krankheiten, früheres Vorkommen einer Depression, Substanzmissbrauch

#### Folgen:

Suizid, schlechtere Prognose und erhöhtes Sterberisiko an einer körperlichen Erkrankung (vor allem zerebro- und kardiovaskuläre Erkrankungen), kognitive Abnahme bei nicht vorhandener Demenz, grösseres Risiko für eine Demenz, soziale Isolation

#### Angst- und Zwangserkrankungen

Nach ICD-10 können die Angst- und Zwangserkrankungen in die drei folgenden Störungen unterteilt werden: phobische Störungen, Zwangsstörungen und andere Angststörungen (Panikstörung, generalisierte Angststörung, Angst und depressive Störung gemischt).

Mit steigendem Alter nimmt die Häufigkeit von Angststörungen tendenziell ab, die Prävalenzdaten zeigen keinen engen Altersbezug. Das Ersterkrankungsalter liegt bei den meisten Angststörungen im Jugend- oder im frühen Erwachsenenalter (Ritchie et al., 2004). Während das erstmalige Auftreten von Phobien im Alter von mehr als 60 Jahren selten ist, treten Panikstörungen häufiger auch im Alter von mehr als 60 Jahren neu auf. Zwangsstörungen zeigen keine typische Altersverteilung. Für die verschiedenen Angststörungen schwanken die Angaben je nach Autoren zwischen 0.7% und 14% (Benz et al., 2006; Schaub & Linden, 2000; Weyerer & Bickel, 2007). Aus den Empfehlungen der Bundesvereinigung Prävention & Gesundheitsförderung (2008) ist zu entnehmen, dass sich Angststörungen bei 5-10% der 65-Jährigen und Älteren finden. Frauen sind häufiger betroffen als Männer. In den meisten Fällen handelt es sich um Phobien (5-9%), nur sehr selten um Panikstörungen (0,1-0,4%) oder um Zwangsstörungen (0,8-0,9%).

Häufig treten Angststörungen mit anderen psychischen Erkrankungen wie Delir, Demenz oder Depression auf (Brenes et al., 2005). Panikstörungen sind häufig mit erheblicher psychiatrischer Komorbidität, insbesondere mit Depressionen, Zwangerkrankungen und anderen

Ängsten assoziiert. Schätzungen besagen, dass etwa die Hälfte der unbehandelten Kranken mit Panikstörung eine schwere Depression entwickelt und wiederum die Hälfte davon stark suizidgefährdet ist (Sheikh et al., 2004). Neben einer erhöhten Suizidrate wird eine gesteigerte Mortalität durch kardiovaskuläre Erkrankungen berichtet. Häufig entwickelt sich zudem ein sekundärer Alkoholabusus (Lieb et al., 2005).

#### Risikofaktoren:

Alterungsfolgen wie eingeschränkte Beweglichkeit, unsicherer Gang und Schwindelgefühle (bei Furcht vor Unfällen und Stürzen), altersassoziierte Gedächtnisminderungen oder kognitive Störungen bei beginnender Demenz (bei Kontrollzwängen), im Lebenslauf erworbene Risikofaktoren (z. B. Erziehungsstile und Modellverhalten der Eltern, frühe Trennungsängste, negative Lebensereignisse)

#### Folgen (je nach Angststörung):

Angst und Vermeidungsverhalten (Phobien), Angstattacken und Kontrollverlust (Panikstörungen), Schlafstörungen, Nervosität, Reizbarkeit und Konzentrationsschwierigkeiten (generalisierte Angststörung), unangenehme, beständige wiederkehrende Ideen, Gedanken, Vorstellungen oder Impulse sowie Rituale (Zwangsstörungen), Entwicklung von anderen psychischen Beeinträchtigungen (Depressionen, somatoforme Störungen, Alkoholabhängigkeit), Suizid.

#### Delir

Kernsymptome eines Delirs sind akut auftretende Störungen der Aufmerksamkeit und Konzentration, begleitet von Störungen des Denkens, des Gedächtnisses, der Psychomotorik und des Schlaf-Wach-Rhythmus' (Weyerer & Bickel, 2007). Die Sprache wird inkohärent und umständlich, Wortfindung und Sprachverständnis sind gestört. Oft kommt es zu Wahrnehmungsstörungen wie illusionären Verkennungen und optischen Halluzinationen. Bei einem Delir zeigen sich zum Teil die gleichen Symptome wie bei einer Demenz. Diese beiden sind jedoch klar zu unterscheiden (z. B. kürzere Dauer, plötzliches Vorkommen, episodisch). Delirante Syndrome treten in jedem Lebensalter auf, die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines Delirs nimmt jedoch mit steigendem Lebensalter deutlich zu. In der Allgemeinbevölkerung liegt die Prävalenz für ein Delir bei 1-2%, bei über 85-Jährigen bei rund 14%. Syndrome gelten als häufigste Komplikation bei hospitalisierten alten Menschen. Bei Hospitalisierten liegen die Prävalenzraten bei 14-24%, die Inzidenz eines Delirs bei hospitalisierten Patienten in einem Allgemeinkrankenhaus variiert von 6% bis 56%. Bei 15-53% älterer Patienten tritt postoperativ ein Delir auf, auf Intensivstationen entwickeln gar 70-83% der geriatrischen Patienten ein Delir (Benz et al., 2006). Die Mortalitätsrate der hospitalisierten Patienten, die ein Delir entwickeln, variiert zwischen 22% und 76% (Inouye, 2006). Dennoch ist das Delir nach Weyerer & Bickel (2007) eine der wenigen psychischen Störungen im höheren Lebensalter, bei der trotz aller methodischen Schwierigkeiten, der Nachweis des von Präventionsprogrammen gelungen ist (z. B. Basler Präventionsprogramm, http://www.delir.info/).

#### Risikofaktoren:

postoperative Komplikationen, ein hohes Alter, schwere somatische Begleiterkrankung, Einnahme von psychotropen Substanzen (z. B. Benzodiazepine, trizyklische Antidepressiva), vorbestehende Demenz

#### Folgen:

ungünstige Langzeitprognosen, erhöhte Mortalität, Pflegebedürftigkeit, zunehmende kognitive Leistungseinbussen, und vermehrte Einweisungen in Pflegeheime

#### Schizophrenie und wahnhafte Störungen

Psychotische Syndrome (z. B. wahnhafte Störungen) stellen eine heterogene Erkrankungsgruppe dar. So äussert sich die Schizophrenie in Störungen der Informationsverarbeitung im kognitiven, verbalen, affektiven und perzeptuellen Bereich mit Störungen des Ich-Erlebens, des Denkens und der Wahrnehmung sowie der Willkürmotorik. Die Prävalenz und Inzidenz von Schizophrenien nehmen im Alter ab (Copeland et al., 1998; Weyerer & Bickel, 2007): Nach dem 65. Lebensjahr sind schizophrene Neuerkrankungen extrem selten, wenn die in diesem Alter häufigen organischen Psychosen, die paranoiden und anderen wahnhaften Störungen ohne Erstrangsymptome sorgfältig ausgeschlossen werden.

Paranoide Entwicklungen treten dagegen im mittleren und höheren Alter gehäuft auf und scheinen mit dem Alter zuzunehmen. So werden in verschiedenen Feldstudien Prävalenzraten von 4% (Verfolgungswahn: Christenson und Blazer, 1984), 6.3% (allgemeine paranoide Symptome: Forsell und Henderson, 1998) und fast 8% (wenigstens ein gegenwärtiges wahnhaftes Symptom oder eine halluzinatorische Erfahrung: Blazer et al., 1996) genannt. Begünstigt wird die Entstehung paranoider Symptome durch sensorische Defizite, depressive Störungen und kognitive Beeinträchtigungen.

#### Risikofaktoren:

genetische Veranlagung, soziale Benachteiligung, Drogenkonsum und belastende Lebensereignisse (als Auslöser)

#### Folgen:

erhöhtes Suizidrisiko, erhöhte Mortalität

#### Substanzenmissbrauch und -abhängigkeit

Wegen der geringen epidemiologischen Bedeutung des illegalen Drogenkonsums im höheren Alter konzentrieren sich die folgenden Ausführungen auf den im Alter quantitativ weit bedeutsameren Gebrauch und Missbrauch von Alkohol, Medikamenten allgemein und Benzodiazepinen.

#### Alkohol

Als Alkoholmissbrauch wird ein Alkoholkonsum bezeichnet, der ohne Zeichen einer Abhängigkeit zu körperlichen und/oder sozialen Schäden führt. Aus diesem Grund wird in der ICD-10 von "schädlichem Gebrauch" gesprochen. Alkoholabhängig bzw. alkoholkrank sind Personen, wenn sie eine Reihe typischer Symptome aufweisen, vor allem Toleranzentwicklung, Kontrollverlust und Entzugserscheinungen bei gleichzeitiger Unfähigkeit zu dauerhafter Abstinenz. Zum Screening von Alkoholproblemen bei älteren Menschen wurde in den letzten Jahren – aufbauend auf dem international häufig verwendeten Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) – der MAST G entwickelt.

Im höheren Erwachsenenalter können zwei Typen von alkoholabhängigen Personen unterschieden werden: Solche mit einem frühen Krankheitsbeginn, mit häufig schwererem Krankheitsverlauf, gehäuften Intoxikationszuständen und mehreren Vorbehandlungen, sozialen und familiären Problemen (early onset) und solche mit spätem Krankheitsbeginn, die meist eine günstigere Prognose haben (late onset). Bei etwa einem Drittel von alkoholabhän-

gigen Personen liegt der Beginn des Missbrauchs jenseits des 65. Lebensjahrs (late onset). Nach der "Stress-Hypothese des späten Beginns" (Caracci & Miller, 1991) werden hierfür kritische Lebensereignisse, die typischerweise mit dem höheren Lebensalter einhergehen, verantwortlich gemacht: Pensionierung, PartnerInverlust und damit verbundene Vereinsamung und finanzielle Einbussen.

Die Mehrzahl der älteren Menschen konsumiert alkoholische Getränke, doch geht mit dem Alter – bei abnehmender Alkoholtoleranz – die Trinkmenge zurück und der Anteil der Abstinenten steigt. Von einem regelmässigen Alkoholkonsum muss bei mindestens 50% der über 60-Jährigen ausgegangen werden. Der Anteil starker Trinker (Alkoholmissbrauch) in der Altersbevölkerung beläuft sich auf Werte zwischen 0.5 und 7.7% (Helmchen et al., 2010, Hill et al., 1998; Robins & Regier, 1991). Auffällig ist, dass, wie auch in jüngeren Jahren, Männer deutlich mehr vertreten sind als Frauen. In Alters- und Pflegeheimen liegen die Werte oft deutlich höher (7.5% in Mannheimer Alten- und Altenpflegeheimen (Schäufele et al., 1998). Insgesamt hat in den letzten Jahren die Alkoholabhängigkeit im Alter leicht zugenommen (ebd.).

#### Risikofaktoren:

genetische Belastung oder Vorgeschichte mit Abhängigkeitserkrankungen, Verfügbarkeit von Suchtstoffen, körperliche Krankheiten sowie Schlafstörungen oder Depressionen, kritische Lebensereignisse (Ausscheiden aus Arbeitsleben, Verlust langjähriger Lebenspartner / Freunde)

#### Folgen:

reduzierter Allgemeinzustand mit Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust und Muskelatrophie, gerötete Gesichtshaut, vegetative Störungen wie vermehrte Schweissneigung, Schlaf- und Potenzstörungen, kognitive Störungen bis zur Demenz, Delir, Krampfanfälle, Gleichgewichtsstörungen mit Stürzen, Angst, Depressivität, innere Unruhe, Störungen der Impulskontrolle mit Impulsivität und Aggressivität, sozialer Abstieg

#### Medikamente allgemein

Studien zu Prävalenzraten für Medikamentenabhängigkeit im Alter liegen kaum vor, in der Berliner Altersstudie (BASE) erfüllten 0.5% bei 70- bis 100-Jährigen die Kriterien einer Medikamentenabhängigkeit (Wernicke et al., 2000). Bei steigendem Anxiolytika-, Hypnotika- und Sedativagebrauch im Alter kann von einer Häufung im Alter ausgegangen werden.

#### Benzodiazepine

Grundsätzlich gelten die für Alkoholismus gegebenen Definitionen und diagnostischen Leitsymptome in gleicher Weise für Abhängigkeiten von allen psychotropen Substanzen, also auch Benzodiazepinen. Im Vergleich zum Alkoholismus liegen für die Erfassung der Benzodiazepinabhängigkeit nur wenige Erhebungsinstrumente vor. Baillie und Mattick (1996) entwickelten einen kurzen Selbstbeurteilungsfragebogen, den Benzodiazepine Dependence Questionnaire (BDEPQ).

Nach Weyerer und Bickel (2007) zieht man üblicherweise zur Entscheidung, ob Benzodiazepine missbräuchlich verwendet werden, folgende Kriterien heran: Die Einnahme erfolgt in höherer Dosierung bzw. über einen längeren Zeitraum als angemessen oder verordnet; nicht zur Behandlung einer Erkrankung, sondern zur Ausnutzung von Effekten, die eigentlich als Nebenwirkungen von Substanzen gelten, bzw. zur Regulierung von vegetativen Funktionen; ausdrücklich wegen der als positiv erlebten psychotropen Wirkung und/oder weil die Einnahme nicht mehr kontrolliert werden kann.

Untersuchungen zur Einnahme und zur Verordnung von Benzodiazepinen belegen eindeutig einen exponentiellen Anstieg mit zunehmendem Alter, wobei in allen Altersgruppen bei den Frauen die Prävalenzen überdurchschnittlich hoch sind (Weyerer et al., 1998). Benzodiazepine sind nach wie vor die am häufigsten verschriebenen Psychopharmaka, auch wenn in den letzten Jahren ein Rückgang in der Verordnungshäufigkeit festzustellen ist (Glaeske, 2000). Aus der Berliner Altersstudie geht hervor, dass – bezogen auf die 70-Jährigen und Älteren – 24,6 % mit Psychopharmaka behandelt wurden, wobei mit einem Anteil von 13,2 % über die Hälfte auf Benzodiazepin-Anxiolytika entfielen. Etwa 90 % der mit Benzodiazepinen Behandelten nahmen diese Arzneimittel als Dauermedikation (länger als sechs Monate) und zu etwa 50 % täglich ein (Helmchen et al., 2010).

#### Risikofaktoren:

Vorbestehende Suchterkrankung, psychosoziale Belastungen

#### Folgen:

Nebenwirkungen der Medikation wie Sedierung, Verwirrtheit, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, Gedächtnisstörungen, Gangstörungen, Stürze

#### Somatoforme Störungen

Als somatoforme Störungen werden körperliche Beschwerden bezeichnet, die sich nicht oder nicht hinreichend auf eine organische Erkrankung zurückführen lassen. Dabei stehen neben Allgemeinsymptomen wie Müdigkeit und Erschöpfung Schmerzsymptome an vorderster Stelle, gefolgt von Herz-Kreislauf-Beschwerden, Magen-Darm-Beschwerden, sexuellen und pseudoneurologischen Symptomen.

Somatoforme Beschwerden sind im Alter sehr verbreitet. Fast ein Viertel der in einer deutschen Studie befragten über 60-Jährigen klagt über mindestens acht somatoforme Beschwerden (Hessel et al., 2003). Gleichzeitig zeigt sich, dass das Vorkommen mehrerer somatoformen Symptome meist nicht ausreicht, um nach ICD-10 oder DSM-IV als psychische Erkrankung diagnostiziert zu werden (0-0,3%) und somit die Problematik unterschätzt wird.

#### Folgen:

Beeinträchtigung des Wohlbefindens sowie viele, ernüchternde bzw. frustrierende Arztbesuche

#### Schlafstörungen

Ein guter Schlaf ist sowohl für die körperliche aber auch die psychische Gesundheit wichtig. Schlafstörungen sind oft Folge aber auch Ursache von anderen psychischen Erkrankungen. Depressive, demenzielle und schizophrene Erkrankungen können zu erheblichen Beeinträchtigungen der Schlafkontinuität und zu massiven Störungen des Tiefschlafs führen. Aber auch organische Erkrankungen (z. B. davon ausgelöste Schmerzen oder intermittierende Medikamente) sowie ungünstige Schlafgewohnheiten (z. B. Bettzeiten, Tageschlaf) können zu Schlafstörungen führen. Dementsprechend wird im ICD-10 zwischen nichtorganischen und organischen Schlafstörungen unterschieden; sie werden als eine eigene Kategorie von psychischer Erkrankung aufgeführt.

Schlafstörungen steigen mit zunehmendem Alter, vor allem jenseits des fünften Lebensjahrzehnts bezüglich ihrer Häufigkeit sehr stark an (ab 65 Jahren ca. 40%, Hohagen et al., 1994). Besonders deutlich ist diese Zunahme bei den Frauen ausgeprägt (Weyerer & Dilling, 1991). Schlafstörungen treten bei Frauen über alle Lebensjahre häufiger auf als bei Männern, ungefähr doppelt so häufig. Oft sind die Störungen chronisch (ca. in 50% der Fälle, Käppler et al., 1994). Gemäss aktuellen Daten des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan, 2007) leiden in der Schweiz 39% der über 65-jährigen Zuhauselebenden an schwachen (Frauen: 39%, Männer 28%) und 17% an starken Schlafstörungen (Frauen: 17%, Männer 7%).

#### Risikofaktoren:

Andere psychische Erkrankungen, organische Erkrankungen vor allem mit Schmerzen und Störungen der Beweglichkeit, Schlafgewohnheiten

#### Folgen:

Hohe Inanspruchnahme von Hausärzten und Psychiatern sowie eine hohe Behandlungsrate mit Psychopharmaka, Störungen der Kognition, der Gleichgewichtsregulation mit Verlangsamung, Gedächtnisstörungen und Stürzen.

## Anhang 3: Empfehlungen aus Kanada

Im Rahmen des kanadischen Programms "Older Adults 55+" sind zur Förderung der psychischen Gesundheit im Alter elf Empfehlungen verfasst worden. Das Programm und die Empfehlungen (Guidelines) sind in englischer und französischer Sprache zugänglich (siehe Anhang 1: Weblinks). Fünf dieser Empfehlungen befassen sich explizit mit der Förderung der psychischen Gesundheit im Alter. Diese sind hier auf Deutsch übersetzt.

- 1. Befassen Sie sich mit den für die psychische Gesundheit im Alter relevanten Schutz- und Risikofaktoren sowie den Determinanten der Gesundheit, indem Sie
  - relevante Schutz- und Risikofaktoren sowie Determinanten der psychischen Gesundheit ermitteln
  - beurteilen, welche dieser Faktoren modifiziert werden können
  - einen Plan entwickeln, welcher darauf abzielt, Schutzfaktoren zu f\u00f6rdern, das Risiko f\u00fcr Risikofaktoren zu reduzieren und die Determinanten der Gesundheit entsprechend der Zielpopulation zu beeinflussen.

(Siehe dazu: Schutzfaktoren (Kapitel 8), Risikofaktoren (Kapitel 9), Determinanten der Gesundheit (Kapitel 6).

- 2. Unterstützen Sie Fachpersonen und Freiwillige beim Aufbau von unterstützenden und vertrauensvollen Beziehungen zu älteren Menschen, indem Sie:
  - Kurse zum Altern sowie zu den altersbedingten Übergängen anbieten
  - Informationen und Kurse bezüglich psychischer Gesundheit und Substanzmissbrauch anbieten
  - Altersstigmata und Altersdiskriminierung thematisieren sowie den Zusammenhang von Stigmata und Diskriminierung mit der psychischen Gesundheit sowie mit Substanzmissbrauch aufzeigen
  - ältere Personen als freiwillige Akteure miteinbeziehen und sie dazu ausbilden, Gleichaltrige zu unterstützen und weiter zu bilden (Peer Education).

Beispiele hierfür sind:

- Informations- und Diskussionsrunden für Fachpersonen und Angehörige (zur Sensibilisierung für das Thema der psychischen Gesundheit im Alter)
- Programme, welche den Beziehungsaufbau fördern
- Weiterbildung bezüglich der Prinzipien von Gesundheitsförderung
- Ausbildung von Freiwilligen zur Unterstützung von Gleichaltrige

#### 3. Setzen Sie einen Schwerpunkt auf Empowerment und Resilienz, indem Sie:

- älteren Personen in folgenden Bereichen Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten anbieten:
  - Stärkung des Selbstbewusstseins
  - Stressmanagement
  - Umgang mit Verlusten, Konflikten und Ärger
  - Kommunikations- und Sozialkompetenzen
  - Aufbau von sozialen Netzwerken
  - Problemlösungskompetenzen
  - Kognitive Entwicklung
  - Kompetenzen (z. B. Computergebrauch, Sprachen, Gesundheit und Selbstpflege)
  - Körperliche Aktivitäten
  - Gesunde Ernährung
  - Strategien zur Gedächtnissteigerung
  - Kompetenz sich für eigene Anliegen und diejenigen anderer aktiv einzusetzen (Advocacy- und Self-advocacy)
- Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Angehörige, Betreuungs- und Pflegepersonen sowie Peers anbieten
- mit den Gefühlen von Klienten respektvoll und würdevoll umgehen
- das aktive Mitmachen fördern
- den Zugang zu Informationen begünstigen
- lebenslanges Lernen (Lese- und Schreibfähigkeit inbegriffen) bei älteren Personen ermöglichen.

#### 4. Sorgen Sie für umfangreiche Unterstützungssysteme, indem Sie:

- die Entwicklung oder Optimierung eines starken sozialen Netzwerks für ältere Personen ermöglichen, einschließlich emotionaler, sozialer und physischer Unterstützung durch Gemeinde- und Gesundheitsdienste sowie finanzielle Unterstützung und Transportmöglichkeiten
- die Vernetzung und die Kollaboration zwischen Diensten und Organisationen erleichtern (z. B. sozialen Dienstleistungszentren, Erholungsdiensten, Sport- und anderen Vereinen, Bildungsanbietern, Schulen, öffentlichen Gesundheitsdiensten)
- ein umfangreiches Unterstützungssystem zugänglich machen.

Beispiele hierfür sind:

- Beratungen
- Besuchsdienste
- generationenübergreifende Angebote
- wichtige Grundlagen wie z. B. in einem Gesundheitswegweiser zur Verfügung stellen (in verschiedenen Sprachen)
- formelle und informelle Netzwerke und Unterstützungssysteme mit der Familie, mit Freunden und mit Dienstleistungsanbietern fördern,
- Zugang zu Transportmöglichkeiten, Beratungsangebote und andere Dienstleistungen
- Tagesprogramme und –dienste für ältere Personen
- Einkaufsdienste, Mahlzeitendienste, finanzielle Dienstleistungen usw.

#### 5. Wenden Sie verschiedene Strategien und Massnahmen an, indem Sie:

- einen umfassenden Ansatz mit verschiedenen Strategien planen, dazu gehören Strategien, welche Lücken und Barrieren bei Dienstleistungen identifizieren, auf eine gesunde Sozialpolitik hin arbeiten, unterstützende Umgebungen und Umwelten aufbauen, die Gemeinwesenarbeit stärken, individuelle Kompetenzen erweitern, Gesundheitsdienste neu ausrichten, sowie soziale Netzwerke entwickeln und aufbauen.
- Strategien anwenden, welche verschiedene Empfänger in einer Weise erreichen, welche ihren Bedürfnissen und Präferenzen entspricht
- Strategien anwenden, welche sich gegenseitig verstärken, um ein gemeinsames übergeordnetes Ziel zu erreichen
- Strategien anwenden, welche unterschiedliche Methoden einsetzen wie Beratungsstellen, Hausbesuche, Programme zur aktiven Lebensgestaltung, Empowerment, Partizipation und lebenslanges Lernen.

Beispiele hierfür sind:

- soziale Veranstaltungen in der Gemeinde (z. B. informelle soziale Treffen, Informationsanlässe)
- Gruppen zur Unterstützung von Betreuungspersonen
- Selbsthilfegruppen um älteren Personen dabei zu helfen, kritische Lebensereignisse zu meistern
- Workshops zum Entwickeln von Fähigkeiten (z. B. Verhaltensmanagement, Stressmanagement, Lebensweisen, Sprache, körperliche Aktivität)
- Massnahmen am Arbeitsplatz (z. B. Angebot einer Vorbereitung auf die Pensionierung, Altersdiskriminierungsvorbeugung)
- Einbezug der Gemeinde (z. B. Verbindungen zwischen der Gemeinde und den Alterszentren und –residenzen herstellen)

- Programme f\u00fcr \u00e4ltere Personen in Bibliotheken oder in anderen kommunalen Strukturen
- intergenerationelle Aktivitäten
- Hausbesuche
- telefonische Beratung
- train-the-trainer Modelle

## Anhang 4: Detaillierte Beschreibungen von bewährten Interventionen in der Praxis

#### Circle of Friends (FIN)

Diese Intervention trägt zur Verminderung von Einsamkeit sowie zur Förderung von sozialen Aktivitäten und psychischem Wohlbefinden bei Personen über 74 Jahren bei. Die Intervention wurde in Finnland im nationalen Kontext entwickelt.

#### Worin besteht das Angebot und welche Ziele sollen erreicht werden?

In der Pilotphase wurde die Intervention in 6 Gemeinden in einem Rehabilitationszentrum oder Therapiezentrum durchgeführt. Eine Gruppe enthielt 7-8 Mitglieder und war geschlossen, das hiess, zu einem späteren Zeitpunkt wurden keine neuen Mitglieder aufgenommen. Die 15 Gruppen trafen sich 12 Mal, d.h. einmal in der Woche während drei Monaten. Ein Treffen dauerte 6 Stunden und bestand aus einem Frühstück, einer Mittags- und Kaffeepause sowie den Gruppenaktivitäten. Der Transport zu den Zentren und der Heimweg wurden mit Bussen organisiert.

Die Intervention bestand aus Gruppen mit drei unterschiedlichen Themen: künstlerische und anregende Aktivitäten, sportliche Übungen und Diskussionen sowie therapeutisches Schreiben und Gruppentherapie. Jede Gruppe hatte zwei Gruppenführer, dabei handelte es sich um Personen, welche über viel Erfahrungen mit älteren Personen im Gesundheitswesen verfügten (Krankenpflegende, Aktivierungstherapeuten, Physiotherapeuten). Die Gruppenführer unterliefen ein ausführliches Trainingsprogramm vor Beginn der Intervention.

Die drei Themen wurden an die Präferenzen der Teilnehmenden angepasst, so dass möglichst alle Interessen aufgenommen wurden und die Teilnehmenden die Treffen als sinnvoll empfanden. In allen Gruppen konnten die Teilnehmenden das Programm gemäss ihren Interessen beeinflussen und verändern, so dass das Empowerment gewährleistet war.

Die Gruppe mit dem Thema künstlerische und anregende Aktivitäten umfasste Besuche von Künstlern, die Teilnehmenden besuchten kulturelle Anlässe und waren selbst kreativ tätig. In der Gruppe mit Sport und Diskussionen wurde getanzt, geschwommen, spaziert und über selbst gewählte Gesundheitsthemen diskutiert. In der Gruppe therapeutisches Schreiben und Gruppentherapie schrieben die Teilnehmenden über ihr Leben, ihre Erfahrungen und Einsamkeit und diskutierten das Geschriebene in der Gruppe.

Es galten in der Pilotprojektphase die folgenden Bedingungen für die Intervention:

- Die Angebote wurden ausgewählt, nachdem Literatur zu Interventionen zu Einsamkeit älterer Personen gesichtet wurde.
- Homogenität der Gruppe bezüglich des funktionellen und kognitiven Status, ähnliche Interessen, damit die Gruppenzusammengehörigkeit gewährleistet und Freundschaften unter Seinesgleichen ermöglicht wurden und um den Teilnehmenden die
  Gruppenzugehörigkeit zu erleichtern.
- Die Gruppenführer mussten ein ausführliches Training absolvieren und ihre Arbeit wurde begleitet, damit sie die Gruppe gut führen konnten. Sie mussten ihre eigene Arbeit reflektieren und ihre eigenen persönlichen Werte identifizieren können.
- Die Gruppenführer arbeiteten zielorientiert, nahmen Gruppendynamiken und prozesse wahr, um die Interaktionen zwischen den Teilnehmenden zu fördern.

Als übergeordnete Ziele der Intervention gelten: Gemeinsam etwas unternehmen, Erfahrungen zu Solidarität sammeln, Freude teilen, Erfahrungen sammeln zu reziprokem Verständnis, allgemeine lebenslange Erfahrungen teilen, erhöhte soziale Aktivität, Freundschaften bilden und damit Einsamkeit vermindern.

Die erstgenannten Ziele können als vermittelnde Faktoren verstanden werden (Routasalo, Tilvis, Kautiainen & Pitkälä, 2008). D.h. dass die Intervention sich auf Aspekte auswirkt, welche zwischen Einsamkeit und Wohlbefinden vermitteln. So werden z. B. der Selbstwert oder die Bewältigungsmechanismen (mastery over life) verstärkt, was dazu führt, dass die soziale Isolation durchbrochen und das psychische Wohlbefinden verbessert wird.

#### Welche Zielgruppe wird angesprochen?

Die Intervention richtete sich an subjektiv vereinsamte zu Hause lebende Personen ab 74 Jahren. Personen mit einer schweren Einschränkung des Visus oder Gehörs wurden ausgeschlossen, ebenso Personen mit mittlerer und schwerer Demenz.

#### Wie wird der Zugang hergestellt?

Die Rekrutierung der Teilnehmenden wurde in mehreren Stufen angegangen. Zuerst wurde zuhause lebenden Personen von 75 Jahren oder älter ein Fragebogen zugeschickt (N=5722). Die Adressen wurden dem Finnischen nationalen Melderegister entnommen. Der Fragebogen enthielt Fragen zu demographischen Variablen, psychischem Wohlbefinden und Interaktionen mit Anderen. Die Rücklaufquote betrug 72% (n=4113). Ein zweiter Fragebogen wurde den Personen zugeschickt, die angaben, mindestens manchmal unter Einsamkeit zu leiden (n=1541). Dabei wurden Fragen zu ihren Interessen, Aktivitäten und ihrem Gesundheitsstatus gestellt. Einsame ältere Personen, die am Programm teilnehmen wollten, wurden nach Erhebung ihres kognitiven Status in drei Gruppen entsprechend ihren Präferenzen und Interessen eingeteilt. Neben jeder dieser Interventionsgruppe bestand auch eine Kontrollgruppe. Insgesamt nahmen 235 Personen an der Studie teil, 117 Personen waren in der Interventionsgruppe und 118 in der Kontrollgruppe. Die Personen in der Interventionsgruppe waren zwischen 75 und 92 Jahre alt (*M*=79.8). 74% waren Frauen und 81% lebten alleine.

#### Welche Kosten müssen die Teilnehmenden tragen?

Im Rahmen der Studie mussten die Teilnehmenden keine Kosten übernehmen.

#### Welche Ziele konnten erreicht werden?

Die Intervention wurde anhand der Tagebuchführung der Gruppenleiter, Beobachtungen des Forschungsteams und der Befragung der Teilnehmenden evaluiert. Jeder Gruppenleiter beschrieb jedes Gruppentreffen, inkl. detaillierte Gruppendiskussionen, Dynamiken und Zielerreichung. Ihre eigene Rolle und der Gruppenprozess wurden reflektiert. Kernelemente der Intervention wurden daraus von den Forschern definiert (Nutzung der Gruppendynamik, zielorientiertes Vorgehen, Förderung von Entscheidungen treffen, Unterstützung von Verbindlichkeit).

Die Gruppenmitglieder wurden mit einem Fragebogen befragt. Von den Gruppenmitgliedern fühlten 95%, dass ihre Einsamkeit vermindert wurde während der Intervention, und 75% fühlten dies auch noch 3 Monate nach der Intervention. 86% meinten, dass die Gruppe die Möglichkeit gab, Freunde zu gewinnen und 86% antworteten, dass die Gruppe die Mög-

lichkeit gab, Neues auszuprobieren. 40% trafen sich nach der Intervention weiterhin innerhalb der Gruppe.

Verschiedene allgemein begünstigende Prozesse und vermittelnde Faktoren zur Verminderung von Einsamkeit bei älteren Personen konnten bei dieser Intervention identifiziert werden. Das psychische Wohlbefinden und die Lebensqualität konnten im Vergleich zur Kontrollgruppe verbessert werden, wie auch die subjektive Gesundheit und Kognition. Angst und Depression waren ebenso reduziert und die Beanspruchung von Gesundheitsdiensten und die Gesundheitskosten konnten vermindert werden. Zusammen etwas unternehmen und gemeinsame Erlebnisse mit Seinesgleichen führten zu angeregten Diskussionen, zu einem Zusammengehörigkeitsgefühl und ermöglichten den Teilnehmenden Empowerment und ein erhöhtes Selbstwertgefühl. Die Gruppenaktivitäten und Unterstützung durch Gleichaltrige ermutigten die Teilnehmenden selbstgesetzte Grenzen zu überwinden, was zu erhöhtem Selbstwertgefühl führte und zu einer aktiveren Rolle in ihrem Leben. Die Gruppe traf sich nach der Intervention weiter, was besagt, dass sie sich selbst erhalten kann.

Die Intervention bietet somit ein effektives Angebot, um die psychosozialen Ressourcen von älteren Personen zu unterstützen und zu aktivieren sowie deren Einsamkeit zu vermindern.

#### Weiterführung des Angebotes

Die Teilnahme am Projekt war freiwillig und die Auswahl erfolgte durch einen rigorosen Selektionsprozess inklusiv eines Fragebogens und Interviews. Für eine längerfristige Implementierung des Angebots ist ein solches Prozedere nicht möglich. Dennoch wurde nach Beendigung der Pilotstudie die Entwicklung der Intervention weitergeführt. Die Aktivitäten wurden mehr organisiert und bekamen das Label "Circle of Friends – Zusammengehörigkeit erfahren". Die Aktivitäten werden in ganz Finnland in verschieden grossen Gemeinden angeboten.

Während 2006 und 2008 trafen sich an 40 Orten ungefähr 100 "Circle of Friends" Gruppen unter der Supervision einer älteren Pflegeperson und Freiwilligen. Diese über 400 Gruppenleiter wurden sorgfältig ausgewählt und durchliefen ein fünftägiges Trainingsprogramm mit Inhalten wie Gruppenführung, Gruppenprozesse, Themen, Methoden und Evaluation. Während dieser Zeit wurden von den Teilnehmenden Rückmeldungen zu den Aktivitäten gesammelt (Jansson, 2009). Das Hauptziel der Gruppen war die Verminderung und das Teilen von Gefühlen der Einsamkeit. Beinahe 90% der Teilnehmenden (n = 273) berichteten über eine Verminderung der Einsamkeitsgefühle während der Gruppentreffen und 70% nach Beendigung der Gruppentreffen. 60% der Gruppen führten ihre Treffen nach dem dreimonatigen offiziellen Gruppenprozess unabhängig weiter. 95% der Teilnehmenden würden bei einer ähnlichen Gruppenaktivität mitmachen und beinahe 100% würden sie ihren Freunden weiterempfehlen. Sie empfahlen, solche Gruppen überall in Finnland anzubieten. Ratschläge für die Gruppenleiter und Aktivitätskoordinatoren für zukünftige Verbesserung von Aktivitäten, Gruppeninhalten und Beispielen wurden gegeben.

Eine weitere Finanzierung (2009-2011) gewährleistete das Weiterbestehen von 'Circle of Friends'. Ziele waren das Angebot von Trainings im ganzen Land, die Weiterführung der Gruppenaktivitäten und ein regionales Supportmodell für Gruppenleiter zu erstellen.

#### Link

Internetseite auf Englisch: http://www.ystavapiiri.fi/

#### Literatur

- Blomqvist, L.C., Pitkälä, K., & Routasalo, P. (2007). Images of loneliness: Using art as an educational method in professional training. *Journal of Continuing Education in Nursing* 38 (2), 89–93.
- Jansson, A., Ylimaa, T., Rytky, H., Hartikainen, T., Routasalo, P., Pitkälä, K. (2011). Circle of Friends disseminating effective psychosocial rehabilitation model in Finland. Verfügbar unter: http://www.ystavapiiri.fi/history. (Downloaded am 1.12.2011).
- Pitkälä, K.H., Routasalo, P., Kautiainen, H., Sintonen, H., & Tilvis, R. (2011). Effects of socially stimulating group intervention on lonely, older people's cognition: a randomized, controlled trial. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 19(7), 654–663.
- Pitkälä, K., Routasalo, P., Kautiainen, H., & Tilvis, R.S. (2009). Effects of psychosocial group rehabilitation on health, use of health care services, and mortality of older persons suffering from loneliness: a randomized, controlled trial. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 64 (7), 792–800.
- Pitkälä, K., Blomqvist, L., Routasalo, P., Saarenheimo, M., Karvinen, E., Oikarinen, U., & Mäntyranta, T. (2004). Leading groups of older people: A description and evaluation of the education of professionals. *Educational Gerontology* 30, 821–833.
- Routasalo, P.E., Tilvis, R.S., Kautiainen, H., & Pitkälä, K. (2009). Effects of psychosocial group rehabilitation on social functioning, loneliness and well-being of lonely, older people: randomizedcontrolled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 297–305.
- Savikko, N., Routasalop, P., Tilvis, R., & Pitkälä, K. (2009). Psychosocial group rehabilitation for lonely older people: favourable processes and mediating factors of the intervention leading to alleviated loneliness. *International Journal of Older People Nursing*, 5, 16–24.

## ,aktiv55plus' - Gesundes und aktives Altern in Radevormwald (D)

Mit dieser Intervention werden die zwei Risikogruppen Verwitwete und Pensionierte angesprochen. Gefördert werden dabei sowohl die physische, psychische als auch die soziale Gesundheit. Diese Intervention erfolgte im Rahmen des europäischen Verbundes 'Aktives Altern' der WHO (2002) und erprobte die Strategie der aufsuchenden Aktivierung und der Vernetzung und Vermittlung von bestehenden Angeboten. Unter aktiv Altern wird der Prozess der Optimierung der Möglichkeiten von Menschen verstanden, im zunehmenden Alter ihre Gesundheit zu wahren, am Leben ihrer sozialen Umgebung teilzunehmen, ihre persönliche Sicherheit zu gewährleisten und derart ihre Lebensqualität zu verbessern. Die nachfolgenden Beschreibungen stammen hauptsächlich aus dem Abschlussbericht der WHO (2005) sowie den Angaben der Homepage des Trägervereins 'aktiv55plus'.

## Worin besteht das Angebot und welche Ziele sollen erreicht werden?

Kürzlich verwitweten oder pensionierten Personen wurden aktivierende Hausbesuche angeboten. Dabei wurden sie als 'Klienten' individuell beraten, wie sie nach dem Verlust des Partners/der Partnerin oder dem Ausstieg aus dem Erwerbsleben ein aktives und gesundes Leben (weiter)führen und ihre Selbständigkeit erhalten können. Die Hausbesuche wurden von speziell ausgebildeten Fachpersonen durchgeführt, die in diesem Angebot 'Anwälte' genannt wurden. Basierend auf einer klientenzentrierten Gesprächsführung wurden auf ein aktives Altern ausgerichtete und den individuellen Bedürfnissen entsprechende Ziele mit den Klienten vereinbart. Damit die Umsetzung besser gelang, wurden bestehende Barrieren ermittelt, welche einer Verwirklichung dieser Ziele entgegenstanden und Möglichkeiten gesucht, wie diese überwunden werden konnten. Die Zielvereinbarungen mit konkreten Umsetzungsschritten wurden schriftlich fixiert. Weiter versuchten die Anwälte, die beteiligten Personen aufgrund gemeinsamer Interessen untereinander zu vernetzen und in Kleingruppen zusammenzuführen, um soziale Kontakte, die Selbstorganisation und das Selbsthilfepotential dieser Personen zu fördern.

Die Anwälte wurden gründlich auf ihre Tätigkeit vorbereitet. Für die Beratung erhielten sie fundierte und aktuelle Informationen zu den, in der Gemeinde für ältere Menschen vorhandenen, Dienstleistungen, Kulturangebote, Vereinen, Aktionsmöglichkeiten sowie sozialen Netze. Sie absolvierten eine intensive Weiterbildung in klientenzentrierter Beratung und wurden sorgfältig in den Aufbau und das Konzept des Pilotprojektes eingeführt. Mindestens einmal pro Woche wurden Fallbesprechungen im Team sowie regelmässige Supervisionen durchgeführt.

Das Erstgespräch beim Hausbesuch dauerte jeweils zwischen 60 und 90 Minuten. Sehr oft musste zuerst Vertrauen aufgebaut werden, bevor konkrete Zielvereinbarungen getroffen werden konnten. Während der zweijährigen Pilotprojektphase wurden alle beteiligten Personen mindestens dreimal besucht. Im Durchschnitt ergaben sich 8 Besuche pro Klient, insgesamt waren es 2′750 Besuche und es wurden 1′192 Vereinbarungen getroffen. Die Häufigkeit und Regelmässigkeit der Besuche ergaben sich aus den individuellen Bedürfnissen und aus dem Aktivierungsgrad. Einige der Klienten wurden im Abstand von 2 bis 3 Wochen besucht andere im 3-Monate-Rhythmus. Von den im Projekt initiierten Klientengruppen waren zum Schluss des Projektes acht Gruppen eigenständig, d.h. sie organisierten sich selber und pflegten regelmässig gemeinsame Aktivitäten.

Das Hauptziel dieses Angebotes bestand darin, die soziale Isolation durch Vernetzung und Vermittlung von bestehenden Aktivitäten und Angeboten aufzuheben. Diese aufsuchende, niederschwellige Methode setzte bei den Ressourcen der älteren Menschen an und orientierte sich an deren individuellen Wünschen und Ideen. Der Kern der Intervention bestand im Abschluss konkreter mündlicher oder schriftlicher Zielvereinbarungen, in denen einzelne neue Aktivitäten zur Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität aufgebaut oder alte Aktivitäten wieder aufgenommen oder verstärkt werden konnten. Das Ziel dieses Vorgehens war eine schrittweise Aktivierung der Klienten. Eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg war die Aufbereitung und fortlaufende Aktualisierung aller bestehender Angebote und die aktive Kooperation mit den im Setting vorhandenen Anbietern im gesundheitlichen und pflegerischen Sektor, den Krankenkassen, Apotheken und Ärzten, den politischen Gruppierungen, Vereinen und Kirchen sowie denjenigen Institutionen, die mit älteren Menschen in Kontakt sind.

# Welche Zielgruppe wird angesprochen?

Das Projekt richtete sich primär an zwei Zielgruppen innerhalb der Gruppe der über 55-Jährigen, an diejenigen, die innerhalb der letzten zwei Jahre aus dem Erwerbsleben ausgeschieden waren und/oder in den letzten fünf Jahren ihren Lebenspartner verloren hatten.

# Wie wird der Zugang hergestellt?

Insgesamt wurden 4337 Personen angeschrieben und auf das Angebot aufmerksam gemacht. Von diesen Personen waren 1087 verwitwet, 3250 potentiell verrentet und alle im Alter zwischen 55 und 67 Jahren. 344 Personen machten schlussendlich von diesem Angebot Gebrauch. Unter diesen waren 67 verwitwet (56 Frauen und 11 Männer) und 208 Pensionäre (128 Frauen und 80 Männer). 69 Personen waren keines von beiden. Dies sind 6,75% der entsprechenden Altersbevölkerung in Radevormwald. Der Altersdurchschnitt lag bei knapp 64 Jahren.

# Welche Ziele konnten erreicht werden?

40% aller Klienten bestätigten bei der Befragung eine Zunahme ihrer Lebensqualität und 38.4% der Verwitweten waren der Meinung, dass ihnen das Projekt bei der Bewältigung einer kritischen Lebensphase geholfen hat. Die Aktivitäten der aufgesuchten Klienten wurden um einen Drittel gesteigert und insgesamt konnten acht Klientengruppen gebildet werden. Ein Viertel aller Klienten wurde untereinander vernetzt. Die Effekte der Projektarbeit zeigten sich auch auf struktureller Ebene in einer verbesserten Informationspolitik und grösseren Transparenz der vorhandenen Akteure und Versorgungsangebote für ältere Menschen. Darüber hinaus wurden Versorgungsdefizite sichtbar gemacht. Insgesamt erachteten alle Befragten das Projekt 'aktiv55plus' in Radevormwald als eine große Bereicherung sowohl auf der individuellen als auch auf der kollektiven Ebene.

#### Welche Kosten müssen die Teilnehmenden tragen?

Die Angebote waren für die Teilnehmenden kostenlos.

## Weiterführung des Angebotes

Ende 2004 wurde vor dem Hintergrund der Ergebnisse des Pilotprojektes der Trägerverein "aktiv55plus' gegründet. Dieser baute auf der durch das Projekt entstandenen Infrastruktur auf. Die "aktivierenden Hausbesuche' werden weiter angeboten, zusätzlich wurden eine "Beratungsstelle' mit Beratungen zur Lebensqualitätsförderung sowie zum Wohnen und zur Pflege von Angehörigen eingerichtet und das "Netzwerk 55plus' gegründet. Im "Netzwerk 55plus' werden die Angebote der Region für Menschen im dritten und vierten Lebensabschnitt gebündelt und alle zwei Monate in einem Veranstaltungskalender veröffentlicht. Dieser Kalender liegt bei den Netzwerkpartnern und an anderen Stellen in Radevormwald kostenlos zum Mitnehmen auf. Das "Netzwerk 55plus' will jedoch nicht nur das Angebot vorhandener Aktivitäten für Menschen über 55 Jahre bekannt machen, sondern dieses auch kontinuierlich erweitern. Eine weitere Aufgabe des Vereins ist die Unterstützung und Vernetzung von freiwilligem Engagement in der dritten Lebensphase in den unterschiedlichsten Bereichen. Alle Angebote sind kostenlos.

#### Link

www.aktiv55plus.de

#### Literatur

WHO Weltgesundheitsorganisation (2005). *Gesundes Altern. Aufsuchende Aktivierung älterer Menschen.* Regionalbüro für Europa, Kopenhagen.

## Offene Gesprächsnachmittage für verwitwete Frauen in Zürich (CH)

Mit dieser Intervention erhalten Frauen nach dem Verlust des Lebenspartners Unterstützung bei der Bewältigung dieses belastenden Ereignisses sowie die Möglichkeit, neue soziale Kontakte aufzubauen und gemeinsame Aktivitäten zu organisieren und durchzuführen. Zur nachfolgend beschriebenen Intervention für Witwen gibt es keine öffentlich zugängliche Beschreibung und auch keine Evaluation. Die folgenden Informationen sind von der Initiantin und langjährigen Leiterin des Angebotes zur Verfügung gestellt worden. Diese Intervention wird hier dennoch vorgestellt, da sie offenbar einem Bedürfnis von verwitweten älteren Personen entspricht und seit mehr als zehn Jahren erfolgreich durchgeführt wird.

# Worin besteht das Angebot und welche Ziele sollen erreicht werden?

Im Gruppenraum des Pfarrhauses treffen sich verwitwete Frauen einmal im Monat zu einem Gesprächsnachmittag. Für jeden Nachmittag wird von der Gruppenleiterin, die als Sozialarbeiterin im Auftrag der Kirche arbeitet, ein spezielles Thema vorbereitet, z. B. Beziehungen, die sich nach dem Tod des Partners verändern, Alleine essen, Feiertage, Schuldgefühle, Frauenfreundschaften, ein spannendes Frauenleben, ein literarischer Text oder ein Film als Anstoss für die Diskussion in der Gruppe. Aktuelle Fragen oder Probleme der Frauen haben immer Vorrang. Die Nachmittage werden jeweils mit einer Kaffeerunde für den individuellen Austausch und Kontakt abgeschlossen. Die Teilnahme an diesen Nachmittagen ist unverbindlich. Einige der Frauen sind schon lange dabei und kommen regelmässig, andere nur für eine kurze Zeit und weitere kommen nur ganz selten, legen aber Wert darauf, die Informationen zu erhalten und auf der Telefonliste zu verbleiben.

#### Sonntagsausflug

Da Sonntage für alleinstehende Menschen oft schwierig sind, wurde auf Wunsch der Teilnehmerinnen der Gesprächsnachmittage mindestens einmal im Monat ein Sonntagsausflug eingeführt. Ein wichtiger Bestandteil des Programms ist ein feines Mittagessen in einem sorgfältig ausgesuchten Restaurant, oft gefolgt eines Museums-, Ausstellungs- oder Kinobesuches. Diese Sonntage werden von der Gruppenleiterin in Zusammenarbeit mit einer der Frauen geplant, die sich dann um die nötigen Formalitäten kümmert. Der Anlass wird in Eigenregie (ohne Gruppenleiterin) durchgeführt. Inzwischen ist auch eine selbständige Gruppe entstanden, die sich zusätzlich an Samstagen trifft.

# Welche Zielgruppe wird angesprochen?

Angesprochen sind verwitwete Frauen. Die Gruppe ist offen, neue Frauen sind immer sehr willkommen und erfahren viel Verständnis in der Gruppe. Zu Beginn kamen jeweils drei bis vier Frauen. Heute sind auf der Teilnehmerliste 35 Frauen aufgeführt. Obwohl es keine Altersgrenze zur Teilnahme gibt, sind die Frauen zwischen 60 bis über 80 Jahre alt. Der grosse Altersunterschied ist kein Problem. Die Erfahrungen haben gezeigt, dass bei verwitweten Frauen und Männern unterschiedliche Interessen und Probleme vorhanden sind, auf die in geschlechtergetrennten Gruppen besser eingegangen werden kann.

# Wie wird der Zugang hergestellt?

Die Gesprächsnachmittage werden in der lokalen Zeitung und im Lokalteil des Kirchenboten ausgeschrieben. Die Gruppenleiterin arbeitet im Auftrag der Kirche und hat Zugang zu den Adressen von kürzlich verwitweten Frauen in ihrem Quartier. Diese Frauen werden schrift-

lich angefragt und 80% sind mit einem angebotenen Trauerbesuch einverstanden. Die Trauerbesuche werden von freiwilligen Mitarbeiterinnen (selbst auch verwitwet) mit hohen Sozialkompetenzen durchgeführt. Die Verwitweten werden über die Gesprächsnachmittage informiert und eingeladen daran teilzunehmen.

# Welche Kosten müssen die Teilnehmenden tragen?

Das Angebot ist für die Teilnehmenden kostenlos. Die Kosten der Sonntagsausflüge werden von den Teilnehmenden selber getragen. Die Leiterin der Gruppe wird im Rahmen ihrer Anstellung durch die Kirche finanziert.

#### Welche Ziele konnten erreicht werden?

Mit diesen Gesprächsnachmittagen und dem Sonntagsausflug wird verwitweten Frauen die Möglichkeit geboten, unter gleich Betroffenen Anliegen und Fragen, die sie beschäftigen auszutauschen, neue Kontakte herzustellen sowie gemeinsam Aktivitäten zu planen und durchzuführen. Zusätzlich werden sie in die Planung und Gestaltung der Anlässe aktiv miteinbezogen und befähigt und unterstützt, eigene Aktivitäten durchzuführen. Das Projekt ist vor mehr als zehn Jahren sehr langsam angelaufen. Heute ist das Angebot bei der Bevölkerung im Quartier gut bekannt, integriert und genutzt. Es ist ein Netz der Verbundenheit unter den Frauen entstanden. Es ist selbstverständlich, dass jemand im Spital besucht wird und dass man sich gegenseitig bei Krankheit oder Abwesenheit hilft.

# Weiterführung des Angebotes

Das Projekt wurde über zehn Jahre von der Initiantin geleitet und wird von der neuen Stelleninhaberin weitergeführt.

#### Link

Ein ähnliches Konzept wird vom Evangelischen Frauenbund angeboten: www.vefz.ch/treffpunkte/

## SEBA – Gedächtnis- und Bewegungskurse (CH)

Mit dieser Intervention werden einerseits physische und kognitive Fähigkeiten gefördert und anderseits die Möglichkeit zur sozialen Vernetzung angeboten und dies bei einer Gruppe von Personen mit mehrheitlich geringen finanziellen Ressourcen. Das SEBA-Training wurde 2003 für die Bewohnenden der Stiftung Alterswohnungen (SAW) in der Stadt Zürich entwickelt. Die nachfolgenden Informationen dazu beruhen auf einer Weisung des Stadtrates an den Gemeinderat der Stadt Zürich (2010) zur Übernahme einer jährlichen Defizitgarantie sowie auf den beiden bestehenden Evaluationsberichten (Zwimpfer, 2004; Gygax, 2004) zu diesem Angebot. Im November 2010 stimmte der Gemeinderat dieser Weisung zu. Das SEBA-Training wird dadurch ein festes Angebot der Gesundheitsförderung älterer Menschen in der Stadt Zürich.

# Worin besteht das Angebot und welche Ziele sollen erreicht werden?

Die Abkürzung SEBA steht für 'Selbständig bleiben im Alter'. Das SEBA-Training kombiniert auf spielerische Weise Gedächtnis- und Bewegungsübungen, ganz nah an den Bedürfnissen der Teilnehmenden. Durch diese Kombination werden gleichzeitig Koordination, Kraft, Gedächtnis und Konzentration gestärkt und zusätzlich wird die Möglichkeit geboten, neue Kontakte zu knüpfen. Ein übergeordnetes Ziel ist es, die Fähigkeit zu fördern, länger selbstständig zu wohnen.

SEBA wird in den drei Quartalen, Winter, Frühling und Herbst angeboten. Jede Woche findet ein Kurs zu 75 Minuten statt, wobei sich Gedächtnis- und Bewegungstraining im Wochenrhythmus abwechseln. Die Stiftung Alterswohnungen der Stadt Zürich (SAW) entwickelte die Kurse ursprünglich in Zusammenarbeit mit dem Stadtärztlichen Dienst der Stadt Zürich. Die Trainings werden von ausgewiesenen Fachpersonen durchgeführt, die sich regelmässig weiterbilden und treffen, um die Kursarbeit zu koordinieren und zu überdenken. Je nach Wunsch können sich die Teilnehmenden für beide Trainings anmelden oder nur für eines von beiden. Das Bewegungstraining wird in zwei Niveaus angeboten.

## Welche Zielgruppe wird angesprochen?

SEBA wird in den Gemeinschaftsräumen verschiedener SAW-Siedlungen angeboten und kann sowohl von den Mietenden der SAW, wie auch von den übrigen Quartierbewohnenden über 60 Jahren genutzt werden. Ein grosser Teil der Wohnungen in den SAW-Siedlungen ist subventioniert und steht nur Menschen mit geringen finanziellen Möglichkeiten zur Verfügung. 2009 besuchten rund 350 Personen an sieben verschiedenen Orten 31 SEBA-Kurse. Das Durchschnittsalter bewegte sich in der Zeit von 2005 bis 2009 zwischen 76 und (aktuell) 79 Jahren, rund sieben Achtel waren Frauen, ein Achtel Männer. Ein Drittel der Kursteilnehmenden sind SAW-Mietende und zwei Drittel übrige Quartierbewohnende. Es ist nicht bekannt, wie viele der Kursteilnehmenden der Gruppe der finanziell Benachteiligten zugeordnet werden können.

#### Wie wird der Zugang hergestellt?

Bei der Lancierung des Pilotprojektes 2003 wurden in drei Siedlungen Informationsveranstaltungen durchgeführt und sämtliche SAW-Mietende schriftlich dazu eingeladen. An diesen Veranstaltungen informierten der Stadtarzt und die Leiterin der SAW über das SEBA-Training und signalisierten durch ihre Anwesenheit, dass es ein ernsthaftes und wichtiges

Projekt ist. Im Anschluss wurden die Teilnehmenden individuell angesprochen und zur Teilnahme am kostenlosen Training motiviert. Diese Veranstaltungen waren sehr gut besucht. Die Anmeldungen liessen jedoch auf sich warten und erst mit einer gezielten von Türzu-Tür-Werbeaktion durch die Projektleitung, insbesondere bei Einzelhaushalten und alleinstehenden Männern, konnten die ersten Kurse gestartet werden.

Heute erfolgt die Bewerbung auf verschiedenen Kanälen. Die SAW-Mietenden werden durch Flyers am Anschlagbrett in den Siedlungen jeweils auf die Kurse aufmerksam gemacht. Einen Monat vor Kursbeginn wird in der Tageszeitung ein wieder erkennbares ganzseitiges Inserat aufgeschaltet, das gemäss einer kürzlich durchgeführten internen Erhebung 40 neue Teilnehmenden gebracht hat. Im regelmässig erscheinenden Veranstaltungskalender der SAW-Siedlungen in der Tageszeitung werden "Schnupperkurse" kostenlos angeboten, die auf stetig zunehmendes Interesse stossen. Über einen weiteren Verteiler werden Kursausschreibungen an Fachpersonen (z. B. Hausärzte) und Institutionen (z. B. Kirche), die im Kontakt mit älteren Menschen sind, zur weiteren Verteilung verschickt. Ungefähr ein Drittel der Kursteilnehmenden setzt die Kursteilnahme jeweils fort. Für ältere Menschen mit Migrationshintergrund und psychosozialen Problemen, werden bereits spezielle Kurse angeboten oder sind geplant.

# Welche Kosten müssen die Teilnehmenden tragen?

Während der Pilotprojektphase war die Teilnahme kostenlos. Heute bezahlen die Teilnehmenden aus den SAW-Siedlungen pro Training 7.50 Franken, die übrigen Kursteilnehmenden 12.50 Franken. Dieser Preisunterschied wird durch die von der SAW erbrachten Eigenleistungen (z. B. Infrastruktur und Kursadministration) erklärt. Ab 2011 beteiligt sich die Stadt Zürich am jährlichen Defizit der SEBA-Kurse mit maximal 131'000 Franken.

#### Welche Ziele konnten erreicht werden?

Die Basis für die Methode des SEBA-Trainings bilden die Erkenntnisse aus der SIMA-Studie von Oswald et al. (2002), welche nachweisen konnte, dass regelmässiges Fitness- und Gedächtnistraining zur Prävention von Abhängigkeit im Alter beitragen. Die Evaluation des SEBA-Pilotprojektes erfolgte durch das Psychologische Institut der Universität Zürich mit Unterstützung durch das Zentrum für Gerontologie. Die Interviews und Tests bei den Kursteilnehmenden (alles Mietende der SAW) und einer vergleichbaren Kontrollgruppe ergaben die folgenden Resultate: Die körperliche Fitness und die Selbständigkeit bei der Verrichtung von Alltagsaktivitäten konnte bei den Kursteilnehmenden signifikant verbessert werden. Die Kursteilnehmenden glaubten, seit dem Gedächtnistraining weniger zu vergessen und beurteilten ihre eigene Fitness im Vergleich zu Gleichaltrigen als wesentlich besser. Ausserdem hatte sich die allgemeine Lebenszufriedenheit und insbesondere das persönliche Wohlbefinden durch die Kurse verbessert und sie fühlten sich zufriedener, da sie durch die Kursbesuche neue Bekanntschaften geschlossen hatten und vermehrt von anderen Siedlungsbewohnenden unterstützt wurden (Zwimpfer, 2004; Gygax, 2004).

#### Weiterführung des Angebotes

SEBA startete 2003 als Pilotprojekt. Aufgrund der positiven Ergebnisse der Evaluation wurde dieses Angebot fünf weitere Jahre angeboten. Durch die Zustimmung des Gemeinderates der Stadt Zürich im Jahre 2010, eine jährliche Defizitgarantie zu übernehmen, können die SEBA-Kurse auch weiterhin angeboten werden.

#### Link

http://www.wohnenab60.ch/seba

#### Literatur

- Gygax, D. (2004). Eine Evaluation der Effekte von Empowerment betagter Personen auf deren soziales Netzwerk, die soziale Unterstützung und Einsamkeit, wie auch der Zufriedenheit der Teilnehmer mit dem Trainingsangebot. Unveröffentlichte Forschungsarbeit am Psychologischen Institut der Universität Zürich.
- Oswald, W. D., Hagen, B., Rupprecht, R. & Gunzelmann, T. (2002). Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbständigkeit im höheren Lebensalter (SIMA) Teil XVII:100 Zusammenfassende Darstellung der langfristigen Trainingseffekte. Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie, 15, 13-31.
- Weisung des Stadtrates an den Gemeinderat (2010). SEBA (Selbständig bleiben im Alter) ein wirkungsvolles Angebot der Gesundheitsförderung für ältere Menschen, Defizitdeckung. GR Nr. 2010/352., http://www.gemeinderat-zuerich.ch/Geschaeft\_Details.aspx?ID=7d91ed93-ed8e-4e83-a8b3-6fecaffcfd1c#1, Download 23.9.2011
- Zwimpfer, A. (2004). Selbständig bleiben im Alter (SEBA). Evaluation einer Intervention in Zürcher Alterssiedlungen. Lizentiatsarbeit der Philosophischen Fakultät der Universität Zürich.

# Anhang 5: Erkenntnisse aus der Fokusgruppe

Die Nennung der Stolpersteine folgt dem zeitlichen Projektverlauf. Anhand von Stichworten werden die Erkenntnisse kategorisiert.

Stichworte im	Stolpersteine	Lösungsansätze
Projektverlauf	_	
Sensibilisierung	Die Berücksichtigung der Bevölkerungsgruppe der älteren und alten Personen geht in allgemeinen Konzep- ten oft vergessen.	<ul> <li>Sensibilisierung im Gesundheitswesen für die Besonderheiten im Altersbereich.</li> <li>Vernetzung mit Akteuren, Referenzen aufbauen. Beziehungsarbeit auf politischer und fachlicher Ebene sind Erfolgsfaktoren für die Sensibilisierung und Einleitung von Massnahmen.</li> <li>Mehr Einsitz von Vertretern der Alterspsychiatrie in Fachgremien.</li> <li>Aufbau von Kontakten zu Alters- und Pflegeheimen.</li> <li>Mehr Öffentlichkeitsarbeit (z. B. sind Veranstaltungen zu Psychiatrie im Alter immer gut besucht, da sie in einem anonymen Rahmen stattfinden).</li> <li>Für die politische Ebene sind Referenzen von anderen Gemeinden mit entsprechenden Erfahrungen und Angeboten ein wichtiger Türöffner, Multiplikator.</li> <li>Thema psychische Gesundheit wurde im Kt. Luzern breit thematisiert. Damit war Öffentlichkeit sensibilisiert und die Pro Senectute hat dieses Thema weitergeführt. Medien waren bereits informiert und bereit zur Zusammenarbeit (Fallbeispiele mit älteren Personen). Die Sensibilisierungsphase war damit wichtig und erfolgreich.</li> <li>Tandemprinzip: Gemeinsam mit Seniorin oder Senior auftreten oder gemeinsam mit Vertrauensperson (z. B. Sozialarbeiter in Migrationskreisen) auftreten.</li> </ul>
	Risikofaktoren der psychi- schen Gesundheit sind in der Somatik zu wenig bekannt.	<ul> <li>Sensibilisierung in der Somatik für mögliche Risikofaktoren der psychischen Gesundheit und präventive Möglichkeiten.</li> </ul>
Transparenz schaffen	Viele kleine Angebote aber fehlendes Dach für die politische Wirkung.	<ul> <li>Auf der politischen Ebene besteht die Ansicht, dass schon viel gemacht wird. Eine Übersicht über die bestehenden Angebote kann Lücken (inhaltliche und lokale) aufzeigen.</li> </ul>
Netzwerkarbeit		<ul> <li>Ångebote in Kooperation mit andern Organisationen anbieten. Z. B. wertkonservative Senioren lassen sich gut via Kirchen erreichen oder im ländlichen Kontext via Dorfvereine.</li> <li>Zusammenarbeit mit Quartierbüros, Apotheken, Drogerien und Hausärzten</li> </ul>

Stichworte im	Stolpersteine	Lösungsansätze
Projektverlauf	•	
Aufbauzeit	Eine lange Aufbauzeit (Vernetzung, Partnerschaften bilden) bis es funktioniert mindert die Motivation der Projektmitarbeitenden.	<ul> <li>Genügend Zeit für den Aufbau bei der Planung einberechnen und mit Projektverantwortlichen thematisieren, das heisst Netzwerk-Kooperationsarbeit etc. muss explizit Teil des Auftrags sein und somit finanziert werden.</li> <li>Wichtige Stakeholder immer wieder auf dem Laufenden halten und Zwischenergebnisse mitteilen. Die Prozessdauer transparent kommunizieren. Vielleicht Neugier erweckende Events im Prozessverlauf einschalten.</li> </ul>
	Schwankende Bedürfnisse. Wenn es zum Laufen kommt und sich der Ansatz, das ge- sundheitsfördernde Element, multipliziert, braucht es plötzlich rasch Ressourcen. Können die Impulse nicht aufgenommen werden, schwindet das Interesse so- fort und braucht wieder Aufbauzeit.	
Zuweisende	Nadelöhr: Einbezug Hausärztinnen und Hausärzte erweist sich oft als schwierig.	<ul> <li>Roundtables mit einigen Hausärzten, um Schneeballeffekt zu schaffen und zu erfahren, auf welche Weise Hausärzte unkompliziert, aber effektiv erreichbar sind. (Gute Erfahrung in Olten mit dem Thema Suizid im Alter durch Arbeitsgruppe bei Public Health).</li> <li>BL: Viel Engagement, persönliche und telefonische Kontakte mit Hausärzten durch Kanton. BL hat Anreiz geschaffen in Form einer Aufwandvergütung. Wurde jedoch nicht beansprucht.</li> <li>ZH: Kontakt zum Hausarzt über den Kunden war möglich (präventiver Hausbesuch).</li> <li>BE: Haben Bemühungen um Hausärzte für den Moment aufgegeben, setzen ihre Ressourcen anders ein.</li> </ul>
Breite Abstützung der Projekt- organisation	Zielgruppenansprache sowie Glaubwürdigkeit der Organi- sation.	<ul> <li>Image des Absenders ist wichtig für den Erfolg. Sich überlegen, welche Organisationen bei der Zielgruppe ein positives Image oder Zugang zu Zielgruppe haben. Kooperationen mit Organisationen, die bei der Zielgruppe gut verankert sind, ermöglicht eine bessere Zielgruppenerreichung. Diese ist zum Beispiel bei Männerprojekten sehr wichtig.</li> <li>Kirche wird von vielen als rotes Tuch wahrgenommen. Deshalb weitere Kooperationen mit anderen Partnern eingehen.</li> <li>Logos aller beteiligter Organisationen und Institutionen gut sichtbar verwenden.</li> </ul>

Stichworte im	Stolpersteine	Lösungsansätze
Projektverlauf  Marketing	Wie soll auf ein Angebot aufmerksam gemacht wer- den?	<ul> <li>Öffentliche Werbung Publikation zuerst der Idee und dann Portraits, Fallbeispiele von Personen, die Angebot nutzen.</li> <li>Orte nutzen, an denen Zielgruppe sich alltäglich aufhält und ein wenig Zeit zum Lesen hat (Züge, Trams, Wartezimmer, Coif-</li> </ul>
Bezeichnung des Angebots	Wie kann etwas benannt werden ohne dass es ab- schreckt?	<ul> <li>feur, Apotheke, Cafés).</li> <li>Ausschreibung muss ältere Menschen (Zielgruppe) ansprechen, nicht Fachpersonen und Grafiker.</li> <li>Senioren fragen, partizipieren bei der Ausschreibung (zeitaufwändig aber erfolgversprechend).</li> <li>Sinus-Milieu-Ansatz als Methode einsetzen.</li> </ul>
Abgrenzung des Angebots	Welche Zielgruppe wird angesprochen und was wird gemacht, wenn sich Personen melden, die nicht angesprochen sind? Zum Beispiel Personen mit psychischen Schwierigkeiten, Depression, Demenz, Schmerzen.	Kurse für spezifische Zielgruppen einrichten (z. B. mit bestimmten psychischen Erkran- kungen).
Sprache des Angebots	Erreichbarkeit von Menschen mit Migrationshintergrund.	<ul> <li>Kulturvermittler einsetzen.</li> <li>Kurse für spezifische Zielgruppen einrichten.</li> <li>Kontakte zu Pro Migrante herstellen, zum Nat. Forum Migration und Alter.</li> <li>Es bewähren sich aufsuchende Angebote, wobei geschulte Personen aus der gewählten Zielgruppe die Rolle der Fachperson und Moderation übernehmen.</li> </ul>
Zielgruppen- zusammen- setzung	Heterogenität der Zielgruppe: Wo ansetzen? Wie ansetzen? Heterogene Teilnehmergruppe bei der Umsetzung: Belastende Entwicklungen in der Gruppe betreffend Diskretion, Stigma und Heterogenität. Einstufung der Teilnehmenden  Die Vielfalt der Zielgruppe verhindert eine Gleichbe-	<ul> <li>Kursleitung (vor allem Freiwillige) schulen.</li> <li>Probleme in der Gruppe aufnehmen und ansprechen.</li> <li>Gruppenprozesse berücksichtigen. (=hohe Kompetenz der Kursleitung erforderlich).</li> <li>Qualifizierte Kursleitung einsetzen.</li> <li>Schnupperkurse anbieten und nachfolgend Personen dem entsprechenden Kurs zuteilen. Voraussetzung dafür ist, dass verschiedene zielgruppenspezifische Kurse angeboten werden (psych. Probleme / Migrationshintergrund).</li> <li>Schnupperkurse gratis anbieten.</li> <li>Triage ermöglichen.</li> </ul>
	handlung aller, was einen Aufwand bedeutet.	- mage emognetiem.

Stichworte im	Stolpersteine	I "
Projektverlauf	-	Lösungsansätze
Zielgruppenerreichung	Wie können zielgruppenspezifisch Personen erreicht werden?  Erreichbarkeit benachteiligter, vulnerabler Gruppen (z. B. Personen mit depressiver Verstimmung).  Wie lassen sich Menschen, die einem evtl. unbekannt sind, ansprechen? Vor allem eher isolierte Menschen? Wie kann Nähe, Vertrauen geschaffen werden.	<ul> <li>Das Know How und die Erfahrungen/Kompetenzen der Teilnehmenden zum Ausgangspunkt nehmen (zielgruppenorientiert).</li> <li>Anpreisung mit grossem Aufwand verbunden. Inserate, Informationsveranstaltungen, Schnupperkurse als Mittel einsetzen.</li> <li>Bei grossen Informationsveranstaltungen Kursleitenden ein kurzes Zeitfenster einräumen. Am Schluss der Veranstaltung zur Verfügung stehen für mögliche Fragen.</li> <li>Nicht immer nur Referate sondern auch kreative Mittel einsetzen. Z. B. mit Theater oder Filmen Thematik aufnehmen.</li> <li>Mit Brief (präventiver Hausbesuch). Wer will kann sich melden. Akzeptieren, dass nicht alle wollen.</li> <li>Falls es Organisationen gibt, die Zielgruppen bereits erreichen, soll die Zusammenarbeit damit gesucht werden.</li> <li>Runden Tisch mit Fachpersonen im Setting organisieren.</li> <li>Immer verschiedene Strategien einsetzen.</li> <li>,Nimm-mit-Prinzip': Teilnehmer animieren, jemanden mitzubringen</li> </ul>
Kosten	Teilnahmekosten	<ul> <li>Abhängig vom Angebot. Ein Kursgeld kann Verbindlichkeit schaffen, zeigen, dass Kurs einen Wert hat.</li> <li>Kosten können aber auch ein Hindernis sein etwas auszuprobieren, wenn Angebot unbe- kannt ist.</li> </ul>
Methoden	Zielgruppenspezifisch methodisches Handeln (z. B. Männer)	<ul> <li>Die Flyer, Inhalte und das didaktische Vorgehen müssen der Zielgruppe entsprechen.</li> <li>Das ,5-Säulen-Modell der Identität' (z. B. in Petzold, 2004) oder der ,Sinus-Ansatz', ein Modell, das Menschen nach ihren Lebensauffassungen und Lebensweisen gruppiert (http://www.sinus-institut.de/), bieten dazu Möglichkeit für zielgruppenspezifisches Handeln.</li> </ul>
Zusammenarbeit, Gruppenprozesse	Dranbleiben; wie werden die bereits Teilnehmenden dazu bewegt, weiter zu machen?	<ul> <li>SEBA: Kursleitung informiert und motiviert für den nächsten Kurs.</li> <li>Nachfragen, wieso Teilnehmende nicht mehr kommen wollen.</li> <li>Nachfragen, wenn Teilnehmende plötzlich wegbleiben.</li> </ul>

Stichworte im	Stolpersteine	I sourgeans tra
Projektverlauf	Stolpersteine	Lösungsansätze
	Begleitung, Abhängigkeit von Angebotsleitenden bei prä- ventiven Hausbesuchen: Bei einem vorübergehenden Be- ratungsangebot ist ein Rück- zug aus der Beratung schwie- rig, wenn Vertrauen einmal aufgebaut worden ist.	<ul> <li>Begrenzte Dauer des Angebotes von vorneherein thematisieren.</li> <li>Auf gute Prozessgestaltung achten: Anfangsund Abschiedsphase sensibel gestalten, zum Schluss nicht vergessen, einen Ausblick auf nächste Schritte zu machen.</li> </ul>
Selbstorganisati-	Fortsetzung / Langfristigkeit	Supervision, Austausch, Weiterbildung für  The state of the state
on einer Gruppe	in der Umsetzung: Wie kann Konstanz aufrechterhalten werden, wenn Person (Frei- willige), die Fäden in den Händen hat, ausscheidet?	Freiwillige ermöglichen.
	Verbindlichkeit schaffen; wie gelingt es selbstorganisierten Gruppen, Regelmässigkeit und Verbindlichkeit zu schaf- fen?	Spielregeln aufstellen, Verbindlichkeit für ein bestimmtes Zeitfenster schaffen.
Öffnung der	Wer stellt sich bei selbstorga-	Koordinationsstelle zwischenschalten
Gruppe	nisierten Gruppen als An- sprechperson in der Öffent- lichkeit zur Verfügung? Hemmung Kontaktdaten im Internet zu veröffentlichen.	
Finanzierung bei	Für Pilotprojekte oft kein	Fachpersonen, die Projektphasen unterstüt-      Total der State der Sta
Weiterführung	Problem aber nach der Projektphase, wenn Angebot	zend beraten, sollten unentgeltlich zur Verfügung stehen.
des Projekts	nicht kostendeckend ist.	
Beständigkeit eines Angebots	Aufgabenteilung: Kanton – Gemeinde a) Nachhaltige Veranke- rung b) Finanzierung	<ul> <li>Direkt am Anfang der Projekte Kontakt mit möglichen Trägern eines später fest installierten Angebotes aufnehmen und besprechen, was gegeben sein muss, damit das Projekt als ständiges Angebot installiert werden kann.</li> <li>BL: Übersicht über Angebote im Kanton erstellt als Ausgangslage für weitere Massnahmen.</li> <li>BE:         <ul> <li>Gesundheits- und Fürsorgedirektion = Strategieebene für Gesundheitsförderung im Alter.</li> <li>Pro Senectute übernimmt in Kooperation und Partnerschaft mit vielen Akteuren die operative Umsetzung.</li> </ul> </li> </ul>
		- Pro Senior nimmt das Thema alters- freundliche- respektive gesundheitsför- derliche Gemeinden im 2012 auf die Agenda des Erfatages (Altersbeauftragte der Gemeinde plus weitere Interessierte).